

Jean SCHMID

Directeur

Chambre Régionale des Comptes de Franche-Comté
A l'attention de Monsieur le Président
5 rue du Général SARRAIL
BP 143
25014 BESANCON Cedex

N° D'ARRIVÉE: 544	
15 JUIL. 2009	
C.R.C.	GREFFE

Belfort, le 10 juillet 2009

Site de Belfort

14, rue de Mulhouse
B.P. 499,
90016 Belfort cedex

☎ : 03. 84. 98. 50. 03
☎ : 03. 84. 98. 58. 00
✉ dir-generale@chbm.fr

Votre correspondant : Jean SCHMID

Vos Réf. : N° G 557

Nos Réf. : JS/DO/OM - 2009/035

Objet : Remarques sur le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes

Monsieur le Président,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les observations du centre hospitalier relatives au rapport d'observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes reçu le 10 juin 2009.

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes respectueuses salutations.

Site André Bouloche

2, rue du Docteur Flamand
B.P. 209,
25209 Montbéliard cedex



Le Directeur,


Jean SCHMID

**Remarques sur le rapport d'observations définitives
formulées par la Chambre Régionale des Comptes
de Franche-Comté sur la gestion du Centre
Hospitalier de Belfort-Montbéliard**

Les remarques formulées par le centre hospitalier de Belfort-Montbéliard sont présentées ci-dessous par ordre d'apparition dans le rapport d'observations définitives. Les observations contenues dans le rapport figurent en italique avec, à la suite, les remarques du centre hospitalier.

Page 38 :

◆ « *Quant à la durée apparente de la dette, calculée en rapportant l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement de l'établissement, qui permet de déterminer sa capacité de désendettement, elle s'est très fortement accrue à partir de 2003, s'établissant à plus de 47 années au 31 décembre 2007, alors que la médiane des hôpitaux de la strate s'établissait à environ 3,7 années à la même date.* »

Le Centre Hospitalier tient à souligner que, selon le rapport de gestion du comptable pour l'exercice 2008, « le ratio de durée apparente de la dette affiche une nette amélioration en 2008, la capacité d'autofinancement de l'exercice ayant été multipliée par 6 en 2007. En 2008, à CAF constante, le CHBM mettrait un peu moins de 10 ans à rembourser sa dette, soit deux fois plus que les établissements de même catégorie (médiane à 5,25) ».

Page 43 :

◆ « *Néanmoins, comme il sera vu plus loin (cf. chapitre 3.2), les rares contractualisations mises en place au niveau des pôles ne permettent aucune délégation de gestion ni aucun intéressement aux résultats d'activité et aux résultats budgétaires de ces nouvelles entités hospitalières...*

... La chambre observe que si l'établissement a construit une comptabilité analytique lui permettant de dégager le coût de ses séjours, l'absence de délégation de gestion accordée aux responsables de pôles réduit sensiblement l'intérêt de la démarche qu'elle a engagée dans ce domaine ».

Le Centre Hospitalier conteste l'affirmation de la chambre selon laquelle les rares contractualisations ne « permettent... aucun intéressement aux résultats d'activité et aux résultats budgétaires ».

En effet, les contrats de pôle établis en 2008 ont généré un intéressement à hauteur de 355 800 euros pour cinq pôles. L'attribution de cet intéressement était bien conditionnée aux résultats d'activité et aux résultats budgétaires des pôles comme en témoigne l'extrait des contrats de pôle ci-dessous :

Objectif n° 2 : Amélioration du résultat du pôle à hauteur de X euros.
Cette amélioration peut se traduire par une diminution des dépenses du pôle (en sus de l'économie sur les produits pharmaceutiques) et/ou par une augmentation de ses recettes d'activité.
Le pôle est tenu de présenter en annexe les actions grâce auxquelles il compte atteindre cet objectif.

Les objectifs 2008 d'amélioration du résultat des pôles étaient respectivement de :

- 7000 euros pour le pôle Anesthésie Douleur Blocs Opératoires
- 250 000 euros pour le pôle des Admissions Non programmées
- 15 000 euros pour le pôle des Laboratoires.

Au titre de l'année 2009, le Centre Hospitalier confirme que l'ensemble des pôles (10) ont signé un contrat intégrant un mécanisme d'intéressement conditionné aux résultats d'activité et aux résultats budgétaires des pôles (voir Annexe n° 1 : « Extrait du contrat de pôle type 2009 »).

S'agissant des délégations de gestion ci-dessous, elles ont toutes été proposées et acceptées par les pôles dans les contrats signés en 2009 (voir Annexe n° 1 : « Extrait du contrat de pôle type 2009 ») :

- Mensualités de remplacement du personnel non médical
- Formation du personnel non médical
- Equipement hôtelier et petit matériel
- Achat de fournitures de bureau, de fournitures informatiques, d'épicerie, de petit matériel médical et de produits non stériles

Page 43 :

♦ *« De ce fait, l'impact de la comptabilité analytique ne peut être pour l'instant que limité à la prise de conscience des personnels médicaux et non médicaux des coûts et produits de leur activité. Sa mise en œuvre n'a pas eu pour effet de les engager dans une démarche de gestion des soins ».*

Le Centre Hospitalier souligne que les signataires des contrats de pôle se sont au contraire engagés dès 2008 dans une démarche de gestion des soins car les contrats intègrent un objectif d'économie sur les consommations pharmaceutiques comme en témoigne l'extrait des contrats de pôle ci-dessous :

Objectif n° 1 : Economie annuelle sur les consommations pharmaceutiques à hauteur de X euros.
L'appréciation de cette économie sera faite en tenant compte de l'évolution des recettes du pôle.
Les actions portent notamment sur :

- o la poursuite des efforts s'agissant des prescriptions de Perfalgan (exemple pour le pôle des Admissions Non Programmées)
- o ...

Les objectifs 2008 d'économie sur les consommations pharmaceutiques des pôles, qui ont d'ailleurs tous été atteints, étaient respectivement de :

- 25 000 euros pour le pôle Anesthésie Douleur Blocs Opératoires
- 70 000 euros pour le pôle des Admissions Non programmées
- 40 000 euros pour le pôle des Laboratoires.

En 2009, les objectifs d'économie sur les consommations pharmaceutiques des pôles cliniques s'élèvent à 300 000 euros. Il a en outre été fixé comme objectif aux pôles médico-techniques de faire évoluer à la baisse l'indicateur rapportant leurs dépenses pharmaceutiques à l'activité du pôle (production ICR annuelle, nombre de passages au bloc opératoire).

Page 44 :

◆ « ... De plus, au regard de la situation financière actuelle de l'établissement, le financement du projet du site médian ne peut être assuré selon les conditions présentées au conseil d'administration. En l'absence de financements extérieurs massifs, sa réalisation paraît hors de portée (cf infra paragraphe 5.2) »

Le Centre Hospitalier ne peut que souscrire à l'idée selon laquelle la réalisation du site médian implique un financement extérieur important.

Le Centre Hospitalier a d'ailleurs élaboré plusieurs versions du PGFP pour tenir compte, depuis 2006, de l'évolution du projet et notamment des demandes émanant du Ministère de la Santé :

- augmentation du nombre de lits MCO du projet
- mutualisation du bloc opératoire avec le secteur privé
- intégration d'un pôle logistique
- pôle logistique en partenariat public / privé (PPP)
- etc...

Chacune des modifications du projet et donc de son plan de financement ont systématiquement été présentées au Conseil d'Administration. Ce dernier est donc parfaitement informé de l'ultime version qui nécessite effectivement une aide extérieure importante.

Page 54 et haut 55 :

◆ « Par ailleurs, les modalités d'intéressement ne sont pas clairement précisées... »

Le Centre Hospitalier précise que le mécanisme d'intéressement des pôles est clairement défini dans les contrats signés en 2009.

L'enveloppe globale d'intéressement au titre de l'année 2009 est fixée à 300 000 euros pour l'ensemble des pôles cliniques et à 100 000 euros pour les pôles médico-techniques.

S'agissant plus précisément des pôles cliniques, l'enveloppe globale d'intéressement se décompose comme suit (voir Annexe n° 1 : « Extrait du contrat de pôle type 2009 ») :

- 40 % en fonction de la réalisation des objectifs issus du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier, soit une somme totale de 120 000 euros pour l'ensemble des pôles cliniques.
- 50 % en fonction de l'évolution du résultat global du pôle, soit une somme totale de 150 000 euros pour l'ensemble des pôles cliniques.
- 10 % en fonction de l'atteinte de cinq objectifs qualité, soit une somme totale de 30 000 euros pour l'ensemble des pôles cliniques.

Page 57 :

◆ « La chambre observe que près de la moitié des créations de postes de personnels non médicaux réalisés depuis 2002... sont dépourvues de tout lien avec le passage aux 35 heures et qu'elles sont intervenues alors que, parallèlement, l'activité de l'hôpital a fortement diminué...

... Le Centre Hospitalier souffre d'une déconnexion manifeste entre l'évolution de ses effectifs – il est vrai en partie imputable à des décisions qui lui sont extérieures – et l'évolution de ses activités, donc de ses recettes. Dans le système de la tarification à l'activité, cette déconnexion n'est pas soutenable »

Le Centre Hospitalier reconnaît que les postes visés par la remarque de la Cour des Comptes ne correspondent effectivement pas à une augmentation d'activité.

En revanche, il souligne que :

- Ces postes ont reçu l'aval de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.
- Dès 2005, la courbe de la variation des effectifs s'est inversée.

Années	Variation des effectifs en %
2002-2003*	+ 0,31%
2003-2004*	+ 2,86%
2004-2005*	+ 3,54%
2005-2006*	+ 1,13%
2006-2007**	+ 0,51%
2007-2008**	- 0,7%

* Effectifs IFSI et Psychiatrie compris dans le budget Hôpital H

** Effectifs IFSI et Psychiatrie hors budget Hôpital H

Par ailleurs, il convient d'observer, comme c'est le cas dans les grands hôpitaux de court séjour, que l'activité de MCO représente une part très importante de l'activité globale du Centre Hospitalier et concentre la majorité des moyens médicaux et paramédicaux.

Or, si l'on se réfère à la Banque des Données Hospitalières de France (BDHF), lesquelles ont été calculées sur la base de la SAE (statistiques Annuelles des Etablissements) au titre de l'année 2007 et diffusées par la Fédération Hospitalière de France (FHF), on observe :

- une sous-dotation du Centre Hospitalier de 9% en personnel de soins pour son activité MCO par rapport au niveau national.
- une sous-dotation du Centre Hospitalier de 18% en personnel médical pour son activité MCO par rapport au niveau national.

Page 58 :

◆ « En 2006, les effectifs équivalents temps plein affectés aux activités MCO étaient estimés à 1,47 personnel non médical par lit et place moyen occupé, contre 1,22 pour l'ensemble des centres hospitaliers...

... toutefois, il est à noter que le nombre en équivalents temps plein d'aides soignantes était inférieur au ratio moyen par lit et place occupé sur le plan national...

... Par ailleurs, le même ratio appliqué au personnel administratif donnait un résultat de 0,12 agent administratif par lit et place moyen occupé pour le CH de Belfort-Montbéliard contre 0,07 agent administratif pour l'ensemble des centres hospitaliers au niveau national ».

La situation du Centre Hospitalier évolue favorablement et sensiblement puisque la densité de personnels de soins en MCO pour 1000 journées réalisées et venues a évolué entre 2006 et 2007 de la façon suivante (source BDHF) :

	CHBM	MOYENNE NATIONALE
2007	3.789	4.153
2006	4.430	4.133

La densité d'aides-soignantes a évolué ainsi :

	CHBM	MOYENNE NATIONALE
2007	1.094	1.629
2006	1.204	1.620

La densité d'infirmiers non spécialisés en MCO :

	CHBM	MOYENNE NATIONALE
2007	1.772	1.691
2006	2.059	1.658

La densité d'infirmiers spécialisés en MCO :

	CHBM	MOYENNE NATIONALE
2007	0.172	0.176
2006	0.194	0.170

Quant aux effectifs administratifs, ils sont proches de la moyenne régionale et s'expliquent notamment lorsque l'on tient compte de la réalité pré-existante des deux hôpitaux :

Poids des personnels administratifs par rapport à l'ensemble du personnel non médical

	CHBM	MOYENNE REGIONALE	MOYENNE NATIONALE
2007	0.129	0.123	0.119
2006	0.122	0.118	0.117

Le travail en cours dans le cadre du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF), avec un effort de réduction de 50 ETP au titre de l'année 2009, participe à l'évolution favorable de la situation du Centre Hospitalier. Cet effort de gestion des effectifs est d'ailleurs intégré dans l'ensemble des contrats de pôle signés en 2009 (voir Annexe n° 1 : « Extrait du contrat de pôle type 2009 »).

Page 60 :

♦ « La chambre constate que la durée annuelle effective de travail des agents en repos fixe, des agents en repos variable et des agents travaillant exclusivement de nuit, n'est pas conforme au décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé ... »

Le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard tient à préciser qu'il applique désormais strictement les dispositions du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail.

DUREE ANNUELLE DU TRAVAIL (hors jours hors saison et de fractionnement)	2008	2009
personnels à repos fixe	1603	1596
Personnels à repos variables	1596	1582
Personnels de nuit	1476	1469

◆ « *Cependant le cycle de travail n'est pas défini...* »

Le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard précise que les cycles de travail sont en place depuis le 1^{er} janvier 2009 et sont suivis par la Direction des Soins et par la Direction des Ressources Humaines.

◆ « *La chambre... invite l'établissement à mettre en place un outil spécifique permettant de suivre en temps réel l'état des effectifs présents à l'hôpital* ».

Le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard précise que le logiciel de gestion du temps a été récemment acquis et sera opérationnel d'ici mi-2010 après une phase de test en 2009. Dès lors, tous les outils seront en place pour un suivi des absences en temps réel, et une mesure précise des temps travaillés.

◆ « *4.1.3 L'absentéisme des personnels non médicaux...*

... Il convient également de souligner la stabilité des arrêts de travail pour maladie ordinaire sur l'ensemble de la période. Plus de 9% d'entre eux concernent des arrêts de travail inférieurs à 3 jours, c'est-à-dire ne nécessitant pas de certificat médical... Au regard des enjeux auxquels il est confronté en termes d'effectifs, l'hôpital devrait porter une attention particulière à ce type d'absences ».

Le Centre Hospitalier s'étonne de l'indication de la chambre selon laquelle des arrêts maladie inférieurs à 3 jours ne nécessiteraient pas de certificat médical alors que la réglementation impose à tout agent en arrêt maladie, quelle que soit la durée, de fournir un certificat médical dans les 48 heures.

Le Centre Hospitalier souligne par ailleurs qu'il s'engage dans une politique de lutte contre l'absentéisme centrée sur :

- Le renforcement du dialogue et de la sensibilisation au sein des services
- L'analyse et l'action sur l'environnement du travail,
- La mise en place d'un travail de suivi des situations, de façon personnalisée, au sein de la DRH
- Le renforcement de l'organisation de la gestion des remplacements et les moyens qui y sont consacrés, sans s'éloigner des objectifs du CREF en matière de réduction des effectifs.

Page 70 :

◆ « *... Au titre des anomalies relevées, il a été noté l'imputation au compte de la permanence des soins de rémunérations qui lui sont étrangères et qui concernent... :*

- *... des internes qui sont rémunérés dans le cadre de la permanence des soins pour assurer un travail d'IBODE... par le paiement de déplacements exceptionnels.*
- *L'intégration, dans certaines lignes d'astreinte, de médecins dont la formation n'est pas achevée, conduisant à la multiplication des déplacements exceptionnels de la part de spécialistes qui ne sont pas d'astreinte ».*

En ce qui concerne le 1^{er} point, les anomalies constatées ont été régularisées par la Commission de Continuité des Soins. Le paiement des internes, lorsqu'ils sont appelés, s'impute désormais directement sur le budget forfaitisé du service demandeur.

S'agissant du second point, le problème est également résolu puisqu'il n'y a plus de notion de déplacements depuis que tous les services en astreinte sont forfaitisés.

Page 70 :

◆ « ... la chambre avait relevé que, malgré les efforts engagés par l'hôpital, les dépenses de rémunération du temps additionnel de jour et de nuit avaient atteint 1 040 979 euros en 2007, soit près de 400 00 euros de plus que prévu initialement (653 656 euros)... »

Le Centre Hospitalier a été le premier établissement de la région en 2008 à imposer au corps médical une forfaitisation de l'enveloppe de la permanence des soins, ce qui a garanti la maîtrise du budget.

Page 72 et 73 :

◆ « L'absence de règlement intérieur déterminant les heures de commencement et de fin du service de jour et du service de nuit ne permet pas à l'établissement d'arrêter le temps de présence médicale nécessaire pour assurer la permanence des soins ni de fixer exactement le budget indispensable pour garantir le fonctionnement de cette mission de service public...

... L'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003... dispose : « ce tableau comporte l'indication détaillée des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile en précisant à chaque fois le nom et la qualité du praticien qui en est chargé... »

Le Centre Hospitalier précise que ce travail d'élaboration d'un règlement intérieur et de mise en conformité des tableaux de service est en cours dans le cadre du paramétrage de la mise en place d'un outil de gestion du temps médical informatisé.

Page 76 :

◆ « L'inertie de l'établissement apparaît d'autant plus critiquable que, selon la réponse de l'un des praticiens, les informations qui auraient permis à la commission de fonctionner étaient disponibles dans son service : « le service de cardiologie... dispose d'un logiciel informatique (ICI) qui permet un suivi et une comptabilité extrêmement précise de l'activité du centre depuis 2002. Nous disposons également des registres précis de chaque technique pratiquée dans le service... Chaque registre contient le volume global de l'activité technique réalisée et la part individuelle de chaque cardiologue. Grâce au logiciel ICI et aux registres, je suis en mesure de donner les chiffres de mon activité globale, publique et libérale sachant que ces sources excluent les actes »,

Le Centre Hospitalier tient à préciser que le logiciel ICI (dossier Informatisé de Cardiologie Interventionnelle) est utilisé exclusivement pour gérer l'activité de cardiologie interventionnelle publique ou privée (coronarographie, angiographie, angioplastie, ...) ce qui ne représente donc qu'une part seulement de l'activité médicale de cardiologie.

Ce logiciel permet de prendre les rendez-vous des patients, de gérer la traçabilité de l'intervention et d'en produire les comptes-rendus. Le codage de l'activité associée (actes CCAM) est réalisé dans le serveur d'actes du Centre Hospitalier pour les seuls actes de l'activité publique.

Concernant l'activité privée des médecins en général, le codage des actes ne pouvait pas être intégré au serveur d'actes du Centre Hospitalier, car le système de facturation du Centre Hospitalier n'aurait pas su en distinguer les encaissements, ce qui explique que l'activité privée ait été gérée manuellement par déclaration des cliniciens. Néanmoins, avec la nouvelle version du système de facturation qui entrera en production à l'automne 2009, le Centre Hospitalier intégrera l'activité libérale et la gèrera en la différenciant de l'activité publique.

Page 78 :

◆ « En pneumologie, les mêmes constats peuvent être faits. Le nombre de résumés de sortie anonymisés par médecin est de 355 à Belfort contre 169 à Montbéliard. Rapporté aux personnels de soins, ce ratio s'établit à près de 51 RSA / personnel de soins à Belfort contre près de 23 RSA / personnel de soins à Montbéliard. En matière d'encadrement, on compte une infirmière pour 106 RSA à Belfort contre une infirmière pour 45 RSA à Montbéliard et une aide-soignante pour 197 RSA à Belfort contre une aide-soignante pour 93 RSA à Montbéliard. Le service de Belfort prescrit davantage d'actes de laboratoire que celui de Montbéliard : 682 actes / RSA à Belfort contre 1110 actes / RSA à Montbéliard.

En 2007, l'éventail des cas traités (casemix) était très différent entre les 2 services de pneumologie.

En effet, sur Belfort, près de 30% de l'activité, soit 495 séjours, étaient en fait des séances de chimiothérapie avec des durées de 0 jours, qui nécessitent donc moins de moyens que des séjours plus longs. En revanche, dans le service de pneumologie à Montbéliard, il n'y a pas d'activité de séances de chimiothérapie dans le service.

Le Centre Hospitalier tient par ailleurs à préciser que le nombre de RSA est une donnée très hétérogène puisque les séances de 0 jours sont comptées comme 1 et les séjours plus longs de la même façon. Par conséquent, les ratios utilisés par la chambre s'en trouvent perturbés.

Le Centre hospitalier précise enfin qu'une erreur d'inversion a été faite par la chambre (1110 actes / RSA à Belfort contre 682 actes / RSA à Montbéliard et non 682 actes / RSA à Belfort contre 1110 actes / RSA à Montbéliard).

Page 96 :

◆ « Au total, le plan global de financement pluriannuel élaboré par le centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, au titre du projet de site médian, ne constitue en réalité qu'un pré-cadrage très insuffisant :

- il repose sur des hypothèses d'évolution des activités non étayées et insuffisantes, au regard notamment des résultats d'activité actuels de l'établissement... »

Le Centre Hospitalier s'étonne du maintien par la chambre de l'affirmation selon laquelle le plan global de financement pluriannuel du site médian ne constituerait qu'un « pré-cadrage très insuffisant » dans la mesure où chaque fois que le périmètre du projet a évolué, le plan de financement a intégré ces évolutions.

Ce travail s'est d'ailleurs fait en connexion directe avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et le Centre Hospitalier a toujours intégré très rapidement les remarques qui lui ont été faites par la DHOS.

Une délégation de la DHOS est d'ailleurs venue en mai 2009 (M. FAUCON, M. DELNATTE, Mme DESSAILLY-CHANSON) pour s'assurer de la bonne mise en œuvre des actions préconisées par la mission d'appui 2007-2008. A cette occasion, les membres de cette délégation ont félicité le Centre Hospitalier pour ses efforts entrepris et ont salué son ardeur et sa réactivité notamment dans la conduite du projet de construction de nouvel hôpital.

S'agissant des hypothèses d'évolution d'activité qui seraient non étayées et insuffisantes, le Centre Hospitalier souligne qu'elles n'ont pas appelé de remarques de la DHOS puisque ces hypothèses d'évolution d'activité sont relativement stables alors même qu'à l'ouverture d'un nouvel hôpital, on constate généralement une tendance à l'augmentation de l'activité du fait de la meilleure attractivité de l'établissement.

Page 98 :

◆ « ... la réalisation du site médian devrait s'accompagner de la suppression, sur les sites actuels de Belfort et Montbéliard, de toute activité autre que celle des lits d'aval (SSR, USLD)... les surfaces dégagées par cette réorganisation devraient être cédées de façon à réduire le coût pour l'assurance maladie de l'opération »

Le Centre Hospitalier précise que cette suggestion de la chambre est évidente et qu'elle a d'ores et déjà été intégrée dans le plan global de financement pluriannuel.

◆ « Par ailleurs, que le projet de réalisation de site médian soit ou non ajourné, le rétablissement de l'équilibre budgétaire du centre hospitalier de Belfort-Montbéliard nécessite de profonds changements dans son organisation. A ce titre, la chambre préconise en particulier d'accélérer la fusion des services à l'intérieur des pôles pour supprimer les doublons d'activité encore existants, qui concernent notamment les services de pneumologie, médecine interne, neurologie, les consultations d'hépatogastro-entérologie, la cardiologie ; ces fusions pourraient être réalisées par une spécialisation des sites urbains actuels en redéfinissant le périmètre des pôles qui ne peuvent plus être bi-site »

Si le Centre Hospitalier remarque que la chambre a tenu partiellement compte de ses remarques notamment concernant l'activité de rhumatologie qui n'est pas en doublon dans la mesure où elle n'existe que sur le site de Belfort, le Centre Hospitalier regrette cependant qu'il ne soit pas fait référence au document déjà communiqué à la chambre en janvier 2009 (« Suppression des activités en « doublon » au CHBM : quel intérêt financier », décembre 2008, Annexe n° 2) qui fait clairement ressortir que la suppression des doublons restants (sauf le cas de la neurologie avec le projet de structuration d'une Unité Neuro-Vasculaire) est génératrice de surcoûts importants.

Annexes

Annexe n° 1 : *« Extrait du contrat de pôle type 2009 »*

Annexe n° 2 : *« Suppression des activités « en doublon » au CHBM : quel intérêt financier ? », Décembre 2008*

ANNEXE N° 1

Extrait du contrat de pôle type 2009

ARTICLE 2 : Objectifs du pôle

Les objectifs du pôle se déclinent autour des 3 axes suivants :

- Objectifs issus du Contrat de Retour à l'Équilibre Financier
- Objectifs issus du projet de pôle
- Objectifs qualité

ARTICLE 2.1 : Objectifs du pôle issus du Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF)

Pour faire face à son déficit chronique, le Centre Hospitalier s'est engagé dans une démarche de maîtrise de l'ensemble de ses dépenses, ce qui rend incontournable la solidarité des pôles dans les efforts entrepris pour remédier à cette situation.

Pour contribuer au retour à l'équilibre de l'établissement, chaque pôle sera amené à réaliser les objectifs ci-dessous. Ces objectifs ne peuvent donc pas faire l'objet d'une négociation.

ARTICLE 2.1.1 : Efforts de gestion des effectifs

Les deux missions ministérielles (mission T2A de fin 2006, mission conseiller général des établissements de santé de fin 2007) et l'avis budgétaire de la Chambre Régionale des Comptes de novembre 2008 ont conclu à la nécessité de procéder à un ajustement des effectifs en fonction de l'activité de l'établissement.

Cet ajustement a été fait sur le principe d'un repositionnement des effectifs qui repose notamment sur la base de ratios de référence élaborés au plan national.

Ce travail a permis de dégager des objectifs cibles pour chacun des pôles du CHBM. Ces objectifs tiennent compte notamment des temps travaillés supplémentaires issus de la révision de l'accord RTT intervenue en Juin 2008.

Pour l'exercice 2009, l'objectif fixé au pôle est une réduction de **X ETP**, soit un taux d'effort de **X %** du total de ses effectifs affectés.

Cet objectif s'inscrit dans un processus d'actualisation du tableau des effectifs affectés, de délégation partielle de la gestion de l'absentéisme et des remplacements, de contribution à l'accueil d'agents en postes aménagés, et de poursuite des projets de réorganisation médicale.

Par souci d'efficacité et de cohérence globale, chaque pôle présentera et argumentera en cours d'exécution du contrat, et en fonction notamment de son activité, de son organisation et de ses résultats financiers constatés, les conditions d'atteinte des objectifs fixés en matière de ressources humaines, de sécurité et de qualité des soins.

Ces orientations ne font pas obstacle à l'ouverture de nouvelles activités et à l'affectation de personnels correspondant.

ARTICLE 2.1.2 : Dépenses de pharmacie

Chaque pôle devra faire un effort de maîtrise de ses prescriptions pharmaceutiques en collaboration avec la pharmacienne référente du pôle.

Cet effort sera suivi grâce à l'indicateur suivant rapportant les dépenses pharmaceutiques à l'activité du pôle :

Indicateur = dépenses de médicaments et dispositifs médicaux hors produits remboursés / nombre annuel de séjours et de séances réalisés par le pôle.

Pour le pôle, le ratio 2008 s'élève à ??? euros.

L'objectif 2009 est fixé à XXX euros, soit une économie de XXX euros.

ARTICLE 2.1.3 : Amélioration du codage

Les tarifs 2009 (GHS, actes...) ont été construits sur la base d'une hypothèse d'amélioration du codage équivalent à 0,5% des recettes (cf circulaire budgétaire 2009).

Aussi, au titre de l'année 2009, il est demandé à chaque pôle :

- d'augmenter ses recettes de 0,5 % par rapport à 2008 grâce à l'amélioration du codage hors baisse des tarifs de 2009 de 3%.
- de préparer au mieux le contrôle externe de l'assurance maladie, en vérifiant notamment l'exhaustivité et la qualité des dossiers médicaux ciblés (pour information, indu au titre de l'année 2007 de plus de 242 000 euros auquel il faut ajouter 75 000 euros de sanction financière) et en assurant une prise en charge des patients conforme aux bonnes pratiques.

Chaque responsable de pôle s'assurera de :

- la qualité, de la rapidité et de l'exhaustivité du codage par les praticiens du pôle mesurée par le taux d'exhaustivité des RUM lors de l'envoi PMSI réglementaire
- la participation effective des praticiens du pôle aux formations et restitutions organisées par les médecins DIM et la société ALTAO dans le cadre son intervention relative à l'accompagnement à la V11.
- la collaboration des services du pôle avec le médecin DIM référent

ARTICLE 2.1.4 : Augmentation d'activité

Les tarifs 2009 ont été élaborés sur la base d'une hypothèse d'augmentation d'activité de 1,7% (cf circulaire budgétaire 2009).

Aussi, pour ne pas pénaliser le niveau des recettes d'activité 2009, il est demandé au pôle d'augmenter son activité de 1,7 % (en nombre de séjours, de séances).

ARTICLE 3 : Les délégations de gestion

ARTICLE 3.1 : Mensualités de remplacement du personnel non médical

En matière de ressources humaines, l'objectif central est de trouver progressivement le meilleur équilibre entre les responsabilités respectives du niveau central et du niveau déconcentré.

Pour 2009, les délégations prioritaires sont les suivantes :

1°) la gestion des cycles de travail et le lissage des plannings pour tendre vers l'annualisation du temps de travail et vers la réduction des heures à récupérer en fin d'année;

2°) la sensibilisation des personnels à la situation évolutive de l'absentéisme et à ses conséquences sur l'organisation des services dans le but de renforcer le présentisme. Des actions sont à construire en ce sens en lien avec la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins Infirmiers.

3°) l'engagement dans le processus de repositionnement des effectifs par pôles en optimisant les organisations du travail en conséquence, avec l'appui de la Direction des Ressources Humaines et de la Direction des Soins Infirmiers.

Au regard des évolutions réelles issues de ces démarches, les pôles pourront se voir affecter un droit de tirage de mensualités sur les personnels de remplacement, correspondant à 75 % des remplacements effectués l'année précédente. Cette orientation exige au préalable l'identification nominative des personnels de remplacement par pools et par site.

ARTICLE 3.2 : Formation du personnel non médical

Dans le cadre du plan de formation du personnel non médical, la définition des volets « Projets de formation collectifs » et « Projets de formation individuels » est assurée par les pôles.

Un budget, défini au prorata de l'effectif du pôle est attribué chaque année. Les besoins de formations individuels ou collectifs sont recueillis au moyen des outils institutionnels. Ils sont priorisés par les cadres et le cadre de pôle, dans la limite de cette enveloppe budgétaire. Ces choix sont ensuite validés par la commission de formation.

Les crédits non utilisés par l'une des composantes du pôle (formation annulée par l'organisme, agent absent...) sont proposés en priorité à ses autres composantes.

La mise en œuvre des actions de formation, leur suivi financier et leur évaluation relèvent de la responsabilité du service formation.

Le montant des crédits affectés au pôle pour le plan 2009 est de ??? euros.

ARTICLE 3.3 : Equipement hôtelier et petit matériel

Afin de donner plus de souplesse aux pôles dans leurs souhaits d'équipement hôtelier et de petit matériel, il est délégué au pôle par l'établissement une enveloppe financière dans les conditions suivantes :

- 50 K€, à chaque pôle clinique, ainsi qu'aux pôles Anesthésie Bloc Douleurs et Autonomie Personnes Agées
- 20 K€ aux pôles médico-techniques

Les besoins, les priorisations d'investissements et le calendrier de réalisation sont déterminés par le cadre de pôle en relation avec le responsable de pôle.

La responsable du plan d'équipement hôtelier de la Direction des Achats et de la Logistique apporte son aide au pôle pour le chiffrage des besoins.

Les choix et arbitrages du pôle sont libres dans la limite de cette enveloppe.

Les achats pour l'ensemble des pôles seront groupés afin de bénéficier des meilleurs tarifs.

Si les dépenses engagées par le pôle sont inférieures au montant de l'enveloppe, le pôle aura alors la possibilité :

- de demander des investissements complémentaires à hauteur du solde,
- d'utiliser le solde de l'enveloppe non consommée qui pourra être reporté sur l'exercice suivant dans la limite de 20% de l'enveloppe initiale.

ARTICLE 3.4 : Achat de fournitures de bureau, de fournitures informatiques, d'épicerie, de petit matériel médical et de produits non stériles

Afin de donner plus de souplesse aux pôles dans leurs souhaits d'achats de fournitures de bureau, de fournitures informatique, d'épicerie, de petit matériel médical et de produits non stériles, il est délégué au pôle par l'établissement une enveloppe financière dans les conditions suivantes :

- Pour les achats d'épicerie, de produits non stériles, de fournitures de bureau et informatiques, et pour le petit matériel, le montant de l'enveloppe est calculé en début

d'année sur la base des consommations de l'année n-1 sans ajustement à la hausse en fonction des volumes ou de l'inflation pour tenir compte des projections de l'EPRD 2009.

L'enveloppe déléguée étant globalisée, le pôle pourra décider d'effectuer des transferts de dépenses d'un poste vers l'autre. Aucun transfert ne sera néanmoins possible vers le Plan d'Equipement Hôtelier.

Les commandes seront passées selon les modalités habituelles. Toutefois, pour des demandes spéciales ou exceptionnelles, la Direction des Achats et de la Logistique s'engage à les satisfaire dans les plus brefs délais en mettant en œuvre une procédure spéciale d'approvisionnement sous la responsabilité exclusive d'une attachée d'administration de cette direction.

Le chef de pôle ou le cadre de pôle s'engage à fournir toutes les indications et spécificités du produit à commander (le cas échéant, le nom et les coordonnées du fournisseur) et à lui préciser le délai de livraison souhaité.

La DAL s'engage à procéder à la commande ou à l'achat du produit dans les 24 heures et à informer ses interlocuteurs sous 48 heures du délai de livraison des produits faisant l'objet d'une commande.

Le pôle disposera mensuellement d'indicateurs de suivi par type de produits.

Le montant de l'enveloppe déléguée au pôle au titre de l'année 2009 est de ??? euros.

ARTICLE 4 : Intéressement

L'enveloppe globale d'intéressement au titre de l'année 2009 est fixée à 300 000 euros pour l'ensemble des pôles cliniques.

L'enveloppe globale d'intéressement au titre de l'année 2009 est fixée à 100 000 euros pour l'ensemble des pôles médico-techniques.

ARTICLE 4.1 : Intéressement lié à la réalisation d'objectifs issus du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier

L'enveloppe d'intéressement des pôles cliniques est fonction de la réalisation des objectifs issus du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier à hauteur de 40 %, soit une somme totale de 120 000 euros pour l'ensemble des pôles cliniques.

L'atteinte des objectifs issus du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier sera évaluée sur la base des indicateurs décrits aux articles 2.1.1 à 2.1.4 des clauses particulières.

ARTICLE 4.2 : Intéressement lié au résultat global du pôle

L'enveloppe d'intéressement des pôles cliniques est fonction de l'évolution du résultat global du pôle à hauteur de 50 %, soit une somme totale de 150 000 euros pour l'ensemble des pôles cliniques.

Si l'amélioration du résultat global du pôle est comprise entre 0 % et 5 %, le pôle clinique se verra attribuer la moitié de la somme dédiée à l'intéressement lié au résultat global du pôle, soit 12 500 euros.

Si l'amélioration du résultat global du pôle est de plus de 5 %, le pôle clinique se verra attribuer la totalité de la somme dédiée à l'intéressement lié au résultat global du pôle, soit 25 000 euros.

ARTICLE 4.3 : Intéressement lié à la réalisation d'objectifs qualité

L'enveloppe d'intéressement des pôles cliniques est fonction de l'atteinte d'objectifs qualité à hauteur de 10 %, soit une somme totale de 30 000 euros pour l'ensemble des pôles cliniques.

Les objectifs qualité susceptibles de faire l'objet d'un intéressement sont décrits à l'article 2.3.1 des clauses particulières.

L'intéressement est obtenu en fonction de l'atteinte des objectifs fixés annuellement par la Direction de la Qualité pour chacun des cinq indicateurs.

Les objectifs comportent un seuil minimal (permettant l'attribution de la moitié de l'intéressement) et un seuil à atteindre (permettant l'attribution de la totalité de l'intéressement).

L'enveloppe étant attribuée au pôle, c'est le résultat moyen du pôle pour chaque indicateur qui sera pris en compte pour vérifier l'atteinte des objectifs.

Les objectifs sont variables en fonction de l'indicateur.

Les objectifs par indicateur sont les mêmes pour l'ensemble des pôles de services cliniques.

Il n'est pas prévu pour l'exercice 2009 de malus lié à la « non atteinte » des objectifs qualité.

Les modalités pratiques de l'intéressement pour les cinq indicateurs décrits à l'article 2.3.1 des clauses particulières sont les suivantes :

Indicateur Qualité	Valeur moyenne CHBM sur le 4 ^{ème} trimestre 2008	Valeur moyenne du pôle sur le 4 ^{ème} trimestre 2008	Objectif 2009 (pour 100 % de l'intéressement)	Objectif minimal 2009 (pour 50% de l'intéressement)	Somme attribuée si moyenne du pôle ≥ à l'objectif 2009	Somme attribuée si moyenne du pôle comprise entre objectif minimal 2009 et objectif 2009	Somme attribuée si moyenne du pôle < à l'objectif minimal 2009
Evaluation de l'état de santé	%		%	%	1 000 €	500 €	0 €
Conformité des prescriptions médicales	%		%	%	1 000 €	500 €	0 €
Courrier de sortie	%		%	%	1 000 €	500 €	0 €
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	%		%	%	1 000 €	500 €	0 €
Précautions standard	%		%	%	1 000 €	500 €	0 €



" Donner du sens à une fusion."

Suppression des activités « en doublon » au CHBM : quel intérêt financier ?

SOMMAIRE

SYNTHESE	4
INTRODUCTION.....	6
1. LES REORGANISATIONS MEDICALES DEJA REALISEES OU EN COURS	9
1.1. LES DOUBLONS DEJA SUPPRIMES	9
◆ <i>La pédiatrie et la néonatalogie</i>	10
◆ <i>L'ophtalmologie</i>	11
◆ <i>La diabéto-endocrinologie</i>	11
◆ <i>La radiothérapie</i>	13
1.2. LES DOUBLONS EN COURS DE SUPPRESSION.....	14
◆ <i>L'oncologie</i>	14
◆ <i>La chimiothérapie</i>	15
◆ <i>L'urologie</i>	15
1.3. LA REORGANISATION DE LA CHIRURGIE AU CHBM.....	16
◆ <i>Les scénarios : regrouper ou optimiser sur chaque site</i>	16
◆ <i>Le choix : développer les alternatives à l'hospitalisation</i>	16
◆ <i>...et mutualiser les spécialités sur chaque site</i>	17
◆ <i>Les résultats</i>	17
2. Y A-T-IL UN INTERET FINANCIER A SUPPRIMER LES DOUBLONS QUI SUBSISTENT ?	19
2.1. PREALABLES.....	19
2.2. METHODOLOGIE RETENUE.....	20
CHIFFRAGE DES EFFETS ATTENDUS DES REGROUPEMENTS DE SERVICES	21

PNEUMOLOGIE	23
PRESENTATION DU SCENARIO 1 :	23
PRESENTATION DU SCENARIO 2 :	25
HEPATO-GASTRO	27
PRESENTATION DU SCENARIO 1 :	27
PRESENTATION DU SCENARIO 2 :	29
CARDIOLOGIE	31
PRESENTATION DU SCENARIO 1 :	31
NEUROLOGIE.....	33
PRESENTATION DU SCENARIO 1 :	33
PRESENTATION DU SCENARIO 2 :	35
ANNEXE 1 : <i>PROVENANCE DES PATIENTS EN CHIRURGIE VISCERALE, A BELFORT ET MONTBELIARD, EN 2007</i>	37
ANNEXE 2 : CONFORMITE DES LOCAUX	39
ANNEXE 3 : EFFETS DES REGROUPEMENTS SUR LE PERSONNEL NON MEDICAL	43
ANNEXE 4 : <i>ETUDE DES COUTS ET ECONOMIES LIES AUX TRANSFERTS SUR UN SITE</i>.....	48
ANNEXE 5 : <i>ETUDE DE L'HYPOTHESE DE FERMETURE HEBDOMADAIRE ALTERNEE LA NUIT ET LE WEEK-END DES BLOCS OPERATOIRES</i>.....	49

SYNTHESE

L'existence de services de court séjour en doublon ressort comme **l'une des causes structurelles du déficit** de l'établissement.

Se pose donc naturellement la question de la suppression de certaines activités « en doublon » dans un souci d'efficience.

Depuis 2004, **le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard s'est largement restructuré** pour optimiser ses ressources humaines et financières, tout en préservant la qualité et la sécurité des soins :

- **suppression de certaines activités « en doublon »** (pédiatrie, ophtalmologie, radiothérapie, diabétologie ...)
- **réorganisation de la chirurgie** (développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle et mutualisation des spécialités en intra-site).

Cependant, les doublons les plus coûteux ne peuvent pas être supprimés, dans la mesure où l'activité de chaque site est trop importante pour pouvoir être absorbée par l'autre site (40 000 passages aux urgences sur chaque site, activité chirurgicale équilibrée). Ce constat est à l'origine du projet de regroupement des plateaux techniques sur un nouvel hôpital à équidistance des villes de Belfort et Montbéliard.

Après avoir rappelé les activités en doublon d'ores et déjà supprimées, la présente étude s'attache à étudier l'éventuel intérêt financier de la suppression des doublons restants : **pneumologie, cardiologie, neurologie et gastro-entérologie**.

Il ressort de cette étude que, sauf dans le cas de la neurologie, dont le projet de structuration d'une Unité Neuro-Vasculaire semble rendre pertinent le regroupement de toute la spécialité sur un même site, **la suppression des doublons restants est génératrice de surcoûts importants**.

Le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard doit donc **se concentrer sur d'autres types de réorganisations** pour réduire son déficit, en attendant de pouvoir réaliser des économies structurelles grâce au nouvel hôpital.

INTRODUCTION

Le Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard (CHBM) est issu de la fusion en 2000 de deux établissements de taille et d'activité comparables.

◆ *Une promesse à double tranchant*

Au moment de la fusion, il a été garanti aux acteurs des deux établissements que ce rapprochement ne modifierait pas les pratiques et organisations existantes. Cette « promesse » initiale a rendu possible la fusion, mais n'a sans doute pas facilité ni l'harmonisation des pratiques, ni la restructuration de l'offre de soins globale du CHBM, ni même la conscience commune d'appartenir à un seul et même établissement de santé. **De fait, de 2000 à 2004, aucun projet médical commun n'a pu être structuré.**

◆ *Des scénarios pour un projet médical commun*

En 2004, un nouveau Directeur a été nommé, avec pour **mission d'élaborer un projet d'établissement commun** pour les cinq années à venir. Dès lors, plusieurs scénarios ont été envisagés, sur la base d'un rapport produit par le conseiller médical de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Franche-Comté¹.

Ces scénarios, conçus comme une aide à l'élaboration du projet médical de l'établissement, ont été débattus au sein de la communauté médicale du CHBM. Ils reposaient logiquement sur des principes d'optimisation des moyens et de préservation de la qualité et de la sécurité des soins.

Quatre possibilités étaient envisagées, selon deux logiques différentes :

- **regroupement de toute la chirurgie sur un site, et de toute la médecine sur l'autre site**, afin d'optimiser le plateau technique de chirurgie et les ressources médicales correspondantes
- **spécialisation des sites** en fonction d'une logique d'organes ou fonctions.

¹ *Diagnostic, avis et recommandations de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Franche-Comté pour l'établissement d'un projet médical*, novembre 2003.

Ces scénarios ont été abandonnés par la communauté médicale, dans la mesure où ***l'activité chirurgicale des deux sites était sensiblement équivalente et où, par conséquent, il était impossible d'absorber sur un site l'activité de l'autre site***. En effet, le regroupement de l'activité de chirurgie sur un seul site se serait traduit par le doublement du plateau technique de ce site, ce qui aurait nécessité 2 à 3 ans de travaux, pendant lesquels il aurait fallu réduire l'activité de moitié.

L'établissement se trouvait donc contraint de résoudre une équation difficile :

- d'un côté, l'impossibilité de regrouper les plateaux techniques existants sur un seul site
- de l'autre, la nécessité de restructurer les activités médicales, pour tenir compte à la fois des besoins de la population, de la démographie médicale et des nécessaires économies d'échelle à réaliser sur le fonctionnement de l'établissement.

◆ *Un plateau technique unique neuf : le scénario validé par tous*

Aussi, ***le projet médical de l'établissement a validé le principe de construction d'un plateau technique unique neuf sur un site médian***, à équidistance des villes de Belfort et Montbéliard.

Ce projet a été entériné financièrement par une étude de la CRAM², qui démontre que la construction d'un site médian est plus pertinente financièrement que le *statu quo* et que le regroupement par grandes disciplines, puis validé par Monsieur Edouard COUTY, alors Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Il a fait l'objet d'un ***financement partiel, accordé en 2005*** par Monsieur Xavier BERTRAND, alors Ministre de la Santé et des Solidarités³.

² Etude de l'incidence de scénarii dans le cadre de la restructuration du CH Belfort-Montbéliard, CRAM, novembre 2003.

³ Courrier de Monsieur Xavier BERTRAND, Ministre de la Santé et des Solidarités, en date du 8 décembre 2005, qui accorde un financement partiel de 90 M€ pour le projet de site médian alors estimé à 198 M€ (sur l'évolution du coût du projet, liée à la mise à jour des index officiels et à l'intégration des orientations du SROS III, se reporter au courrier adressé par l'établissement à l'ARH le 24/05/2007).

Plus récemment, les deux rapports de la mission DHOS menée en 2007 et 2008 par Madame le Docteur Desailly-Chanson, Conseiller Général des Etablissements de santé et Monsieur Christian BEREHOUC⁴, responsable du pôle « maîtrise d'ouvrages et montages innovants » à la MAINH, ainsi que l'avis budgétaire rendu le 17 novembre 2008 par la Chambre régionale des Comptes (CRC) de Franche-Comté⁵, **ont conclu à la nécessité de mener à bien ce projet de construction d'un nouvel hôpital, regroupant toutes les activités de court séjour.**

◆ *Rationaliser davantage l'offre de soins en phase intermédiaire ?*

Cela étant, la construction à moyen terme d'un nouvel hôpital n'exonère pas l'établissement d'une réflexion sur la suppression des activités médicales en doublon pendant la phase intermédiaire, chaque fois que cela est possible. Si le regroupement de toute la chirurgie n'est pas techniquement réalisable, **le CHBM a tout intérêt à spécialiser ses sites**, à la fois pour optimiser les ressources médicales et pour préfigurer l'organisation du nouvel hôpital.

Par ailleurs, la situation financière très dégradée de l'établissement trouve en partie son origine dans des coûts de structure importants générés par le maintien de deux sites hospitaliers de court séjour, comme le rappelle l'avis budgétaire rendu récemment par la CRC. Aussi, depuis 2005, la réflexion sur la suppression des doublons n'a pas manqué d'être conduite par les acteurs internes de l'établissement.

◆ *Les doublons vus sous l'angle financier*

La présente étude a vocation à **formaliser et mettre à jour les analyses qui ont été menées sur les regroupements d'activité**. Elle ne revient pas sur les urgences (40 000 passages par an sur chaque site), ni, par conséquent, sur la réanimation⁶ et le bloc (2 575 000 ICR par an à Belfort, 2 200 000 ICR par an à Montbéliard)⁷. Elle s'attache en revanche à examiner les doublons encore existants, après un rappel de ce qui a déjà été fait pour rationaliser l'offre de soins et optimiser les moyens qui y sont dédiés.

⁴ Rapport d'étape de la mission relative au CHBM, 30/11/2007, par le Dr Michel ARENAZ, Mission T2A, Thierry KURTH, Mission T2A, Pierre MORISSET, sous Direction F DHOS, et le Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, conseiller général des établissements de santé.

Rapport complémentaire de mission au CHBM, Projet architectural, 12/6/2008, par Christian BEREHOUC, MAINH, le Dr Philippe FEIGEL, médecin DIM au CH Loire Vendée Océan, et le Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, conseiller général des établissements de santé.

⁵ Avis de la CRC de Franche-Comté, rendu le 17 novembre 2008 (dossier n°2008-031), après saisine de l'ARH de Franche-Comté sur la base de l'article L.6143-3 II du Code de la santé publique.

⁶ Le rapport Favier de 2003 entérinait déjà le maintien d'un service d'urgence et d'un service de réanimation sur chaque site.

⁷ Une étude relative à la fermeture éventuelle du bloc opératoire d'un des deux sites la nuit est néanmoins jointe en annexe du présent rapport (annexe n°5).

Les arguments médicaux en faveur ou en défaveur d'une suppression de doublon sont sujets à discussion, et le consensus médical est toujours difficile à obtenir sur la pertinence d'un regroupement d'activité pour la qualité des soins. **Le parti pris de cette étude est donc d'analyser les effets d'une suppression de doublon sous l'angle exclusivement économique.**

En effet, les doublons sont souvent dénoncés comme l'une des causes principales du déficit structurel de l'établissement. Autrement dit, supprimer les doublons en spécialisant les sites permettrait de générer des économies d'échelle qui viendraient réduire le déficit d'exploitation. Le nouvel hôpital est une réponse de moyen terme aux problématiques d'optimisation des moyens financiers et humains ; cela étant, peut-on, sans attendre le futur site unique, rationaliser l'offre de soins, de sorte qu'elle réponde aux besoins de santé à moindre coût ?

Il est bien évident que seule cette approche économique est restrictive, et qu'elle devrait être enrichie d'un argumentaire médical, pour peu qu'elle permette dans un premier temps de montrer que les scénarios présentés valent la peine d'être approfondis. Il semblerait inopportun en effet de mener ces opérations de regroupement d'activités en sachant qu'elles se traduisent par des surcoûts, alors même que leur objet est d'améliorer la situation financière de l'établissement.

1. Les réorganisations médicales déjà réalisées ou en cours

1.1. [Les doublons déjà supprimés](#)

Depuis 2004, plusieurs activités en doublon ont été regroupées sur un seul site. C'est le cas de :

- **la pédiatrie et la néonatalogie**
- **l'ophtalmologie**

- **la diabétologie**
- **la radiothérapie.**

◆ La pédiatrie et la néonatalogie

Situation initiale

Les 26 et 27 avril 2005, une **mission d'audit** relative à l'organisation médicale en pédiatrie et néonatalogie a été réalisée par les Professeurs Lequien (CHU de Lille) et Menget (CHU de Besançon) à la demande de l'ARH.

Cette mission est intervenue dans un contexte d'urgence lié à un **manque de médecins séniors** dans cette spécialité.

Cette mission a promu les bases d'une **nouvelle organisation médicale**, à savoir :

- une chefferie de service commune
- des consultations d'urgence, une couverture pédiatrique de la maternité, une unité kangourou et des lits porte sur le site de Montbéliard
- des consultations programmées et d'urgence pédiatriques, une couverture de la maternité, des lits porte, ainsi que toute l'activité d'hospitalisation de pédiatrie et de néonatalogie sur le site de Belfort.

Situation actuelle

L'organisation décrite ci-dessus s'est pérennisée et plusieurs praticiens ont acquis le plein exercice de la médecine en 2007 et sont devenus PH en 2008. Les conditions sont donc plus favorables qu'en 2005, même s'il reste difficile d'assurer une permanence des soins sur les deux sites.

◆ L'ophtalmologie

Situation initiale

Il existait à l'origine deux services d'ophtalmologie, qui assuraient une activité d'hospitalisation, de consultations programmées et d'urgence. La pénurie de médecins en ophtalmologie a été à l'origine de la fermeture de l'unité d'hospitalisation conventionnelle sur le site de Montbéliard.

Situation actuelle

A ce jour, des consultations programmées sont organisées sur chaque site grâce à l'intervention de praticiens libéraux attachés, ce qui permet d'assurer un recrutement de patients exhaustif. Les activités d'urgence et d'hospitalisation (ambulatoire/conventionnelle/semaine) sont situées exclusivement sur le site de Belfort.

◆ La diabéto-endocrinologie

Situation initiale

Jusqu'en 2008, le CHBM compte deux services de diabéto-endocrinologie

- une unité conventionnelle de 18 lits sur le site de Montbéliard
- une unité conventionnelle de 29 lits sur le site de Belfort.

La capacité d'accueil globale (47 lits) semble surdimensionnée par rapport aux besoins dans cette spécialité, qui connaît en outre une évolution importante dans ses modes de prise en charge (développement des alternatives à l'hospitalisation).

	Activité conventionnelle RSS 2007	Nb ETP PH	Nb ETP soignants IDE/AS	Recettes hosp 2007 à 100% T2A (en €)
Diabéto-endocrino M	633	2	15,6	1 775 400
Diabéto-endocrino B	1066	3,4	21,35	3 011 300
TOTAL B + M	1699	5,4	36,95	4 786 700

Situation actuelle

Le projet a consisté à regrouper l'activité de diabétologie sur le site de Belfort, en développant l'hospitalisation de semaine. Ainsi, on est passé d'une capacité d'accueil de 47 lits en hospitalisation conventionnelle à une capacité de 28 lits, dont 14 en hospitalisation de semaine.

Les réticences ont été fortes, notamment de la part du service des urgences, qui voyait dans cette fermeture de 18 lits une réduction de l'aval des urgences et un risque de saturation en lits du site de Montbéliard, surtout en période hivernale. Il faut souligner qu'une partie des patients pris en charge en diabétologie relevait davantage d'une prise en charge polypathologique de la personne âgée que d'une spécialité bien précise.

Le regroupement, souhaité, mais à moyen terme, par les diabétologues, **a finalement été effectué d'autorité en mai 2008**, conformément aux engagements pris par l'établissement dans le cadre de son contrat de retour à l'équilibre. **Il a permis de redéployer 15,4 ETP de personnel non médical.** Aucune économie n'a pu être réalisée en revanche sur la permanence des soins, qui était déjà mutualisée à Montbéliard entre la diabétologie et la médecine interne (soit une astreinte pour 39 lits).

A fin septembre cependant, on constate une **diminution des recettes** globales de la diabétologie, tous modes de prise en charge confondus, **de l'ordre de 720 000 €** (comparaison janvier-septembre 2008 vs janvier-septembre 2007, à 100% de T2A), due à la réduction des capacités d'accueil qui s'est traduite par une baisse – temporaire ? – d'activité.

Synthèse financière du regroupement de la Diabétologie à Belfort

Gains ETP 2008 ⁽¹⁾	370 000 €
Perte minimum 2008 ⁽²⁾	720 000 €
Perte nette 2008	350 000 €

⁽¹⁾ gains proratisés en fonction de la date de l'opération

⁽²⁾ perte constatée à fin septembre 2008

Autrement dit, le bilan financier net de cette opération est aujourd'hui négatif, et vient pondérer le postulat selon lequel une suppression de doublon permet de générer des économies nettes.

◆ La radiothérapie

Situation initiale

Jusqu'en 2008, l'activité de radiothérapie est organisée sur chaque site. A Montbéliard, un bâtiment neuf abrite sur le site du Mittan 2 accélérateurs qui permettent de réaliser plus de 16 500 séances par an (chiffres 2007).

A Belfort, il ne reste en 2008 qu'un médecin pour prendre en charge les patients sur un accélérateur installé en 1994.

Au vu de l'effectif médical réduit sur le site de Belfort, de la nécessité de changer l'équipement, et conformément aux recommandations du SROS, ***il est décidé de regrouper toute l'activité de radiothérapie sur le site du Mittan à Montbéliard.***

L'arrêt de l'activité sur le site de Belfort doit se faire progressivement, car un patient qui a commencé un traitement sur une machine doit le poursuivre sur le même équipement jusqu'au bout. Ainsi, à partir de juin 2008, aucun nouveau patient n'est pris en charge sur le site de Belfort, et l'accélérateur est définitivement arrêté.

Situation actuelle

Aujourd'hui, les patients de l'aire urbaine devant être traités par radiothérapie sont tous orientés sur le site de Montbéliard.

Cette réorganisation était indispensable pour assurer la qualité et la sécurité des soins, et se conformer à la réglementation en matière de traitement du cancer. Toutes choses égales par ailleurs, elle s'est traduite depuis juillet 2008 par une légère fuite des patients initialement pris en charge sur le site de Belfort.

Cette baisse peut s'expliquer par une sorte de double diminution de l'offre, géographique (d'autres centres comme Mulhouse deviennent alors attractifs), et médicale (le choix d'un radiothérapeute est restreint).

1.2. Les doublons en cours de suppression

D'autres regroupements sont en cours :

- **l'oncologie** (fin 2008)
- **la chimiothérapie ambulatoire** (19 janvier 2009)
- **l'urologie** (2^{ème} semestre 2009)

◆ **L'oncologie**

Afin de constituer un pôle de cancérologie unique sur le Nord Franche-Comté, ***il a été décidé de regrouper toute l'oncologie, à la suite de la radiothérapie, sur le site du Mittan à Montbéliard.*** Cette réorganisation est également liée à la nécessaire optimisation des ressources médicales et aux nouvelles exigences réglementaires en matière de traitement du cancer. Une offre de proximité en soins palliatifs demeure cependant sur le site de Belfort, sous forme de lits identifiés dans les services.

◆ La chimiothérapie

Dans la logique du regroupement de l'activité de cancérologie, **les chimiothérapies ambulatoires seront réalisées exclusivement sur le site de Montbéliard à partir du 19 janvier 2009.**

Le regroupement des chimiothérapies a suscité à la fois des réticences médicales fortes sur le site de Belfort, et une appréhension sur le site de Montbéliard, étant donné le volume d'activité supplémentaire à accueillir (plus de 3000 séances annuelles, soit 40% de l'activité de chimiothérapie du CHBM). Cela étant, tous les moyens ont été déployés pour assurer le succès d'une telle réorganisation, essentielle pour la bonne prise en charge des patients du Nord Franche-Comté.

Au final, les patients du Nord Franche-Comté atteints d'un cancer seront pris en charge dans un centre unique bien identifié, offrant qualité de l'accueil et sécurité des soins.

Avec l'intervention des oncologues du CHU de Besançon, l'image de ce pôle ne peut que s'améliorer. La diminution conjoncturelle des recettes liées aux fuites des patients pourrait alors s'atténuer progressivement et, à terme, l'activité progresser sensiblement.

◆ L'urologie

La chirurgie urologique va être regroupée sur le site de Montbéliard, dans le cadre d'un projet de **développement de l'activité d'urologie pelvienne**. L'urologie et la gynécologie vont donc se rapprocher au sein d'une unité mutualisée. La suppression de ce doublon va nécessiter l'intégration à Montbéliard de l'activité opératoire et d'hospitalisation du praticien urologue qui intervient aujourd'hui sur le site de Belfort.

Cette opération de regroupement est l'occasion de remettre à plat un certain nombre de fonctionnements, dont celui du traitement des endoscopes. Le projet nécessite des déménagements de services, ainsi que quelques travaux d'aménagement, pour un coût prévisionnel de 300 000 € HT. Il permet par ailleurs de développer l'activité à effectifs constants, en augmentant les plages opératoires de la spécialité, ainsi que la capacité d'accueil en hospitalisation. Les recettes supplémentaires nettes attendues de cette opération sont de l'ordre de 400 000 € en année pleine, soit 130 000 € en 2009.

1.3. [La réorganisation de la chirurgie au CHBM](#)

◆ **Les scénarios : regrouper ou optimiser sur chaque site**

L'enjeu essentiel pour la chirurgie au CHBM était moins le regroupement des spécialités par site que le développement des alternatives à l'hospitalisation.

En effet, s'agissant des spécialités chirurgicales, aucune économie n'est à attendre d'une éventuelle suppression de doublon, au vu des travaux qui seraient à réaliser et des transferts à assurer entre les sites. On peut rappeler par exemple que **plus de 60 % du recrutement des services de traumatologie provient des urgences**.

Pour certaines spécialités où l'activité programmée est majoritaire, un regroupement de services sur un site pourrait même engendrer une **fuite de patients**, vu la concurrence des autres établissements publics et privés, et vu l'aire de recrutement propre à chaque site. C'est le cas par exemple de la chirurgie viscérale, dont l'activité est programmée à 70%.

L'analyse de la provenance des patients pris en charge en chirurgie viscérale permet en effet de voir que **l'aire de recrutement du site de Montbéliard s'étend du pays de Montbéliard jusqu'à Pont-de-Roide et Hérimoncourt au sud, alors qu'à Belfort, la zone d'attractivité est concentrée sur le territoire de Belfort** (75% du recrutement sur chaque bassin de population, cf annexe n°1).

◆ **Le choix : développer les alternatives à l'hospitalisation...**

Ainsi, les efforts des acteurs de l'établissement se sont concentrés sur l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire sur le site de Belfort, qui en était jusque-là dépourvu. Cette ouverture s'est accompagnée d'une refonte totale des services de chirurgie, à Belfort en juillet 2007, puis à Montbéliard en novembre 2007 et mai 2008.

◆ **...et mutualiser les spécialités sur chaque site**

A l'heure actuelle, les chirurgies ont été mutualisées en fonction du mode de prise en charge : il n'existe plus à proprement parler de service d'ORL ou de chirurgie viscérale, mais des services mutualisés d'hospitalisation conventionnelle et de semaine.

◆ **Les résultats**

Cette réorganisation s'est traduite par une diminution des capacités d'accueil en chirurgie :

A Belfort :

- ***ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire de 22 places***
- ***fermeture nette de 14 lits de chirurgie***

A Montbéliard :

- ***ouverture d'une unité de chirurgie de semaine de 30 lits***
- ***fermeture nette de 22 lits de chirurgie***

de sorte qu'aujourd'hui, le CHBM dispose en chirurgie d'une offre complète intégrant tous les modes de prise en charge – ambulatoire, hospitalisation de semaine et conventionnelle – sur chacun des deux sites.

En adaptant les modes de prise en charge et les capacités d'accueil aux besoins de santé de la population, **ces réorganisations ont permis de dégager 32,5 ETP de personnel soignant**, soit une économie brute théorique de 1,3 M€ annuels.

Les économies supplémentaires attendues sur le personnel ne seront pas dégagées par des regroupements d'activité, mais par deux autres chantiers en cours :

- le « **rebasage** » **des effectifs soignants** par service, en fonction de l'activité annuelle lissée.
- la **réorganisation des blocs opératoires** sur les deux sites, pour optimiser le TROS et le temps réellement passé en salle par le personnel spécialisé. A cet égard, l'activité d'ophtalmologie a déjà été intégrée au bloc général à Belfort (fermeture des deux salles excentrées dédiées à l'ophtalmologie), et l'activité de lithotritie extra-corporelle a été déplacée dans une salle spécifique pour ouvrir plus de plages opératoires sur le site de Montbéliard. A fin novembre, le TROS est de 78% à Belfort et de 83% à Montbéliard.

S'agissant de la permanence des soins, des économies ont déjà été dégagées grâce à la forfaitisation des astreintes. En 2009, cette action sera complétée par une contractualisation avec les pôles sur le temps additionnel médical.

De manière plus générale, qu'il s'agisse de la chirurgie ou de la médecine, les acteurs de l'établissement, et en particulier le Conseil exécutif, restent attentifs à **la nécessaire adaptation des ressources** (capacité d'accueil, personnel) **à l'activité. Les revues de gestion trimestrielles par pôle**, mises en place en 2008, permettent d'impliquer les chefs de service et les cadres dans **la démarche médico-économique**.

L'optimisation des moyens est aujourd'hui un objectif largement partagé par les acteurs de terrain, et les projets destinés à rationaliser les dépenses ou accroître les recettes ne manquent pas.

2. Y a-t-il un intérêt financier à supprimer les doublons qui subsistent ?

Des études ont été menées sur les doublons médicaux qui subsistent à ce jour, à savoir :

- **la cardiologie**
- **la neurologie**
- **la gastroentérologie**
- **la pneumologie.**

Ces études sont aujourd'hui actualisées et formalisées au moyen de fiches de synthèse, qui présentent pour chaque spécialité :

- **la situation existante**
- **le scénario de regroupement**
- **les effets en termes financiers.**

2.1. Préalables

La plupart des **activités médicales présentes en doublon sont équilibrées sur les deux sites**. Autrement dit, le CHBM n'est pas dans le cas de figure classique d'un établissement qui serait composé d'un site principal et d'un site secondaire, le premier pouvant absorber l'activité de court séjour du second, qui accueillerait ainsi l'aval du premier (moyen séjour).

Par ailleurs, il **n'existe pas au CHBM de locaux disponibles « prêts à l'emploi »** : ainsi, tout regroupement d'activité se traduit nécessairement par la réalisation de travaux plus ou moins coûteux, en fonction des bâtiments. En effet, la Commission de sécurité, chargée de contrôler la conformité des locaux par rapport aux exigences réglementaires, oblige l'établissement à réaliser un certain nombre de travaux de mise en sécurité, dès qu'un bâtiment ou une aile change de destination (cf. état de conformité des bâtiments, annexe n°2).

De plus, **l'absence de locaux inoccupés sur les sites urbains entraîne la nécessité d'une permutation d'activité** : si une activité est regroupée sur le site de Montbéliard, une autre activité doit en parallèle être regroupée sur le site de Belfort et réciproquement⁸.

2.2. Méthodologie retenue

Les effets d'un regroupement d'activité sont donc examinés selon **cinq critères** :

- **économies en termes de personnel non médical**
- **économies en termes de permanence des soins**
- **surcoûts en termes de travaux (amortissements)**
- **surcoûts en termes de transferts de patients entre les deux sites**
- **impact sur les recettes d'activité en cas de redimensionnement d'une activité pour des raisons architecturales.**

Il n'est pas tenu compte dans les estimations financières :

- ni des frais financiers liés aux emprunts nécessaires pour financer les travaux (la capacité d'autofinancement de l'établissement étant très réduite, les investissements sont aujourd'hui financés quasi-exclusivement par l'emprunt).
- ni des fuites potentielles de patients, qui pourraient se traduire par une diminution de l'activité et des recettes
- ni de la perte d'activité qui serait occasionnée pendant les travaux ; en revanche, la durée prévisionnelle des travaux est indiquée pour information.

Sauf mention contraire, **l'activité** est censée demeurer inchangée.

Les effectifs médicaux ne peuvent pas constituer une variable financière, d'une part parce qu'ils sont garants du niveau d'activité, et d'autre part parce que les statuts des praticiens ne permettent pas, sauf exception, d'envisager une réduction autoritaire de la masse salariale médicale.

Les **équipements** sont déjà en place et font l'objet de contrats de maintenance. Il n'y a donc pas d'économies à attendre dans ce secteur. Au mieux, on peut compter sur une « non-dépense » à venir, sachant que les matériels qui seront acquis d'ici au nouvel hôpital seront réutilisés sur le nouveau site, si leur durée de vie le permet.

L'amortissement des travaux est prévu sur 5 ans, en considérant que le nouvel hôpital ouvrirait ses portes en 2013-2014.

⁸ excepté les locaux récemment libérés par la diabétologie sur le site de Montbéliard

CHIFFRAGE DES EFFETS ATTENDUS DES REGROUPEMENTS DE SERVICES

Permanence des soins

Un regroupement de services peut générer des économies de permanence des soins par suppression d'une ligne de garde ou d'astreinte, mais il peut aussi être neutre financièrement (cas des astreintes déjà mutualisées en intra-site), voire plus coûteux (transformation d'une astreinte bi-site en garde sur place par exemple).

Travaux

Le coût des travaux est constitué comme suit :

Surface \times Prix au m² (actualisé à partir de l'étude "Les sites actuels du CHBM - Prospectives et perspectives") \times un coefficient de 1,5 exprimant les taxes, le recours systématique à une maîtrise d'œuvre externe et les autres honoraires et dépenses \times un coefficient exprimant une provision de 10% pour aléas.

Deux scénarios peuvent être envisagés selon l'option des travaux à réaliser :

- une hypothèse haute avec un coût au m² de 960 € consistant en une restructuration totale des locaux pour créer de l'hébergement.
- une hypothèse basse pour un coût au m² de 240 € consistant en une réfection légère de locaux (peinture de murs, plafonds et améliorations courantes).

La liste des locaux non-conformes selon la Commission de sécurité est jointe en annexe. Le choix, dans les scénarios présentés, de l'hypothèse basse ou de l'hypothèse haute, dépend de l'avis de la Commission de sécurité (cf. état de conformité des locaux – annexe n°2).

Exemple de calcul de coût pour 1200 m² : $1200 \times 240 \times 1,5 \times 1,1 = 475\,200 \text{ €}$

Redéploiement de personnel

Les effets escomptés sur le personnel soignant dans le cadre des regroupements par spécialité ont été évalués par la Direction des Soins, en fonction de la méthodologie préconisée par la MEAH (cf. annexe n°3).

Les gains ou besoins en personnel sont déterminés à partir de la situation actuelle et en fonction des nouvelles capacités des services, le cas échéant.

Les personnels concernés sont les infirmières, les aides soignantes et les agents des services hospitaliers qualifiés.

Les coûts moyens annuels 2007 de ces catégories de personnel sont les suivants :

- 1 IDE = 46 069 € bruts
- 1 AS = 37 471 € bruts
- 1 ASHQ = 31 316 € bruts

En outre, certains regroupements permettent d'économiser en plus un cadre de santé, lorsque la diminution des capacités d'accueil se traduit par la concentration de la spécialité dans une seule aile.

Transports inter-sites

Les transports inter-services sont établis à partir des informations issues de PMSI Pilot qui restitue les différentes mutations pour chacune des unités médicales du CHBM.

Ces transports inter-services peuvent être, par exemple, déclenchés à partir des urgences, ou des services d'un site qui dirigeaient leurs patients vers l'ancien service transféré sur l'autre site...

2 types de transferts sont possibles entre les deux sites du CHBM :

- les transports médicalisés ≈ 263 €
- les transports couchés (ambulanciers) ≈ 80 €

NB : on aurait pu également considérer la nécessité d'une ligne supplémentaire de SMUR pour les transports inter-sites, ce qui se traduirait par un surcoût fixe de 800 000 € (soit 5,5 ETP PH et 6,5 ETP ambulanciers).

Impact sur les recettes

A partir des recettes à fin août 2008, et des taux d'occupation constatés sur chacun des services, une estimation des recettes (100% T2A) a été réalisée en fonction des nouvelles capacités et de la nouvelle organisation des services.

Les nouveaux tarifs des GHS applicables en 2009 n'étant pas connus, l'impact prévisionnel sur les recettes n'est pas évalué.

PNEUMOLOGIE

S'agissant de la pneumologie, 2 scénarios sont présentés :

- le 1^{er} privilégie la rationalisation de l'organisation soignante
- la 2^e préserve les capacités d'accueil pour éviter une diminution d'activité trop importante.

Situation actuelle

Belfort	
Capacité d'accueil	30 lits
Localisation	2 ^e Bât A Aile Nord
Effectifs médicaux (yc internes)	
<i>Médecins</i>	4.5
<i>Internes</i>	1
Effectifs non médicaux	
<i>IDE</i>	11.2
<i>AS</i>	10
<i>ASH</i>	4
Activité (2007)	
<i>Séjours/Séances</i>	2 556
<i>dont HDJ/Ambu</i>	156
<i>Recettes hospitalisation</i>	3 875 263 €
DMS (2007)	9.07
Taux d'occupation (2007)	92%

Montbéliard	
Capacité d'accueil	29 lits
Localisation	3 ^e Bât C ailes A&B
Effectifs médicaux (yc internes)	
<i>Médecins</i>	3.9
<i>Internes</i>	1
Effectifs non médicaux	
<i>IDE</i>	14.55
<i>AS</i>	9.8
<i>ASH</i>	4
Activité (2007)	
<i>Séjours/Séances</i>	1 112
<i>dont HDJ/Ambu</i>	70
<i>Recettes hospitalisation</i>	3 326 202 €
DMS (2007)	11.64
Taux d'occupation (2007)	93%

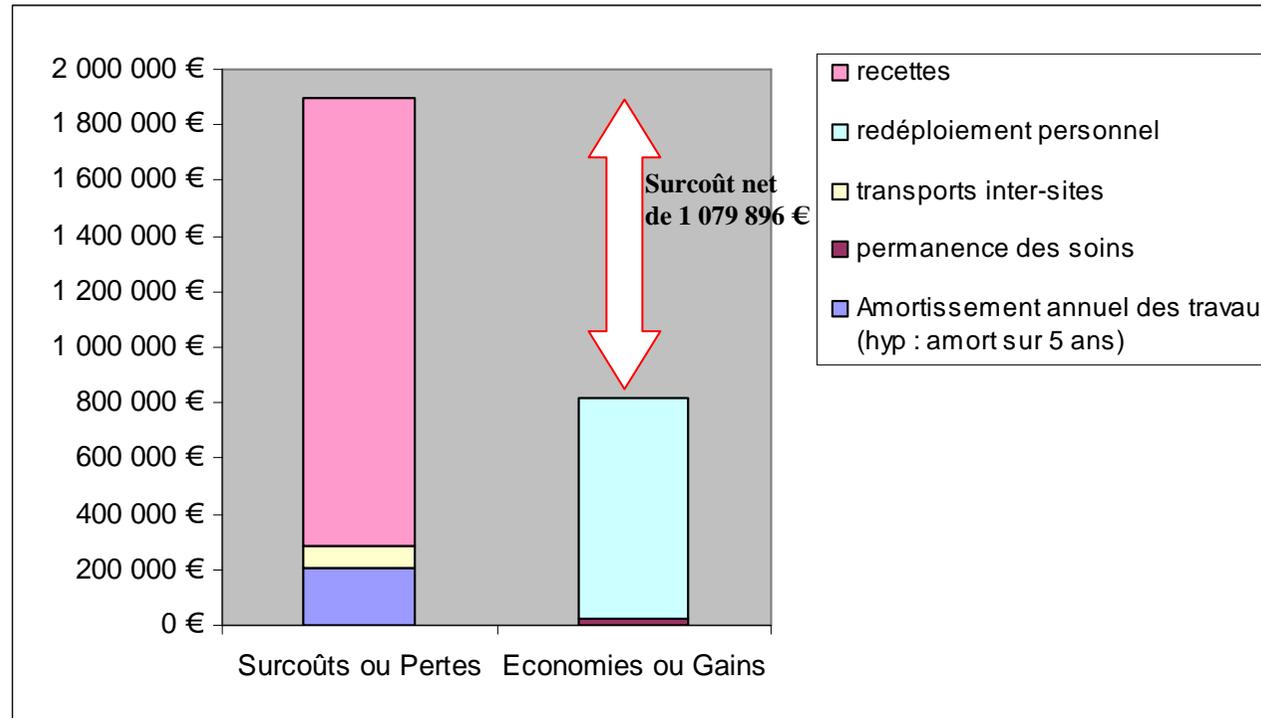
Présentation du scénario 1 :

Regroupement de la Pneumologie sur Montbéliard, à la place de l'ancienne Diabétologie

Le regroupement de la Pneumologie sur Montbéliard, en réduisant les capacités de 11 lits, permet d'économiser 12,77 IDE, 2,58 AS et 3,37 ASHQ, grâce à une mutualisation des effectifs avec la médecine interne voisine. S'agissant de la permanence des soins, l'opération devrait se traduire par une économie de 25 300 € correspondant à la suppression d'une des deux astreintes existantes. La surface à réaménager de l'ancienne Diabétologie serait de 660 m². Le nombre de transports ambulanciers serait de 99 et 251 transports proviendraient des urgences et nécessiteraient donc un environnement médicalisé.

Capacité d'accueil	47 lits
Localisation	Bât C 3 ^e aile A et B et 1 ^{er} aile A
Pour mémoire, dimensionnement préconisé sur le Nouvel Hôpital (MAINH)	
Pneumologie	44 lits
Insuffisance respiratoire	7 lits

Effets attendus		
	Surcoûts ou Pertes	Economies ou Gains
Amortissement annuel des travaux (hyp haute: amort sur 5 ans)	209 088 €	
Permanence des soins		25 300 €
Transports inter-sites	73 933 €	
Redéploiement personnel		790 511 €
Recettes	1 612 686 €	
Résultat (surcoûts)	1 079 896 €	



Commentaires :

Le regroupement de la Pneumologie sur le site de Montbéliard serait possible en utilisant les locaux libérés par la diabétologie (elle-même regroupée à Belfort en mai 2008). Cette opération se traduirait obligatoirement par une diminution de la capacité d'accueil en pneumologie, qui emporterait deux conséquences :

- des économies d'échelle importantes sur le personnel soignant
- une diminution sensible des recettes liée à une activité moindre.

Au total, l'opération n'apparaît pas pertinente économiquement.

Situation actuelle

Belfort		
Capacité d'accueil	30 lits	
Localisation	2 ^e Bât A Aile Nord	
Effectifs médicaux (yc internes)	<i>Médecins</i>	4.5
	<i>Internes</i>	1
Effectifs non médicaux	<i>IDE</i>	11.2
	<i>AS</i>	10
	<i>ASH</i>	4
Activité (2007)	<i>Séjours/Séances</i>	2 556
	<i>dont HDJ/Ambu</i>	156
	<i>Recettes hospitalisation</i>	3 875 263 €
DMS (2007)	9.07	
Taux d'occupation (2007)	92%	

Montbéliard		
Capacité d'accueil	29 lits	
Localisation	3 ^e Bât C ailes A&B	
Effectifs médicaux (yc internes)	<i>Médecins</i>	3.9
	<i>Internes</i>	1
Effectifs non médicaux	<i>IDE</i>	14.55
	<i>AS</i>	9.8
	<i>ASH</i>	4
Activité (2007)	<i>Séjours/Séances</i>	1 112
	<i>dont HDJ/Ambu</i>	70
	<i>Recettes hospitalisation</i>	3 326 202 €
DMS (2007)	11.64	
Taux d'occupation (2007)	93%	

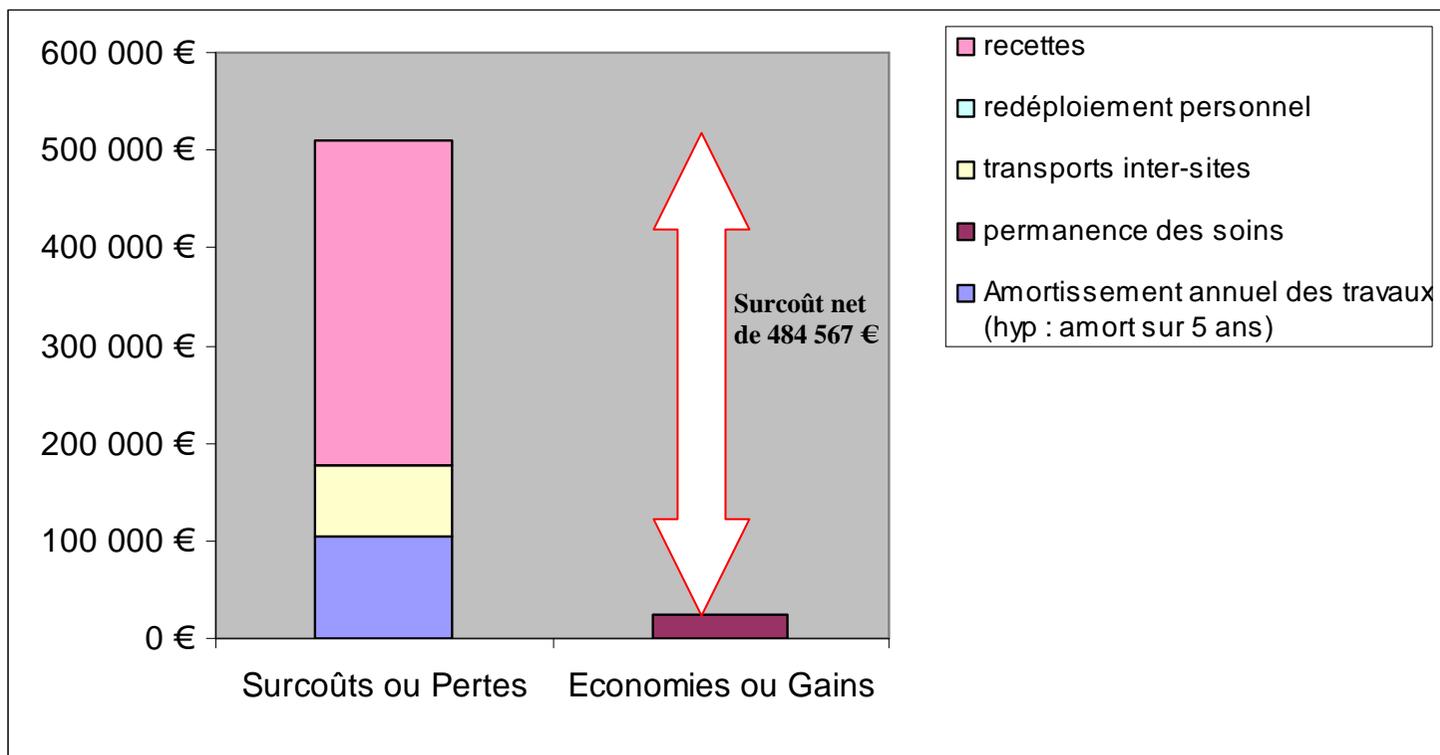
Présentation du scénario 2 :

Regroupement de la Pneumologie sur Montbéliard, en utilisant les locaux de l'actuel service de Gastro-entérologie (permutation nécessaire)

Le regroupement de la Pneumologie sur Montbéliard dans le service d'Hépatogastro-entérologie ne devrait pas dégager d'économies sur le personnel car il se traduit par une simple permutation de services entre les sites, qui ne permet pas de réaliser d'économies d'échelle sur l'organisation soignante. S'agissant de la permanence des soins, l'opération devrait se traduire par une économie de 25 300 € correspondant à la suppression d'une des deux astreintes existantes. La surface à réaménager serait de 1312 m² et la durée des travaux serait de 8 mois. Le nombre de transports ambulanciers serait de 99 et 251 transports proviendraient des urgences et nécessiteraient donc un environnement médicalisé.

Capacité d'accueil	56 lits	
Localisation	Bât C 3 ^e aile A et B et 1 ^{er} aile C	
Pour mémoire, dimensionnement préconisé sur le Nouvel Hôpital (MAINH)	Pneumologie	44 lits
	Insuffisance respiratoire	7 lits

Effets attendus		
	Surcoûts ou Pertes	Economies ou Gains
Amortissement annuel des travaux (hyp basse : amort sur 5 ans)	103 910 €	
Permanence des soins		25 300 €
Transports inter-sites	73 933 €	
Redéploiement personnel		0 €
Recettes	332 024 €	
Résultat (surcoûts)	484 567 €	



Commentaires :

Le regroupement de la Pneumologie sur le site de Montbéliard en lieu et place de la gastro-entérologie (permutation des services), se traduirait essentiellement par des surcoûts, la seule économie réalisée portant sur la permanence des soins. L'opération n'apparaît donc pas pertinente économiquement.

HEPATO-GASTRO

S'agissant de la gastro-entérologie, 2 scénarios sont présentés :

- le 1^{er} privilégie la rationalisation de l'organisation soignante
- la 2^e préserve les capacités d'accueil pour éviter une diminution d'activité trop importante.

Situation actuelle

Belfort	
Capacité d'accueil	18 lits
Localisation	3 ^e Bât A aile Nord
Effectifs médicaux (yc internes)	
<i>Médecins</i>	3.4
<i>Internes</i>	2
Effectifs non médicaux (mutualisés pour une unité de 26 lits)	
<i>IDE</i>	10.6
<i>AS</i>	10.3
<i>ASH</i>	4
Activité (2007)	
<i>Séjours/Séances</i>	2 540
<i>dont HDJ/Ambu</i>	1 426
<i>Recettes hospitalisation</i>	3 924 568 €
DMS (2007)	8.29
Taux d'occupation (2007)	107%

Montbéliard	
Capacité d'accueil	26 lits
Localisation	1 ^{er} Bât C aile C
Effectifs médicaux (yc internes)	
<i>Médecins</i>	4.4
<i>Internes</i>	2
Effectifs non médicaux	
<i>IDE</i>	15.25
<i>AS</i>	6.8
<i>ASH</i>	4
Activité (2007)	
<i>Séjours/Séances</i>	2 016
<i>dont HDJ/Ambu</i>	675
<i>Recettes hospitalisation</i>	3 625 093 €
DMS (2007)	9.51
Taux d'occupation (2007)	101%

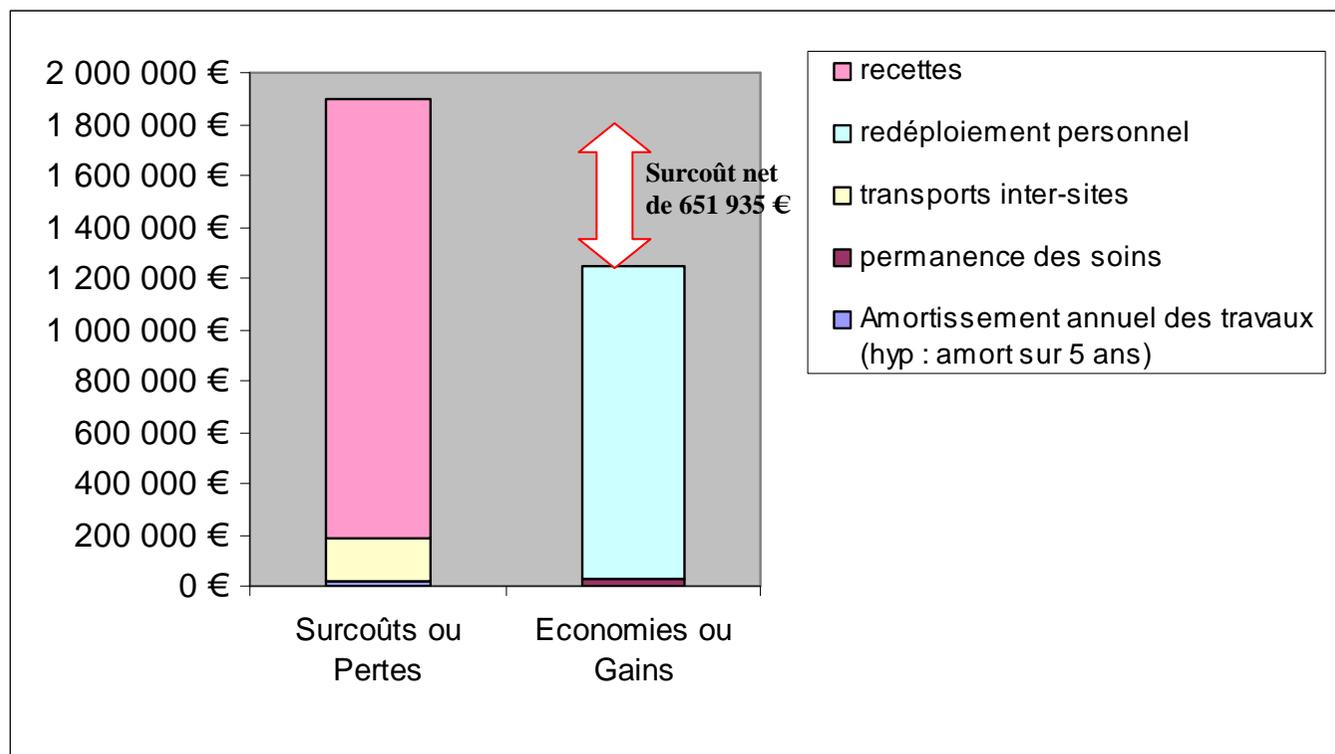
Présentation du scénario 1 :

Regroupement de l'Hépatogastro-entérologie sur Belfort, avec réduction des capacités, dans le service actuel d'Hépatogastro-entérologie de Belfort

Le regroupement de l'Hépatogastro-entérologie, dans le service actuel de Belfort, permet d'économiser 16,22 IDE, 8,06 AS et 4 ASHQ, ainsi qu'un cadre de santé. S'agissant de la permanence des soins, l'opération devrait se traduire par une économie de 25 300 € correspondant à la suppression d'une des deux astreintes existantes. La surface à réaménager serait de 248 m². La durée des travaux serait de 8 mois. Le nombre de transports ambulanciers serait de 125 et 578 transports proviendraient des urgences et nécessiteraient donc un environnement médicalisé. La capacité du nouveau service regroupé serait réduite de 14 lits.

Capacité d'accueil	30 lits
Localisation	3 ^e Bât A aile Nord
Pour mémoire, dimensionnement préconisé sur le Nouvel Hôpital (MAINH)	
Gastro-entérologie	31 lits

Effets attendus		
	Surcoûts ou Pertes	Economies ou Gains
Amortissement annuel des travaux (hyp basse : amort sur 5 ans)	19 642 €	
Permanence des soins		25 300 €
Transports inter-sites	162 014 €	
Redéploiement personnel		1 219 519 €
Recettes	1 715 099 €	
Résultat (surcoûts)	651 935 €	



Commentaires :

Le regroupement de toute la spécialité dans le service actuel d'Hépatogastro-entérologie à Belfort se traduit nécessairement par une diminution des capacités, qui engendre des pertes de recettes supérieures aux gains réalisés grâce à la rationalisation des effectifs.

L'opération n'apparaît donc pas pertinente économiquement.

HEPATO-GASTRO

Situation actuelle

Belfort	
Capacité d'accueil	18 lits
Localisation	3 ^e Bât A aile Nord
Effectifs médicaux (yc internes)	3.4
	2
Effectifs non médicaux (mutualisés pour une unité de 26 lits)	10.6
	10.3
	4
Activité (2007)	2 540
	1 426
	3 924 568 €
DMS (2007)	8.29
Taux d'occupation (2007)	107%

Montbéliard	
Capacité d'accueil	26 lits
Localisation	1 ^{er} Bât C aile C
Effectifs médicaux (yc internes)	4.4
	2
Effectifs non médicaux	15.25
	6.8
	4
Activité (2007)	2 016
	675
	3 625 093 €
DMS (2007)	9.51
Taux d'occupation (2007)	101%

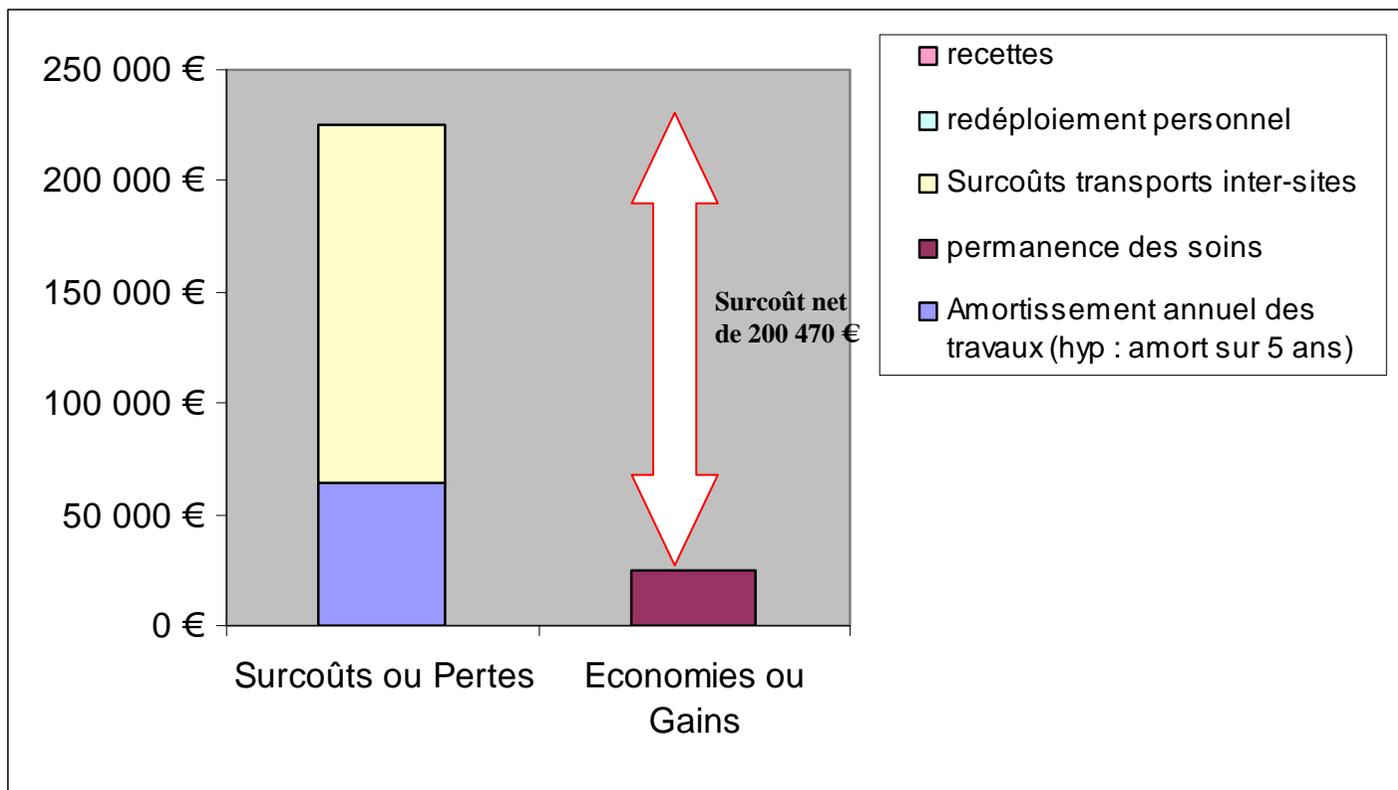
Présentation du scénario 2 :

Regroupement de l'Hépatogastro sur Belfort, à capacité constante, permutation Pneumologie

Le regroupement de l'Hépatogastro, à capacité constante, n'aurait pas d'effet sur le personnel soignant car il se traduit par une simple permutation de services entre les sites, qui ne permet pas de réaliser d'économies d'échelle sur l'organisation soignante. S'agissant de la permanence des soins, l'opération devrait se traduire par une économie de 25 300 € correspondant à la suppression d'une des deux astreintes existantes. La durée des travaux serait de 8 mois dans la mesure où le Bâtiment A est désenfumé. La surface à réaménager serait de 805 m². Le nombre de transports ambulanciers serait de 125 et 578 transports proviendraient des urgences et nécessiterait donc un environnement médicalisé.

Capacité d'accueil	44 lits
Localisation	2 et 3 ^e Bât A aile Nord
Pour mémoire, dimensionnement préconisé sur le Nouvel Hôpital (MAINH)	31 lits
Gastro-entérologie	

Effets attendus		
	Surcoûts ou Pertes	Economies ou Gains
Amortissement annuel des travaux (hyp basse : amort sur 5 ans)	63 756 €	
Permanence des soins		25 300 €
Transports inter-sites	162 014 €	
Redéploiement personnel	0 €	
Recettes	0 €	
Résultat (surcoûts)	200 470 €	



Commentaires :

Le regroupement de la Gastro-entérologie sur le site de Belfort (permutation avec la pneumologie, cf. scénario précédent) n'emporterait quasiment que des surcoûts.

L'opération n'apparaît donc pas pertinente économiquement.

CARDIOLOGIE

Situation actuelle

Belfort	
Capacité d'accueil	32 lits
Localisation	2 ^e Bât H
Effectifs médicaux (yc internes)	
<i>Médecins</i>	6
<i>Internes</i>	2
Effectifs non médicaux	
<i>IDE</i>	20.4
<i>AS</i>	10.05
<i>ASH</i>	3.5
Activité (2007)	
<i>Séjours/Séances</i>	2 783
<i>dont HDJ/Ambu</i>	128
<i>Recettes hospitalisation</i>	6 437 098 €
DMS (2007)	4.45
Taux d'occupation (2007)	84%

Montbéliard	
Capacité d'accueil	30 lits
Localisation	3 ^e Bât C aile C
Effectifs médicaux (yc internes)	
<i>Médecins</i>	4.4
<i>Internes</i>	2
Effectifs non médicaux	
<i>IDE</i>	17.6
<i>AS</i>	11.3
<i>ASH</i>	5
Activité (2007)	
<i>Séjours/Séances</i>	2 181
<i>dont HDJ/Ambu</i>	63
<i>Recettes hospitalisation</i>	5 338 870 €
DMS (2007)	4.76
Taux d'occupation (2007)	88%

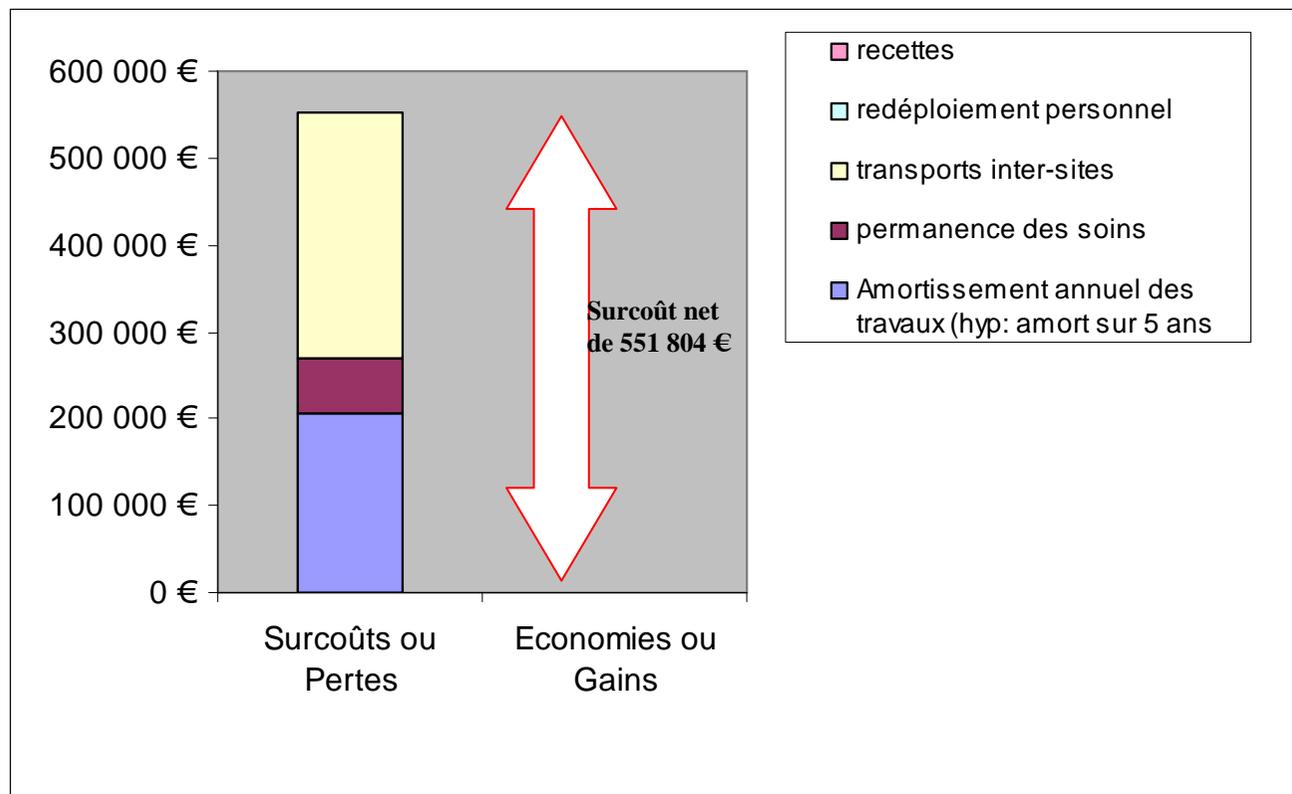
Présentation du scénario 1 :

Regroupement de la Cardiologie sur Belfort à capacité constante

Le regroupement de la Cardiologie, sans réduire les capacités actuelles, ne modifie pas les besoins en personnel. S'agissant de la permanence des soins, l'opération se traduirait par la transformation de deux astreintes en une garde sur place, générant un surcoût de 65 000 €. La surface à réaménager serait de 650 m². La durée des travaux est estimée à 15 mois (dont 4 mois d'étude, 2 mois pour la consultation et 9 mois pour les travaux) en raison du besoin de restructuration et de désenfumage. Compte tenu de l'état de santé aigu des patients devant être transférés, nous considérons que les 1 068 transferts devraient être réalisés dans un environnement médicalisé.

Capacité d'accueil	62 lits
Localisation	1 ^e et 2 ^e Bât H
Pour mémoire, dimensionnement préconisé sur le Nouvel Hôpital (MAINH)	
Cardiologie	46 lits
USIG	15 lits

Effets attendus		
	Surcoûts ou Pertes	Economies ou Gains
Amortissement annuel des travaux (hyp haute : amort sur 5 ans)	205 920 €	
Permanence des soins	65 000 €	
Transports inter-sites	280 884 €	
Redéploiement personnel	0 €	
Recettes	0 €	
Résultat (surcoûts)	551 804 €	



Commentaires :

Le regroupement des Cardiologies ne fait apparaître que des surcoûts.
L'opération n'est donc pas pertinente économiquement.

NEUROLOGIE

Situation actuelle

Belfort	
Capacité d'accueil	15 lits
Localisation	3 ^e Bât H
Effectifs médicaux (yc internes)	<i>Médecins</i> 3.2
	<i>Internes</i> 2
Effectifs non médicaux	<i>IDE</i> 11.35
	<i>AS</i> 11.15
	<i>ASH</i> 4
Activité (2007)	<i>Séjours/Séances</i> 1 491
	<i>dont HDJ/Ambu</i> 928
	<i>Recettes hospitalisation</i> 2 377 962 €
DMS (2007)	10.35
Taux d'occupation (2007)	101%

Montbéliard	
Capacité d'accueil	24 lits
Localisation	2 ^e Bât C aile C
Effectifs médicaux (yc internes)	<i>Médecins</i> 5
	<i>Internes</i> 1
Effectifs non médicaux	<i>IDE</i> 10.8
	<i>AS</i> 12.35
	<i>ASH</i> 4
Activité (2007)	<i>Séjours/Séances</i> 977
	<i>dont HDJ/Ambu</i> 19
	<i>Recettes hospitalisation</i> 2 698 212 €
DMS (2007)	12.32
Taux d'occupation (2007)	99%

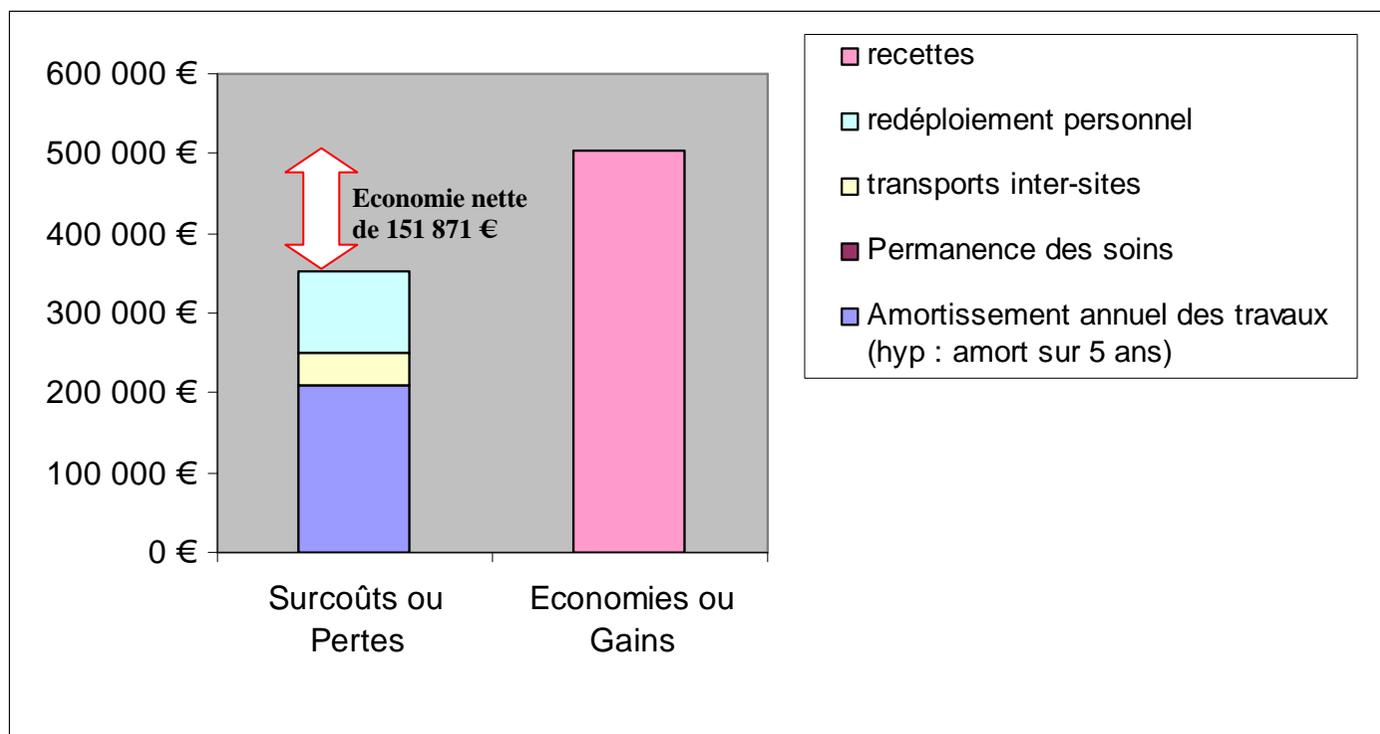
Présentation du scénario 1 :

Regroupement de la Neurologie à Montbéliard, à la place de la Diabétologie, et rapprochement parallèle du SSR et de la Rhumatologie (dans les locaux libérés par la Neurologie Belfort)

Le regroupement de la Neurologie nécessiterait un besoin de 7,32 AS mais un gain en personnel IDE de 2,14 et de 2,37 ASHQ. Cette opération se traduit en outre par le rapprochement géographique de la Rhumatologie et du SSR. Aucun effet en terme de permanence des soins est à attendre, les services ayant déjà mis en place une forfaitisation et une mutualisation. La surface à réaménager serait de 660 m². La durée des travaux est estimée à 15 mois (4 mois d'étude + 2 mois de consultation + 9 mois de travaux) dans la mesure où la commission de sécurité a émis un avis défavorable et exigé une mise en conformité incendie de cet espace. Le nombre de transports ambulanciers serait de 137 et 120 transports proviendraient des urgences et nécessiteraient donc un environnement médicalisé. La capacité du nouveau service regroupé serait augmentée de 2 lits (intégrant la structure UNV). L'effet positif en termes de recette UNV est estimé à 250 000 €.

Capacité d'accueil	41 lits
Localisation	2 ^e Bât C 1 ^{er} aile A
Pour mémoire, dimensionnement préconisé sur le Nouvel Hôpital (MAINH)	Neurologie 39 lits
	UNV 4 lits

Effets attendus		
	Surcoûts ou Pertes	Economies ou Gains
Amortissement annuel des travaux (hyp haute : amort sur 5 ans)	209 088 €	
Permanence des soins	0€	
Transports inter-sites	42 760 €	
Redéploiement personnel	101 481€	
Recettes		505 200 €
Résultat (économies)		151 871 €



Commentaires :

L'étude économique de ce regroupement, intégrant la structuration d'une UNV et le rapatriement de 14 lits de SSR sur le site urbain de Belfort, semble a priori concluante. Cette hypothèse mérite par conséquent d'être testée sur le plan de la pertinence médicale par la communauté médicale et soignante de l'établissement.

NEUROLOGIE

Situation actuelle

Belfort	
Capacité d'accueil	15 lits
Localisation	3 ^e Bât H
Effectifs médicaux (yc internes)	3.2
	2
	<i>Médecins</i>
	<i>Internes</i>
Effectifs non médicaux	11.35
	11.15
	4
	<i>IDE</i>
	<i>AS</i>
	<i>ASH</i>
Activité (2007)	1 491
	928
	2 377 962 €
	<i>Séjours/Séances</i>
	<i>dont HDJ/Ambu</i>
	<i>Recettes hospitalisation</i>
DMS (2007)	10.35
Taux d'occupation (2007)	101%

Montbéliard	
Capacité d'accueil	24 lits
Localisation	2e Bât C aile C
Effectifs médicaux (yc internes)	5
	1
	<i>Médecins</i>
	<i>Internes</i>
Effectifs non médicaux	10.8
	12.35
	4
	<i>IDE</i>
	<i>AS</i>
	<i>ASH</i>
Activité (2007)	977
	19
	2 698 212 €
	<i>Séjours/Séances</i>
	<i>dont HDJ/Ambu</i>
	<i>Recettes hospitalisation</i>
DMS (2007)	12.32
Taux d'occupation (2007)	99%

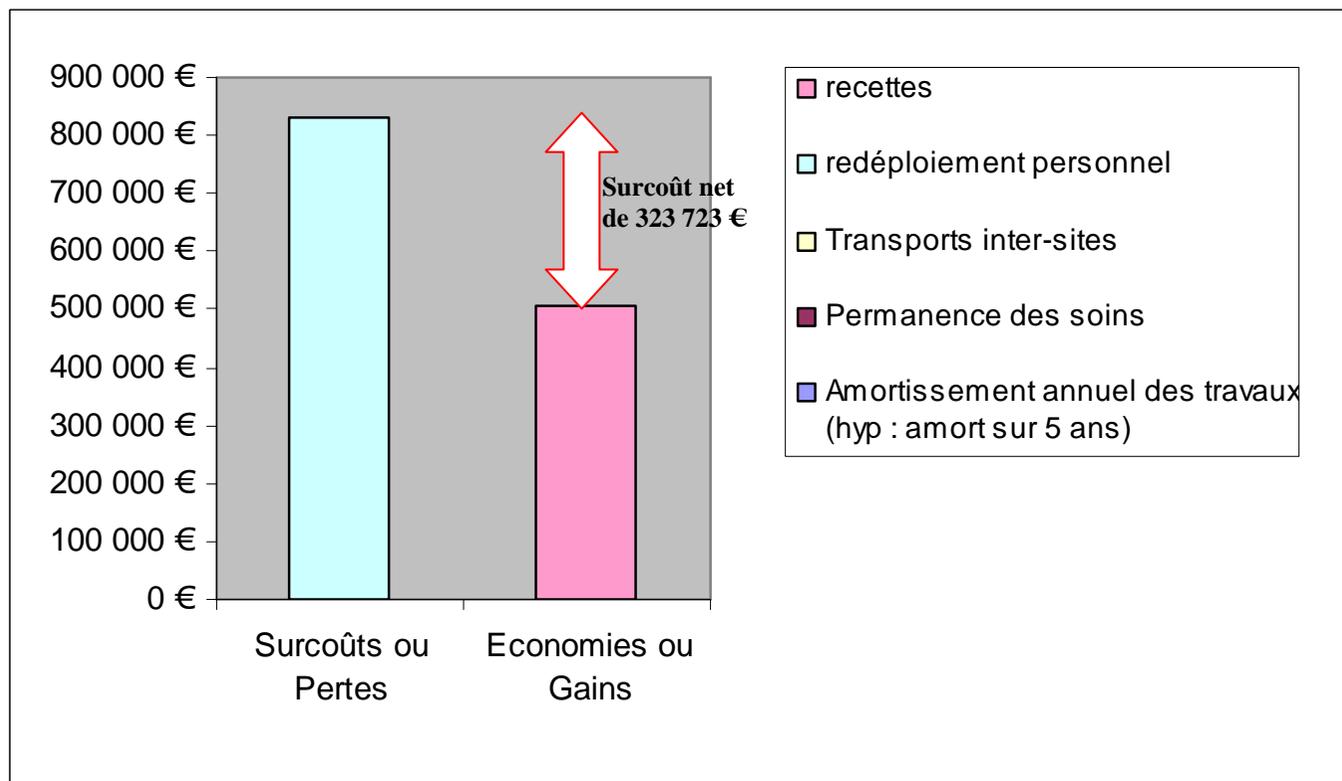
Présentation du scénario 2 :

Conservation des deux sites et structuration d'une UNV (à titre de comparaison)

La structuration de l'UNV en maintenant les deux services sur chacun des sites nécessite de nouveaux besoins en personnel soignant. (9,29 IDE, 10,7 AS). Aucun gain en termes de permanence des soins n'est à attendre, les services ayant déjà mis en place une forfaitisation et une mutualisation.

Capacité d'accueil dont :		39 lits
	Belfort	15 lits
	Montbéliard	24 lits
Localisation		inchangée
Pour mémoire, dimensionnement préconisé sur le Nouvel Hôpital (MAINH)		
	Neurologie	39 lits
	UNV	4 lits

Effets attendus		
	Surcoûts ou Pertes	Economies ou Gains
Amortissement annuel des travaux (hyp : amort sur 5 ans)	0 €	
Permanence des soins	0 €	
Transports inter-sites	0 €	
Redéploiement personnel	828 923 €	
Recettes		505 200 €
Résultat (surcoûts)	323 723 €	



Commentaires :

Pour information, le choix de laisser la situation inchangée et de structurer les services avec une UNV, nécessite un renforcement conséquent des effectifs à hauteur de 828 923 €.

Cette évaluation confirme a priori l'intérêt du scénario n°1.

**ANNEXE 1 : Provenance des patients en chirurgie viscérale,
à Belfort et Montbéliard, en 2007**

**CHIRURGIE GENERALE
MONTBELIARD**

Répartition des séjours par codes postaux

Année 2007

Calcul basé sur les RUM

	Commune	Effectif	%	Eff/1000 hab(*)	Pop.(*)
'25200	MONTBELIARD	348	17,50%	8,81	39522
'25400	AUDINCOURT	264	13,30%	12,76	20687
'70400	HERICOURT	149	7,50%	6,9	21583
'25700	VALENTIGNEY	127	6,40%	8,77	14474
'25600	SOCHAUX	88	4,40%	9,23	9531
'25150	PONT DE ROIDE	78	3,90%	9,5	8212
'25230	SELONCOURT	73	3,70%	8,95	8155
'25420	VOUJEAUCOURT	71	3,60%	9,85	7208
'25250	L ISLE SUR LE DOUBS	64	3,20%	8,82	7255
'25310	HERIMONCOURT	64	3,20%	7,96	8038
'25260	COLOMBIER FONTAINE	63	3,20%	11,87	5308
'25190	ST HIPPOLYTE	56	2,80%	10,75	5211
'25550	BAVANS	54	2,70%	8,59	6286
'25750	ARCEY	46	2,30%	17,8	2584
'25350	MANDEURE	42	2,10%	8,17	5142
'25490	FESCHES LE CHATEL	36	1,80%	7,16	5027
'25120	MAICHE	31	1,60%	6,22	4981
'90000	BELFORT	28	1,40%	0,56	50417
'25460	ETUPES	28	1,40%	7,9	3543
'90500	BEAUCOURT	27	1,40%	4,67	5786

75% du recrutement du site de Montbéliard se fait sur une zone allant de Montbéliard-Audincourt à Pont-de-Roide.

**DEPARTEMENT CHIRURGIE
BELFORT**

Répartition des séjours par codes postaux

Année 2007

Calcul basé sur les RUM

	Commune	Effectif	%	Eff/1000 hab(*)	Pop.(*)
'90000	BELFORT	570	28,90%	11,31	50417
'90100	DELLE	182	9,20%	13,92	13079
'90300	VALDOIE	147	7,50%	10,98	13386
'90400	DANJOUTIN	107	5,40%	11,8	9069
'70400	HERICOURT	97	4,90%	4,49	21583
'90200	GIROMAGNY	86	4,40%	11,77	7304
'70290	CHAMPAGNEY	77	3,90%	12,67	6076
'90800	BAVILLIERS	70	3,60%	12,15	5761
'90150	FONTAINE	49	2,50%	12,31	3981
'70200	LURE	43	2,20%	2,09	20612
'90850	BAVILLIERS	40	2%	14,59	2742
'90700	CHATENOIS LES FORGES	36	1,80%	13,43	2680
'70250	RONCHAMP	35	1,80%	11,8	2965
'90170	ETUEFFONT	34	1,70%	15,18	2240
'90600	GRANDVILLARS	34	1,70%	11,47	2963
'90140	BOUROGNE	31	1,60%	11,65	2660
'90340	CHEVREMONT	29	1,50%	18,88	1536
'90160	BESSONCOURT	28	1,40%	11,3	2478
'25200	MONTBELIARD	28	1,40%	0,71	39522
'90350	EVETTE SALBERT	24	1,20%	11,14	2155

(*) données du recensement de 1999.

75% du recrutement du site de Belfort se fait sur le Territoire de Belfort.

ANNEXE 2 : Conformité des locaux

2.1 Etat des lieux des bâtiments accueillant des patients – Site de Belfort

Site de Belfort

Bon = 2

Moyen = 1 (1-=moyen moins et 1+=moyen plus)

Mauvais = 0

Partiel par ex emple pour désenfumage si tous niveaux non traités = x %

Etat des lieux sommaire des bâtiments accueillant des patients

BAT	A	C	D	H	I	K	Z	Observations
Désenfumage	1	2	33%	0%	0%	15%	1+	
Détection incendie	1+	2	1+	2	1-	1	1+	
Cloisons CF	2	2	1+	0	2	2	2	
Châssis ext	2	2	0	1	2	1+	1	
Portes CF	1	2	1	1-	1+	1+	2	
Peinture	1-	2	1+	1	1+	1+	1+	
Sols	1-	2	1	1-	1+	1+	1	
plafonds	1	2	1	1	1+	1+	1	
Electricité	2	2	1	1-	1+	1	1	
Ventilation	1	2	1	1-	1+	1	1	
Plomberie	1	2	1	1-	1	0	0	

2.2 Etat des lieux des bâtiments accueillant des patients – Site de Montbéliard

Site de Montbéliard

Bon = 2

Moyen = 1 (1-=moyen moins et 1+=moyen plus)

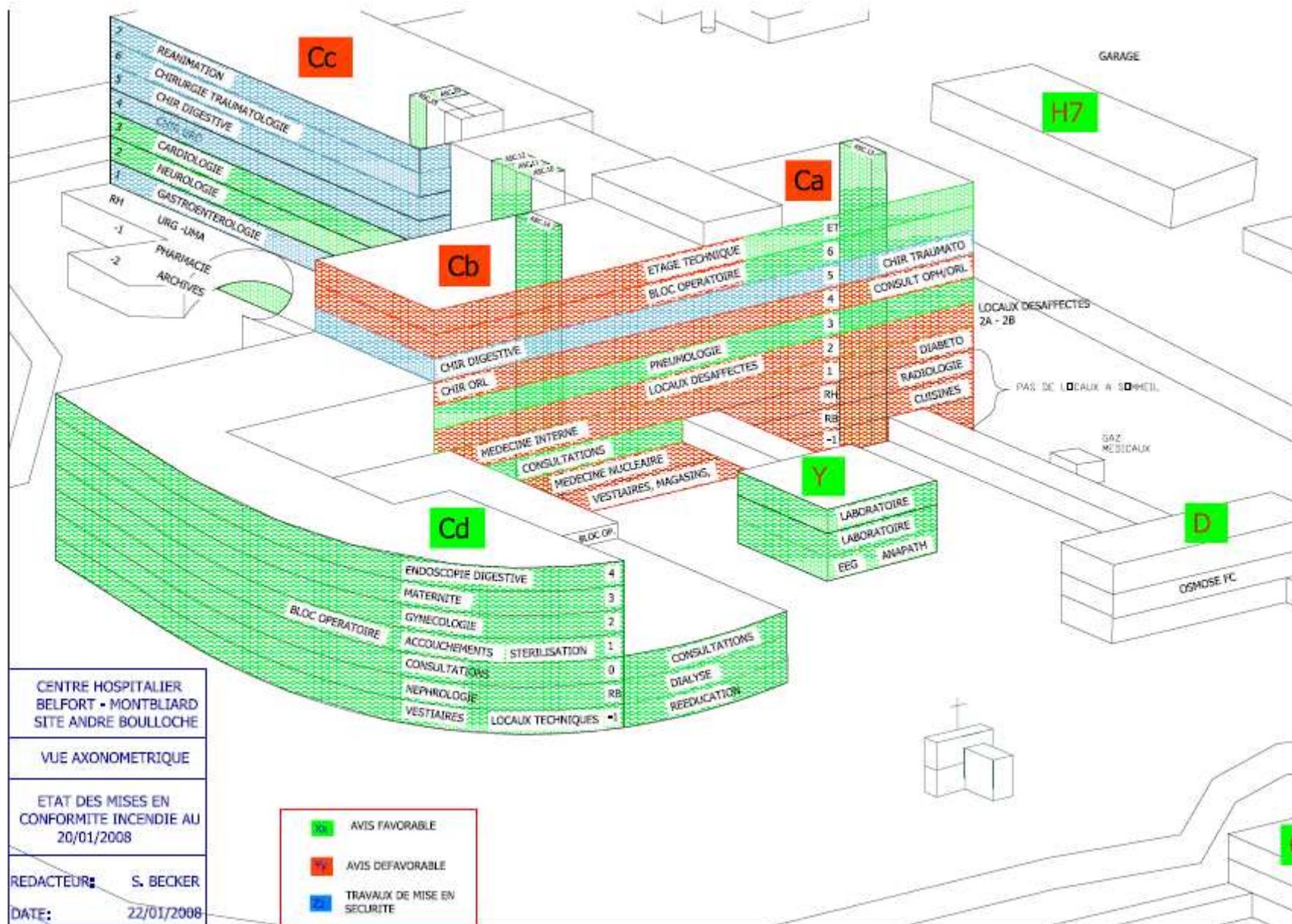
Mauvais = 0

Partiel par ex emple pour désenfumage si tous niveaux non traités = x %

Etat des lieux sommaire des bâtiments accueillant des patients

BAT	Ca	Cb	Cc	Cd	Observations
Désenfumage	15%	15%	0%	100%	seul 3ème OK
Détection incendie	100%	100%	100%	100%	
Cloisons CF	1-	1-	0	2	sauf 3ème ailes A, B et C bon
Châssis ext	1-	1-	1	2	
Portes CF	1+	1+	1+	2	
Peinture	0	0	1	2	sauf 3ème ailes A, B et C bon
Sols	1	1	1	2	attention tous sols avec amiante y cis dans colle
plafonds	1-	1-	1	2	
Electricité	1-	1-	1	2	
Ventilation	1-	1-	1-	2	sauf 3ème ailes A, B et C bon
Plomberie	0	0	1-	2	

2.3 Vue axonométrique Montbéliard



2.4 Etat des niveaux désenfumés – Site de Belfort

Bâtiments	NIV	Remarque
A	1	Remarque SDIS
	2	Remarque SDIS
	3	Remarque SDIS
C	0	Conforme
	1	Conforme
	2	Conforme
	3	Conforme
D	0 est	Conforme
	0 ouest	Conforme
	1 est	Désenfumage à réaliser
	1 ouest	Conforme
	2 est	Désenfumage à réaliser
	2 ouest	Conforme
	3 est	Désenfumage à réaliser
	3 ouest	Désenfumage à réaliser
H	1	Désenfumage à réaliser
	2	Désenfumage à réaliser
	3	Désenfumage à réaliser

ANNEXE 3 : Effets des regroupements sur le Personnel Non Médical

3.1 Effets du regroupement de la Pneumologie sur le Personnel Non Médical (scénario n°1)

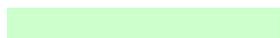
PNEUMOLOGIE MONTBELIARD 3ème étage							
SITUATION ACTUELLE			SITUATION FUTURE				
	organisation	Effectifs réels (ETP)		organisation	Besoin total (ETP)	écart (ETP)	
pneumologie Montbéliard 22 lits + 7 lits insuffisants respiratoires			pneumologie 22 lits + 7 lits insuffisants respiratoires 3ème étage ailes A+B			IDE	12,82
IDE	jour + nuit	14,55	IDE	lundi au vendredi: 4 week-end fériés: 4 nuit: 2	12,18		
AS	jour + nuit	9,8	AS	lundi au vendredi: 5 week-end fériés: 4 nuit: 1	10,8		
ASH		4	ASH	lundi au vendredi: 3/2 week-end fériés: 2	4	AS	2,58
pneumologie Belfort 30 lits			pneumologie 18 lits + 21 lits de médecine interne				
IDE	jour + nuit	11,2	IDE	lundi au vendredi: 5 week-end fériés: 5 nuit: 1	11,4		
AS	jour + nuit	10	AS	lundi au vendredi: 6 week-end fériés: 6 nuit: 2	15,72	ASH	3,37
ASH		4	ASH	lundi au vendredi: 3 week-end fériés: 2	4,18		
Médecine interne Montbéliard 21 lits							
IDE	jour + nuit	10,65					
AS	jour + nuit	9,3					
ASH		3,55					

gains en personnels

besoins en personnels

3.2 Effets du regroupement de l'Hépatogastro-entérologie sur le Personnel Non Médical (scénario n°1)

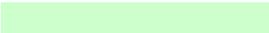
GASTRO ENTEROLOGIE BELFORT 3ème étage bâtiment A nord								
SITUATION ACTUELLE			SITUATION FUTURE					
	organisation	Effectifs réels (ETP)		organisation	Besoin total (ETP)		écart (ETP)	
gastro entérologie Montbéliard 21 lits + 5 lits SI			gastro entérologie 30 lits					
IDE	jour + nuit	15,25	IDE	lundi au vendredi: 4 week-end fériés: 4 nuit: 1	9,63		IDE	16,22
AS	jour + nuit	6,8	AS	lundi au vendredi: 4 week-end fériés: 3 nuit: 1	9,04			
ASH		4	ASH	lundi au vendredi: 3/2 week-end fériés: 2	4		AS	8,06
gastro entérologie Belfort 18 lits + 8 lits d'oncologie								
IDE	jour + nuit	10,6					ASH	4
AS	jour + nuit	10,3						
ASH		4						

 gains en personnels

 besoins en personnels

3.3 Effets du regroupement de la Cardiologie sur le Personnel Non Médical (scénario n°1)

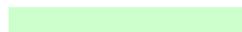
SITUATION ACTUELLE			SITUATION FUTURE				
	organisation	Effectifs réels (ETP)		organisation	Besoin total (ETP)	écart (ETP)	
Cardiologie Montbéliard 18 lits conventionnels, 4 lits hospi semaine, 8 lits soins intensifs			Cardiologie 12 lits soins intensifs + 15 lits conventionnels				
IDE	jour + nuit	17,6	IDE	lundi au vendredi: 8 week-end fériés: 8 nuit: 3	21,81	IDE	6,56
AS	jour + nuit	11,3	AS	lundi au vendredi: 8 week-end fériés: 8 nuit: 2	19,26		
ASH		5	ASH	lundi au vendredi: 3/2 week-end fériés: 2	5	AS	-7,54
Cardiologie Belfort, 24 lits conventionnels + 8 lits soins intensifs			Cardiologie 32 lits conventionnels				
IDE		20,4	IDE	lundi au vendredi: 4 week-end fériés: 4 nuit: 1	9,63	ASH	-0,5
AS		10,05	AS	lundi au vendredi: 4 week-end fériés: 4 nuit: 1	9,63		
ASH		3,5	ASH	lundi au vendredi: 3/2 week-end fériés: 2	4		

 gains en personnels

 besoins en personnels

3.4 Effets du regroupement de la Neurologie sur le Personnel Non Médical (scénario n°1)

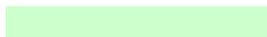
NEUROLOGIE						
SITUATION ACTUELLE			SITUATION FUTURE			
	organisation	Effectifs réels (ETP)		organisation	Besoin total (ETP)	écart (ETP)
Neurologie Montbéliard 24 lits			Neurologie 4 lits soins intensifs + 12 lits de subaigus + 10 lits conventionnels à Montbéliard			
IDE	jour + nuit	10,8	IDE	lundi au vendredi: 6 week-end fériés: 6 nuit: 2	15,72	IDE 2,14
AS	jour + nuit	12,35	AS	lundi au vendredi: 9 week-end fériés: 9 nuit: 2	21,03	
ASH		4	ASH	lundi au vendredi: 3/2 week-end fériés: 2	4	
Neurologie Belfort 15 lits + rhumatologie 15 lits						AS -7,32
IDE	jour + nuit	11,35				
AS	jour + nuit	11,15				
ASH		4				
Médecine interne Montbéliard 21 lits			Neurologie 15 lits conventionnels + 21 lits médecine interne			
IDE	jour + nuit	10,65	IDE	lundi au vendredi: 5 week-end fériés: 5 nuit: 1	11,4	ASH 2,37
AS	jour + nuit	9,3	AS	lundi au vendredi: 6 week-end fériés: 6 nuit: 2	15,72	
ASH		3,55	ASH	lundi au vendredi: 3 week-end fériés: 2	4,18	
SSR Belfort			SSR 15 lits + 15 lits rhumatologie			
IDE	jour + nuit effectif théorique	6,09	IDE	lundi au vendredi: 4 week-end fériés: 4 nuit: 1	9,63	ASH 2,37
AS	jour + nuit effectif théorique	7,43	AS	lundi au vendredi: 5 week-end fériés: 4 nuit: 1	10,8	
ASH	effectif théorique	3	ASH	lundi au vendredi: 3/2 week-end fériés: 2	4	

 gains en personnels

 besoins en personnels

3.5 Effets du regroupement de la Neurologie sur le Personnel Non Médical (scénario n°2)

NEUROLOGIE							
SITUATION ACTUELLE			SITUATION FUTURE				
	organisation	Effectifs réels (ETP)		organisation	Besoin total (ETP)	écart (ETP)	
Neurologie Montbéliard 24 lits			Neurologie 4 lits soins intensifs + 6 lits de subaigus + 14 lits conventionnels à Montbéliard				
IDE	jour + nuit	10,8	IDE	lundi au vendredi: 6 week-end fériés: 6 nuit: 2	15,72	IDE	-9,29
AS	jour + nuit	12,35	AS	lundi au vendredi: 8 week-end fériés: 8 nuit: 2	19,26		
ASH		4	ASH	lundi au vendredi: 3/2 week-end fériés: 2	4	AS	-10,7
Neurologie Belfort 15 lits + rhumatologie 15 lits			Neurologie 6 lits de subaigus + 9 lits conventionnels neurologie + 15 lits rhumatologie à Belfort				
IDE		11,35	IDE	lundi au vendredi: 6 week-end fériés: 6 nuit: 2	15,72	ASH	0
AS		11,15	AS	lundi au vendredi: 7 week-end fériés: 7 nuit: 1	14,94		
ASH		4	ASH	lundi au vendredi: 3/2 week-end fériés: 2	4		

 gains en personnels

 besoins en personnels

ANNEXE 4 : Etude des coûts et économies liés aux transferts sur un site

Regroupement sur Belfort

		<u>économie</u>	<u>économie</u>	<u>économie</u>	<u>surcoût</u>	<u>surcoût</u>	<u>surcoût</u>	<u>surcoût</u>
CR	Nom du service	Mutations inter-services de Belfort vers Montbéliard	Mutations inter-services de Montbéliard vers Belfort	Mutations des autres services de Belfort vers le service anciennement sur Montbéliard, transféré sur Belfort	Mutations des autres services de Montbéliard vers le service de Montbéliard transféré sur Belfort	Mutations du service de Belfort vers les autres services de Montbéliard	Mutations des autres services de Montbéliard qui dirigeaient leurs patients vers le service de Montbéliard transféré sur Belfort	Tranferts des patients provenant des urgences de Montbéliard (hors UMA)
5020	CARDIOLOGIE BELFORT	75	32	1	10	7	206	953
5220	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE BELFORT	0	0	52	6	4	167	578

Regroupement sur Montbéliard

		<u>économie</u>	<u>économie</u>	<u>économie</u>	<u>surcoût</u>	<u>surcoût</u>	<u>surcoût</u>	<u>surcoût</u>
CR	Nom du service	Mutations inter-services de Montbéliard vers Belfort	Mutations inter-services de Belfort vers Montbéliard	Mutations des autres services de Montbéliard vers le service anciennement de Belfort, transféré sur Montbéliard	Mutations des autres services de Belfort vers le service de Belfort transféré sur Montbéliard	Mutations du service de Montbéliard vers les autres services de Belfort	Mutations des autres services de Belfort qui dirigeaient leurs patients vers le service de Belfort transféré sur Montbéliard	Tranferts des patients provenant des urgences de Belfort (hors UMA)
5550	NEUROLOGIE MONTBELIARD	0	0	3	0	2	138	120
5850	PNEUMOLOGIE MONTBELIARD	1	0	4	2	2	100	251

ANNEXE 5 : Etude de l'hypothèse de fermeture hebdomadaire alternée la nuit et le week-end des blocs opératoires

1. Hypothèse étudiée

- Fermeture alternée sur un rythme hebdomadaire des blocs opératoires de chaque site la nuit (19h à 8h le matin) et le week-end
- Maintien de l'activité obstétricale sur chaque site avec possibilité de réaliser sur chaque site les interventions chirurgicales obstétricales d'urgence (césariennes essentiellement)
- Les chirurgiens du site ayant le bloc opératoire « de garde » opèrent toutes les urgences chirurgicales des deux sites de la spécialité les concernant et les hospitalisent dans leur service
- Les patients arrivés aux urgences du site dont le bloc opératoire n'est pas « de garde » et qui nécessitent une intervention chirurgicale d'urgence sont transférés sur le site de garde pour être opérés.

2. Activité chirurgicale d'urgence actuelle des deux sites

Estimation annuelle 2007	Bloc opératoires de Belfort				Site de Montbéliard			
	du lundi au vendredi de 19h à 8h		samedi et dimanche		TOTAL		TOTAL	
secteur	nombre de passages	Durée en h	nombre de passages	Durée en h	nombre de passages	Durée en h	nombre de passages	Durée en h
Chirurgie générale	183	361	138	248	321	609	167	283
Urologie	6	609	3	4	9	613	68	68
ORL	18	17	12	17	30	34	39	37
Orthopédie traumatologie	120	327	153	351	273	678	202	205
Gynécologie	219	348	123	183	342	530	245	268
TOTAL	546	1661	429	802	975	2464	721	861
Moyenne par jour	2,5	7,6	4,1	7,7	2,7	6,8	2,0	2,4

Il est à noter que, si l'on se base sur l'activité du site de Belfort pour 4 mois, au moins 70% des interventions de gynécologie entre 19h et 8h et le week-end sont des césariennes (= réalisées en salle césarienne) soit 1,1 césariennes hors heures ouvrables par jour pour le CHBM.

Soit un prévisionnel de 4 à 5 interventions chirurgicales hors césariennes par jour la nuit ou le week-end.

3. Economies et surcoûts potentiels liés à la mise en œuvre de cette hypothèse

3.1. Fonctionnement prévu

- Sur les deux sites, pour la prise en charge des urgences obstétricales :
De garde sur place : 1 IBODE, 1 IADE, 1 interne gynécologie + 1 sage femme, 1 ASH, 1 médecin anesthésiste sénior, 1 gynécologue obstétricien.
- Sur le site de garde, en plus de l'équipe chargée des urgences obstétricales :
De garde sur place : 2 IBODE, 1 IADE, 1 médecin anesthésiste sénior, 1 IDE de salle de réveil, 1 ASH

Effectif en personnel nécessaire pour mettre en œuvre ce fonctionnement :

	nb total	nb ETP
IBODE	4	9,0
IADE	3	6,8
IDE salle de réveil	1	2,3
ASH	3	6,8
interne gynécologie	2	
SF	2	
médecin anesthésiste sénior	3	
TOTAL		24,9

NB : n'est pas inclus dans ce calcul le paiement du temps de travail effectif pendant les périodes de garde et d'astreinte du PNM mais ce temps de travail devrait être identique entre la situation actuelle et l'hypothèse proposée.

3.2. Différence avec le fonctionnement actuel

Effectif actuel en personnel de nuit (19h-8h) et de week end

	nb total	nb ETP
IBODE		11,2
IADE		4,4
IDE salle de réveil		3,9
AS		1,0
ASH		7,4
interne gynécologie	2	
SF	2	
médecin anesthésiste sénior	3	
TOTAL		27,9

NB : n'est pas inclus dans ce calcul le paiement du temps de travail effectif pendant les périodes de garde et d'astreinte du PNM mais ce temps de travail devrait être identique entre la situation actuelle et l'hypothèse proposée.

Différence : - 3 ETP valorisable à - 108 000 €/an en utilisant le coût moyen permanent par grade en 2007.

3.3. Permanence médicale

Situation actuelle :

Toutes les astreintes citées ci-dessous sont des astreintes opérationnelles de sénior et sont forfaitisées (pas de paiement direct des déplacements)

Site de Montbéliard	Site de Belfort
1 astreinte de chirurgie générale et viscérale 1 astreinte d'urologie 1 astreinte d'ORL 1 astreinte orthopédie traumatologie 1 ligne de garde de gynécologie-obstétrique 1 ligne de garde d'interne de gynécologie 1 ligne de garde d'anesthésie	1 astreinte de chirurgie générale et viscérale (auquel participe le Dr SAFI) 1 astreinte d'ORL 1 paiement des déplacements exceptionnel de la stomatologie 1 astreinte orthopédie traumatologie 1 ligne de garde de gynécologie-obstétrique 1 ligne de garde d'interne de gynécologie 1 ligne de garde d'anesthésie
Urgences B et M (mutualisé) : 1 médecin pour les transferts médicalisés en garde (en fait astreinte à domicile payée en garde).	

Dans le cadre de la fermeture hebdomadaire alternée des blocs opératoires, il ne semble pas possible de supprimer d'astreinte ni de ligne de garde.

Le cas de l'ORL a été plus particulièrement étudié, mais cette activité ne se limite pas au passage au bloc, par ex corps étrangers épistaxis etc... Enfin, les reprises post op ORL et autres, ne sont que difficilement transférables car ce sont souvent des urgences vitales.

Les médecins d'astreinte sur le site dont les blocs opératoires sont « fermés » la nuit et le week-end répondraient aux demandes des urgences et de leur service.

En cas de besoin, un patient accueilli aux urgences sur ce site et devant être opéré serait transféré sur l'autre site et pris en charge, opéré et hospitalisé par le confrère de la même spécialité d'astreinte pour cet autre site.

L'astreinte ne pourrait donc être supprimée.

3.4. Autres impacts

La fermeture des blocs d'un site pendant une semaine suppose de transférer les patients à opérer sur l'autre site et ceux, depuis les urgences ou depuis les services si reprise chirurgicale (cas beaucoup plus rare car équipe de bloc présente sur chaque site jusqu'à 19h).

Les transferts non médicalisés entre B et M nécessitent une équipe d'ambulancier composé de 2 ambulanciers.

2 solutions :

- doubler l'unique ambulancier présent actuellement à Montbéliard en dehors des heures ouvrables et remettre à niveau les véhicules. Nb ETP nécessaire : 1,9 ETP soit 71 000 €/an + coût remise à niveau véhicule.
- Recourir au GIE qui assure ces transports pour le site de Belfort. Coût approximatif par an : 3 transports intersite/jours x € soit € /an.

Les transferts médicalisés seront réalisés par l'équipe de transfert commune des urgences des 2 sites.

Conclusion provisoire

L'étude préliminaire ci haut fait apparaître une économie générée de l'ordre de 30 000 à 40 000 €/an .

Il est aisé de penser que cette nouvelle organisation soulèverait des inquiétudes et des mécontentements notamment :

- parmi les patients arrivés aux urgences sur un site qui devraient être ré acheminés sur l'autre site pour être opérés
- parmi le personnel non médical de bloc pour lequel le revenu tiré des gardes et astreintes est un élément important de rémunération
- parmi le personnel chirurgical qui ne pourrait plus opérer « sur son site » les urgences de sa spécialité une semaine sur deux
- aux urgences en raison d'une surcharge potentielle de travail une semaine sur deux (avec un calme relatif la semaine suivante ?)
- pour les anesthésistes des deux sites qui devraient totalement revoir leur organisation
- parmi les personnels de transfert pour lesquels cela représenterait une surcharge de travail

A cet égard, le gain financier potentiel paraît faible par rapport aux bouleversements engendrés.