

C.H.U. DE FORT DE FRANCE

◆ *VOLUME 1 – LES ORIENTATIONS DU PROJET  
MEDICAL*

## ABREVIATIONS

ARH	Agence Régional de l'Hospitalisation
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostics
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DU	Diplôme Universitaire
EHPAD	Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
G.O.	Gynécologie Obstétrique
GHM	Groupe Homogène de Malades
HAD	Hospitalisation à Domicile
IBODE	Infirmière de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRM	Imagerie par Résonance Nucléaire
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MCO	Médecine – Chirurgie - Obstétrique
PH	Praticien Hospitalier
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RUM	Résumé d'Unité Médicale
RSA	Résumé de Sortie Anonymisé
RTT	Récupération du Temps de Travail
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SAMU	Service d'Aide Médical d'Urgences
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SC	Surveillance Continue
SI	Soins Intensifs
SLD	Soins de Longue Durée
SMUR	Secours Médicalisés d'Urgences et Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TCAM	Taux de Croissance Annuel Moyen
TO	Taux d'Occupation
UCP	Unités de Concertation Pluridisciplinaires
UCT	Unité de Coordination de Tabacologie
UF	Unité Fonctionnelle
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences

## SYNTHESE

Le projet médical 2005-2010 donne des réponses appropriées aux changements rapides de l'environnement sanitaire survenus tant au niveau national qu'au niveau régional.

***Au niveau national***, l'abandon progressif du financement des établissements par le budget global au profit du financement par l'activité constitue l'évènement majeur qui aura un impact sur les pratiques médicales et sur les relations avec les autres établissements de la région.

***Au niveau régional***, deux nouveaux facteurs se sont logiquement imposés à ce projet 2005-2010. Le premier, concerne l'obligation de mise en conformité parasismique des bâtiments du CHU. Ce facteur est légitimement perçu par toutes les équipes comme une menace. Le second, concerne la possibilité, probablement pour une dernière fois, de financer les projets structurels du CHU par des fonds européens. Ce facteur, perçu comme une opportunité, a justifié le rythme rapide de l'élaboration de ce projet médical en concomitance avec le plan directeur du site Pierre Zobda Quitman à la Meynard.

### ***Le projet médical 2005-2010 s'articule autour de quatre axes stratégiques***

1. Développer une offre de soins de proximité de qualité avec un renforcement du service d'accueil des urgences et des filières spécialisées passant par les urgences et notamment la filière gériatrique.
2. Améliorer l'hospitalisation programmée pour la prise en charge des pathologies courantes en chirurgie.
3. Renforcer les activités de référence et de pointe qui représentent le caractère distinctif du CHU par rapport aux autres hôpitaux et cliniques de la Martinique.
4. Développer les missions d'enseignement et de recherche pour confirmer et consolider la dimension universitaire de l'établissement.

Les enjeux ***du projet de soins paramédicaux 2005-2010*** résident dans la consolidation des dynamiques actuelles de travail et de transversalité pour impacter dans les équipes soignantes la nouvelle politique de rapprochement des activités identifiées dans le projet médical en anticipant les processus d'organisation et en apportant la vision de complémentarité tant dans la gestion des flux que dans la mise en place des moyens qualitatifs.

Afin de tenir compte des axes stratégiques du projet médical et de faciliter leur mise en œuvre, le projet de soins 2005-2010, développé dans le volume 3, a repris les 6 axes du projet de soins 2003-2008 en y intégrant les enjeux suivants :

- La tarification à l'acte
- Le recentrage des actions sur les savoir-faire spécifiques : approche métier avec la mise en œuvre du répertoire des métiers pour les filières paramédicales pour favoriser les échanges interservices
- Une approche client-fournisseur
- Une analyse de la non qualité basée sur le suivi d'indicateurs pertinents dans les services, les secteurs et à la GCS

***Les travaux de préparation du plan directeur*** en vue de regroupements géographiques ont facilité la présentation des projets de service par ensembles d'activités dont certains vont rapidement évolués vers des pôles au sens de la récente ordonnance sur la gouvernance.

A cet effet, on peut notamment citer les services de cardiologie, de chirurgie cardiovasculaire et thoracique, de pneumologie et médecine à orientation vasculaire qui présenteront prochainement un projet commun. Il en est de même pour le pôle d'oncologie et de médecine nucléaire ainsi que pour le pôle de médecine interne et spécialités qui regroupent : la dermatologie, la rhumatologie, la médecine interne (3D) et le service de médecine interne infectiologie.

Le volet plan directeur du projet d'établissement, propose une réorganisation complète du site PZQ qui tient compte des mises en conformité parasismique tout en réduisant toutes les faiblesses de l'organisation existante avec notamment :

1. Le regroupement de tous les soins critiques sur un seul niveau.
2. Le regroupement des blocs opératoires, l'imagerie interventionnelle et la chirurgie anesthésie de jour sur un même niveau.
3. Le regroupement de l'imagerie médicale non interventionnelle et les urgences et SAMU sur un même niveau.
4. La création au niveau du nouveau plateau technique de PZQ des espaces nécessaires pour accueillir l'hôpital de jour et le plateau technique du service de médecine physique et réadaptation qui se trouve actuellement sur le site Emma Ventura.
5. La modernisation et la mise à niveau des unités d'hospitalisation
6. Le regroupement des activités ambulatoires, des consultations, des fonctions transversales et de l'administration dans un bâtiment dédié à des fonctions de jour.

Le montant global de l'investissement est estimé à environ 300 millions d'euros étalés sur dix ans.

Par ailleurs, les volets projet social, projet système d'information et projet qualité seront complétés durant le dernier trimestre 2005.

**CONTEXTE ET METHODE**

## **I. OBJET – CONTEXTE SPECIFIQUE – BILAN PROJET 1997-2002**

Conformément à la loi hospitalière n° 91 748 du 31 juillet 1991 et l'ordonnance n° 96 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, le C.H.U. a élaboré son projet médical et de soins pour la période 2005-2010. Les autres volets du projet d'établissement seront présentés dans un autre document.

### **1. CONTEXTE HISTORIQUE SPECIFIQUE**

Lors de sa création, le Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France avait l'obligation de développer toutes les spécialités médicales et chirurgicales ainsi que les technologies les plus avancées de diagnostic et de thérapie afin d'éviter le recours systématique de la population aux hôpitaux de métropole.

Cette obligation s'est cependant heurté aux freins économiques des années 80, et à la sous évaluation des dotations des hôpitaux en Martinique, lors de la mise en place du système de financement des établissements publics par le « budget global » en 1983.

Malgré ces freins, c'est grâce à la volonté politique locale et à l'obstination des équipes que la quasi-totalité des spécialités ont été rapidement développées. On compte moins de 2% de patients pris en charge par les établissements de métropole. Le CHU est à présent le centre de référence en Martinique et une plaque tournante de la coopération Antilles Guyane et Caraïbienne.

Avant d'aborder le projet 2005-2010, un bref rappel du bilan du projet précédent est nécessaire.

### **2. PROJET 1997-2002**

Approuvé en 1999, ce projet a permis la correction de certaines inégalités entre le CHU de Fort de France et les autres CHU et hôpitaux de la Métropole. Ce projet, ne s'est pas cependant limité au rattrapage du retard mais a aussi anticipé les évolutions à venir en répondant tant aux besoins nouveaux qu'à ceux qui n'étaient pas couverts faute de moyens.

Les projets d'organisation interne, de coopérations interhospitalières ont été réalisés en grande majorité, alors que les projets structurelles ne l'ont été que partiellement.

#### **2.1 Les principales réalisations du projet 1997-2002**

*Le développement des synergies interne*, et le rapprochement entre les services ont permis d'améliorer la qualité des soins en facilitant la prise en charge globale et pluridisciplinaire des pathologies complexes. Des départements et des fédérations regroupant les activités complémentaires ont été concrètement mis en œuvre comme : en gynécologie obstétrique, en cardiologie, en anesthésie réanimation, et aux urgences/SAMU/SMUR.

*Le CHU a également initié et formalisé les coopérations* avec les autres établissements de soins pour favoriser le travail en réseau. On compte à présent 65 conventions signées avec la quasi-totalité des établissements de la Martinique.

Le CHU a également mis en œuvre de nombreux projets qui ont permis de combler les manques existant à l'époque dans des domaines très variés comme :

- √ la réanimation néonatale et pédiatrique ;
- √ les soins palliatifs ;
- √ la prise en charge de la douleur ;
- √ les greffes de tissus ;

- √ le centre régional de traitement des hémophiles ;
- √ les lits stériles en hématologie ;
- √ ...

*Pour les projets structurels*, la réalisation de la maison de la femme, la mère et enfant a avancé à un rythme soutenu ainsi que la restructuration de Victor Fouche et du site de Clarac. La réalisation de la nouvelle maison de la mère, femme et enfant est un bel exemple de collaboration entre l'établissement, le conseil général, la région et l'état qui ont tous contribué à faire bénéficier le projet des fonds européens de développement régional.

C'est le plan directeur du site PZQ qui ne s'est pas réalisé. La restructuration du plateau technique, conformément aux normes parasismiques, est au cœur du projet 2005-2010 pour rattraper le retard cumulé.

## **2.2 La non réalisation du plan directeur de l'hôpital Pierre Zobda Quitman**

Les restructurations envisagées dans le précédent plan directeur portaient sur : le service d'accueil et de traitement des urgences, le SAMU, le bloc opératoire, les laboratoires, la médecine nucléaire. Ce plan directeur prévoyait également la venue du service de médecine physique et réadaptation avec son plateau technique à PZQ.

Malgré les études poussées, la complexe et indispensable restructuration du plateau technique du bâtiment Pierre Zobda Quitman (PZQ) s'est arrêtée à la suite de la parution de la nouvelle réglementation sur les normes parasismiques.

Il faut rappeler que la conception de ce plateau technique date de plus de 25 ans et que qu'aucune adaptation majeure à l'évolution technologique n'avait été entreprise. Le plan directeur 1997-2002 avait déjà identifié des déficits importants en surface à tous les niveaux.

### ***Les nouvelles règles parasismiques***

Aux termes de l'arrêté du 29 mai 1997, le bâtiment PZQ appartient à la classe D qui concerne les bâtiments dont la protection est primordiale pour les besoins de la sécurité civile et de la défense nationale...PZQ est non seulement un bâtiment d'un établissements de santé au sens de l'article L 711-2 du code de santé publique, mais il est de surcroît l'hôpital de recours en cas de catastrophe naturelle. Certains éléments de son plateau technique sont uniques en Martinique.

C'est dans ces bâtiments de « *classe D* » que le degré de protection exigé vis-à-vis des séismes est le plus sévère. Ces ouvrages de *classe D* sont en effet calculés afin qu'ils puissent résister à un niveau de séisme majoré, très supérieur au séisme de calcul des ouvrages courants (dits de classe B et éventuellement de classe C) dans le cadre des règles PS 92.

Le lancement récent du projet d'établissement 2005-2010 a pour objet principal de proposer les solutions les plus appropriées pour ce problème complexe.

La méthode retenue pour l'élaboration du nouveau projet a intégré deux contraintes fortes :

- *La première technique*, nécessitant l'élaboration rapide mais fiable d'un plan directeur particulier de l'Hôpital P. ZOBDA-QUITMAN avec notamment la reconstruction d'un plateau technique neuf, le renforcement des bâtiments existants et le phasage des travaux de manière à ne pas interrompre l'activité pendant les travaux.
- *La deuxième temporelle*, exigeant l'achèvement du projet médical et de soins, ainsi que le plan directeur vers le 15 juin 2005. En effet, le projet de l'établissement sera le

socle sur lequel le CHU appuie sa demande pour le financement de son projet structurel par les fonds Européens mis à la disposition de la Martinique lors du prochain DOCUP.

## **II. METHODE ET DEROULEMENT DE L'ELABORATION DU PROJET 2005-2010**

Dans ce contexte spécifique, le choix d'une démarche bien appropriée qui allie rigueur, participation et concertation avec un apport suffisant d'expertise externe a permis de respecter les délais prévus par la direction générale.

Le Projet Médical et le projet de soins du CHU de Fort de France ont été élaborés durant le premier semestre 2005. La réflexion autour du projet médical a été menée d'une manière concomitante avec les travaux sur plan directeur. Les volets : projet social, projet système d'information et projet qualité seront complétés à partir de septembre 2005.

Le projet médical repose sur les travaux préparatoires, entrepris par 42 services médicaux et médicotechniques pour faciliter la conclusion du Contrat d'objectifs et de Moyens 2003-2007 qu'il fallait actualiser pour inclure une perspective 2005-2010 et la reconstruction d'un plateau technique neuf.

Les autres travaux sur le diagnostic social, les effectifs médicaux et le diagnostic financier réalisés en 2003 sur la base d'un questionnaire établi en concertation avec l'ARH ont été également exploités.

Pour le projet de soins infirmiers, un travail important était déjà réalisé, il a fallu l'harmoniser avec le projet médical.

L'équipe du consultant a travaillé avec le comité de pilotage et les groupes de travail. La démarche a été à la fois stratégique et participative.

*L'aspect stratégique* s'est basé sur une analyse fine de l'activité et de l'organisation des services par les experts avant les missions sur site. Les forces et les faiblesses ont été identifiées et ont permis ainsi d'alimenter la phase participative.

*L'aspect participatif* a été garanti tout le long du projet :

- Par l'écoute individuelle des responsables du CHU ayant une vision transversale comme le Directeur Général, le Président de CME, ainsi qu'une douzaine d'autres personnes désignées en commun accord avec les responsables du CHU.
- et par la constitution de 9 groupes de travail basés sur une logique de rapprochement géographique de services ayant des activités complémentaires et un groupe pour le projet de Soins Infirmiers.

## **1. LES TROIS PHASES ET LE DEROULEMENT DU PROJET MEDICAL**

L'élaboration du projet médical qui définit la stratégie de l'établissement en terme d'activité s'est déroulée en trois phases.

Phases	Objectifs
Première Phase Préparation et analyse stratégique)-Janvier 2005	Analyse des 42 projets de services et de l'évolution de l'activité médicale pour dégager les forces, les faiblesses et les logiques de pôles. Identification de thèmes et pôles qui facilitent l'aboutissement à un plan stratégique qui engage l'ensemble de l'établissement sur les cinq prochaines années.
Deuxième Phase (Participation et transversalité) Février 2005	Constitution de 9 groupes de travail autour des regroupements pour tester les faisabilités et dégager des plans d'actions réalistes dans le temps.
Troisième phase (Projet définitif)	Préparation et présentation d'une synthèse du projet médical 2005-2010.

### **Phase1 - Analyse stratégique et Préparation**

Une analyse de l'existant, une identification des forces et des faiblesses a été réalisée sur la base des documents suivants :

- Le bilan d'activité médicale des 5 dernières, les données DIM par service et la synthèse pour l'établissement
- Le contrat d'objectifs et de moyens et les documents préparatoires (les diagnostics)
- Les 42 projets de service
- Les études récentes au niveau régional sur la comparaison des activités dans les établissements de la Martinique, sur les flux de patients, sur le partage de l'activité entre les établissements
- L'état actuel des projets de coopération avec les autres établissements (Le Lamentin, C.H. de Trinité, et les autres hôpitaux : Saint Pierre, Le Lorrain/Basse Pointe, Saint Esprit, Le François, Les Trois Ilets, Le Marin, et l'établissement de santé Mentale...)
- Les développements avec la médecine de ville, et les différentes associations et organisations concernées par la santé des patients
- Les S.A.E.
- Les études sur les autres volets du projet d'établissement, audit climat social, les 35 heures, le projet de soins infirmiers, le projet qualité, et les projets système d'information
- L'audit sur le fonctionnement du bloc opératoire....
- Le schéma régional d'organisation des soins de réanimation
- Le schéma gérontologique 2003-2007
- Le SROSS santé mentale
- Le plan national de la santé mentale
- Les travaux préparatoires du SROSS soins de suite et réadaptation
- Les textes sur l'application de la T2A
- Le projet de texte pour la constitution en pôle
- Bilan et synthèse PMSI de la Martinique ARH 2002....

Cette phase a conduit à un premier diagnostic général sur la base de l'analyse de l'existant et a facilité la constitution des groupes de travail.

L'analyse de l'existant repose sur une étude des données DIM. Une étude de l'attraction a permis de mettre en évidence les forces et les faiblesses par zone. Les zones identifiées sont basées sur les zones identifiées dans le cadre du schéma d'aménagement du territoire (S.A.R.). Elles sont au nombre de six :

- Nord atlantique (AJOUPA-BROUILLON, BASSE-POINTE, GRAND-RIVIERE, LORRAIN, MACOUBA et MARIGOT)
- Nord Caraïbe (BELLEFONTAINE, CARBET, CASE-PILOTE, FONDS-ST-DENIS, MORNE-ROUGE, MORNE-VERT, PRECHEUR et ST-PIERRE)
- Centre Atlantique (GROS-MORNE, ROBERT, STE-MARIE et TRINITE)
- Centre Agglomération (FORT-DE-FRANCE, SCHOELCHER, ST-JOSEPH et LAMENTIN)
- Sud Caraïbe (ANSES-D'ARLETS, DIAMANT, DUCOS, RIVIERE-SALEE, STE-LUCE, ST-ESPRIT et TROIS-ILETS)
- Sud Atlantique (FRANCOIS, MARIN, RIVIERE-PILOTE, STE-ANNE et VAUCLIN)

Cependant, afin de tenir compte de l'existence du C.H. au Lamentin, les résultats de cette commune ont été extraits de la zone centre agglomération pour mieux distinguer les flux.

L'étude d'attraction repose sur une analyse de la somme des RUM par zone divisée par la population de la zone. Ces résultats sont répartis en 4 classes représentées par des couleurs différentes en fond de carte :

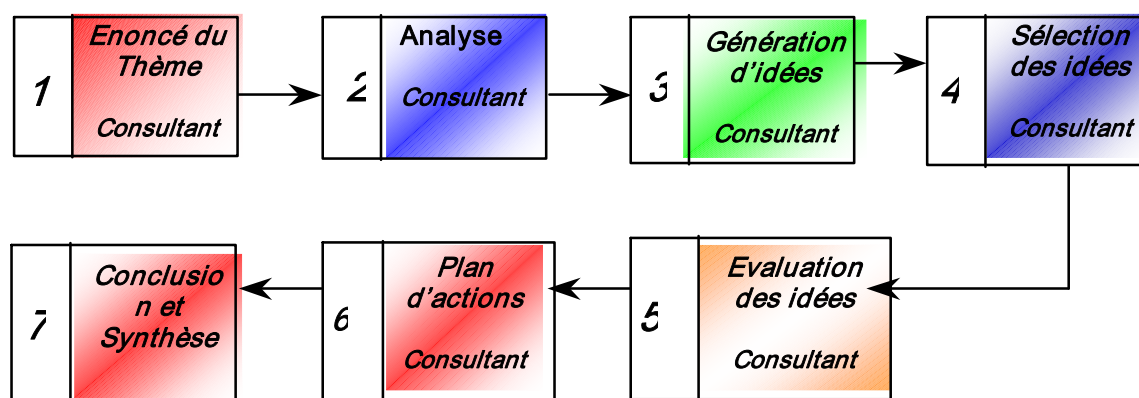
- La rouge correspondant aux zones dont l'attraction est comprise entre l'attraction la plus forte enregistrée et 75% de cette dernière
- La bleue correspondant aux zones dont l'attraction est comprise entre 75% de l'attraction la plus forte et 50% de cette dernière
- La verte correspondant aux zones dont l'attraction est comprise entre 50% de l'attraction la plus forte et 25% de cette dernière
- La grise correspondant aux zones dont l'attraction est comprise entre 25% de l'attraction la plus forte et 0.

### **Phase 2 - Lancement, Ecoute individuelle et travaux de groupe**

L'expert médical a procédé à *des écoutes individuelles ponctuelles* incluant le directeur de l'établissement, le président de C.M.E. et le D.I.M.

L'équipe du consultant a animé 9 groupes de travail selon le schéma classique « Problem solving/Team Building » ou PS/TB. Ce même schéma a d'ailleurs été appliqué au volet infirmiers.

Les groupes de travail étaient pluridisciplinaires avec, en moyenne, la participation d'une douzaine de personnes ressources selon le thème.



**Le travail du groupe se termine toujours par l'élaboration d'un plan d'actions**

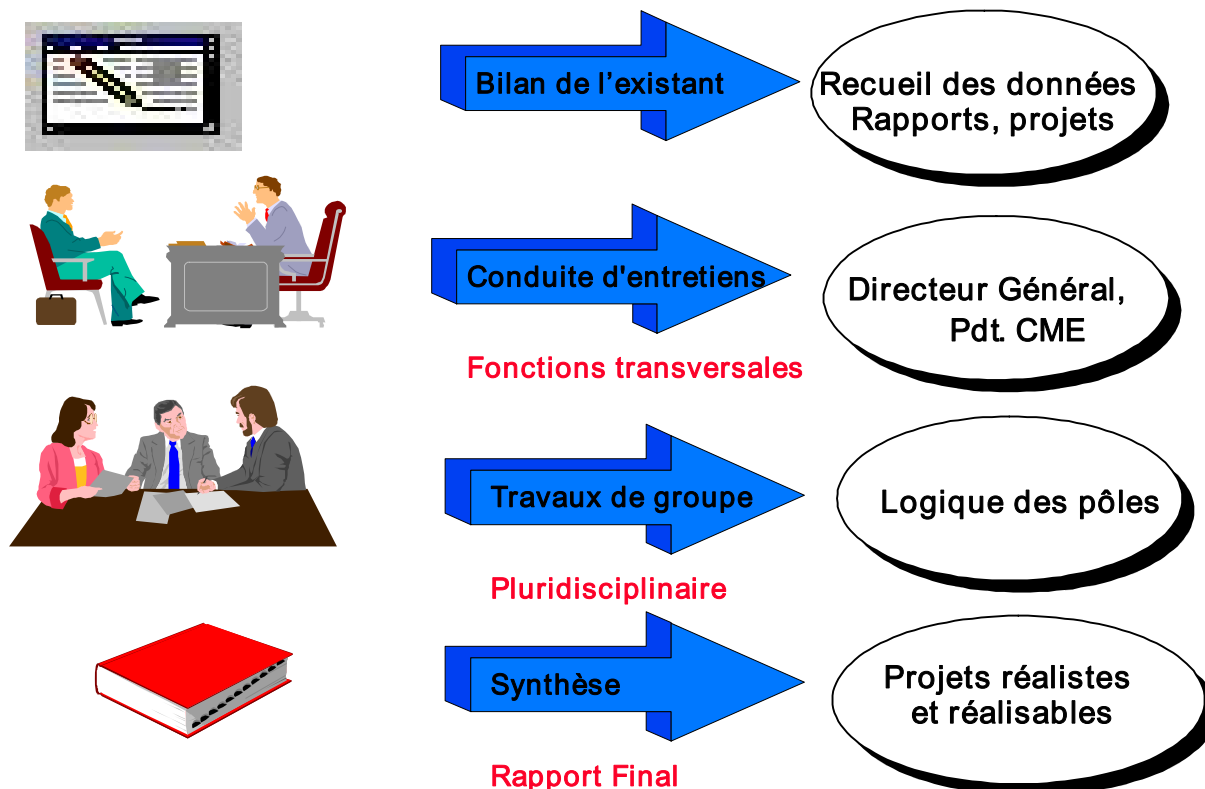
La synthèse des travaux a été effectuée par le consultant et validée par les groupes avant le vote par les instances internes.

### *Phase3 - Elaboration du projet médical définitif*

Un rapport provisoire a été présenté aux chefs de services pour une pré validation avant la présentation définitive aux instances en Juillet.

Le schéma suivant illustre le déroulement global de la démarche.

## UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE ECLAIREE PAR LES EXPERTS



### 2. Déroulement du projet de soins

La coordination des soins disposait d'un projet 2005-2008, il fallait le mettre en cohérence avec le nouveau projet médical. L'élaboration du projet de soins a suivi le même schéma que le projet médical avec ses trois phases.

Phases	Objectifs
Phase n°1 (Préparation et analyse)	Analyse du projet de soins 2005-2008 et prise de connaissance des informations sur le projet médical en cours de réalisation ainsi que des préconisations des visites d'accréditation si elles sont disponibles
Deuxième Phase (Participation et transversalité)	Constitution de 1 groupe de travail
Troisième phase (Projet définitif)	Préparation et présentation d'une synthèse du projet médical 2005-2010.

L'aspect participatif a été garanti par la constitution d'un *groupe de travail* qui a proposé et validé les enrichissements et adaptations à apporter au projet 2005-2008 pour prendre en compte les orientations du projet médical.

Ce groupe de travail d'une quinzaine de personnes a été constitué par la direction des soins infirmiers pour inclure des cadres infirmiers référents des différents services ou pôles. Ce groupe très motivé a été sollicité deux fois dans un court laps de temps d'une semaine.

**ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT,  
OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES  
DU PROJET MEDICAL**

## I. UN ENVIRONNEMENT RAPIDEMENT CHANGEANT

Il faut tout d'abord rappeler que le CHU, c'est près de 3400 agents médicaux et non médicaux au service de la population. Il reçoit chaque année plus de 45 000 malades et assure environ 438 000 consultations externes. L'activité du CHU couvre maintenant toutes les disciplines médicales et chirurgicales : cancérologie, obstétrique, orthopédie-traumatologie, gastro-entérologie, cardiologie, hématologie, rhumatologie, neurologie, neurochirurgie, brûlés, réanimation, chirurgie cardiaque, dermatologie, diabétologie, médecine gériatrique, psychiatrie, etc.

Son environnement et sa gouvernance sont forcément complexes.

Les principaux enjeux et besoins vis à vis desquels le C.H.U. devrait avoir une politique proactive concernent :

1. la demande et les besoins de la population
2. l'impact de la nouvelle réglementation sur le financement des hôpitaux publics
3. les missions de service public
4. les missions de référence
5. l'environnement technologique
6. les financements européens.

### 1. UNE DEMANDE ET DES BESOINS CROISSANTS DE LA POPULATION

Les données démographiques indiquent que les besoins de santé seront croissants sur les prochaines années. L'analyse de l'activité du CHU confirme cette croissance.

#### **1.1 Des données démographiques et économiques en faveur d'une croissance des besoins**

- *Une croissance de la population*, au dernier recensement de 1999, la population s'élevait à 381 427 habitants. En janvier 2003, elle est estimée à 390 500 habitants.
- *Une population plus jeune que celle de la métropole mais qui n'échappe pas au vieillissement*, les moins de 20 ans représentent 30 % de la population (33 % en 1990, 25 % en métropole) tandis que les plus de 60 ans, qui représentaient 14 % en 1990, atteignent 17 % contre 22 % en métropole. En 2030, on estime que la Martinique sera le deuxième plus vieux département de France.
- *Un pourcentage important de personnes vulnérables*, un taux de chômage très élevé à 23,5% contre 9,6% en métropole. Le chômage en Martinique se caractérise par sa durée : selon l'Insee, près de la moitié des chômeurs le sont depuis plus d'un an.
  - *27% de la population active touche le RMI*
  - *En 2000, le PIB par habitant en Martinique ne représentait que 63,6% du niveau national.*

Il est probable, que les besoins en hospitalisation en médecine pour les personnes âgées continueront à croître. Il en est de même pour les besoins de prise en charge psychiatrique et ce aussi bien en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile.

## 1.2 Une activité hospitalière croissante depuis des années

En activité de court séjour, le CHU de Fort de France a réalisé plus de 45 000 entrées en 2003, soit une augmentation annuelle depuis 1997 de 2,5%.

Le nombre de transferts de patients vers d'autres établissements, dont les établissements de la Métropole, reste faible (- de 2 %) ; ce qui confirme l'évolution médicale et technique de l'établissement et le rôle prépondérant du CHU dans l'activité Santé en Martinique.

Si l'essentiel des patients qui consultent au CHU de Fort de France réside en Martinique, le C.H.U. accueillent également environ 1921 patients des Îles et départements voisins.

Pour le CHU de Fort de France, le niveau de l'activité et son évolution prévisible dans les cinq prochaines années semble globalement favorable au développement de l'établissement et son maintien en tant que « moteur » du système de santé en Martinique.

## 1.3 Des potentiels de développement caribéens

Comparée aux autres Etats de la Caraïbe, la Martinique a une espérance de vie relativement élevée et un PIB par habitant de 14 823 euros, trois fois supérieur à celui de Sainte-Lucie et quatre fois à celui de la Dominique, les deux îles voisines.

Sur le plan sanitaire, le CHU de Fort-de-France, par sa taille, la diversité des spécialités qui y sont pratiquées, les performances de son plateau technique, exerce une forte attractivité sur les pays avoisinants de la Caraïbe. Il est de fait engagé dans des échanges avec des acteurs de santé de ces pays.

L'implication du CHU de Fort de France dans la coopération caribéenne a débuté en 1983 à la Dominique avec la chirurgie infantile, s'est poursuivie en 1984 à Sainte-Lucie avec la cancérologie, et en 1996 en Haïti avec le jumelage de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti à Port-au-Prince.

A partir de 1997, la politique de coopération du C.H.U a engendré une activité de plus en plus importante, essentiellement tournée vers la Caraïbe : Haïti, Jamaïque, Dominique, Sainte-Lucie, Cuba, Trinidad et Tobago, Barbade, . et l'Amérique Centrale : Costa Rica.

Ces actions de coopération visent à aider à l'amélioration de la prise en charge des patients dans leur pays d'origine, en facilitant le transfert de compétences par des actions de formation, d'audit et de conseil. Cette approche est complémentaire à la prise en charge de ces patients au CHU de Fort de France pour des soins spécialisés.

Une délégation à la coopération existe au CHU. Sa mission consiste à assurer le suivi de tous les projets de coopération.

L'accueil des patients venant de ces pays à destination du CHU amène à une réflexion avec leurs autorités sur cette prise en charge autour de la définition d'une offre de soins proposée localement aux populations et donc aux moyens d'accès à certaines spécialités coûteuses. Les axes d'évolution concernent :

- D'une part, un projet de création d'un fonds mutualisé dans les pays anglophones de la Caraïbe pour le financement des soins spécialisés.

- D'autre part, des réflexions sont menées sur l'évolution des systèmes de financement de la santé dans ces pays et les échanges d'expérience avec les Départements Français d'Amérique.

Le CHU se trouve donc dans une dynamique de développement pour répondre à des besoins croissants.

## **2. L'IMPACT DU NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT**

Dans une perspective 2005-2010, l'évènement majeur qui conditionnera le développement des établissements publics est le nouveau mode de financement des hôpitaux par rapport à leur activité et non par un budget global.

Ce nouveau mode de financement des hôpitaux publics ne peut qu'accroître la compétition publique/privée sur les spécialités chirurgicales courantes. Or il est généralement admis qu'au niveau des spécialités, un CHU ne peut pas maintenir ses compétences à la pointe des technologies sans un volume d'activité suffisant dans les segments dits courants ou « rentables ».

L'oncologie et la chirurgie cardiaque ont une activité monopolistique qui ne risque pas de concurrence et dont la valorisation des GHS semblent correctement estimée par rapport aux coûts.

Les autres services de spécialités ont développé des segments d'activités de pointe et sont considérés comme des référents dans ces segments. Pour ces services, il existe cependant des risques de ralentissement ou de diminution de certaines activités dites courantes en médecine et en chirurgie si la rotation des patients ne se dynamise pas.

Quatre causes possibles à ce ralentissement se profilent pour le C.H.U.:

1. L'accentuation et l'alourdissement des missions de « service public » avec des besoins en hospitalisation en médecine qui ne sont pas totalement satisfaites par la capacité actuelle des deux services de médecine polyvalente. Les débordements vers les services de spécialités des patients admis par les urgences créent des tensions.
2. Le manque d'espaces et de temps opératoires pour certaines spécialités chirurgicales programmées est aussi un facteur de ralentissement,
3. La saturation du plateau d'imagerie médicale par les urgences et les patients hospitalisés ralentit la réponse aux besoins des malades à programmer pour des hospitalisations à courte durée
4. Les difficultés à placer les patients en soins de suite ou en EHPAD.

### **3. DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC QUI VONT S'ALOURDIR ALORS QUE LA CHAÎNE EN AVAL EST SATURÉE**

Comme tous les C.H.U. de France, le C.H.U. de Fort de France assure une mission de soins de proximité. Le service des urgences couvre la population des zones Nord Caraïbe et centre agglomération qui totalisent plus de 154.000 habitants.

Il faut rappeler que *la mission d'accueil des urgences* est partagée par les trois hôpitaux de la Martinique. Le CHU a toujours mené une politique de coopération avec les deux autres établissements pour les inciter à prendre en charge les activités courantes dites de proximité pour mieux se centrer sur sa mission de référent régional et inter-régional. Le CHU a développé des liens au niveau des urgences à travers le centre 15.

Avec l'hôpital de Trinité, il a soutenu la création d'une unité d'orthopédie traumatologie pour fixer sur l'hôpital une partie de la population Nord et Centre Atlantique. Cette opération a contribué à rehausser l'image générale du service des urgences.

Par contre, la proximité géographique entre le Lamentin et le CHU favorise l'afflux de certains patients des zones Sud aux urgences du CHU. Le tableau suivant montre un taux d'attraction significatif dans les zones Sud Atlantique et Lamentin comparé aux taux Nord et Centre Atlantique.

**TABLEAU RECAPITULATIF DES RUM ET T.H. PAR ZONE**  
T.H.= Taux d'hospitalisation par 1000 Hab.

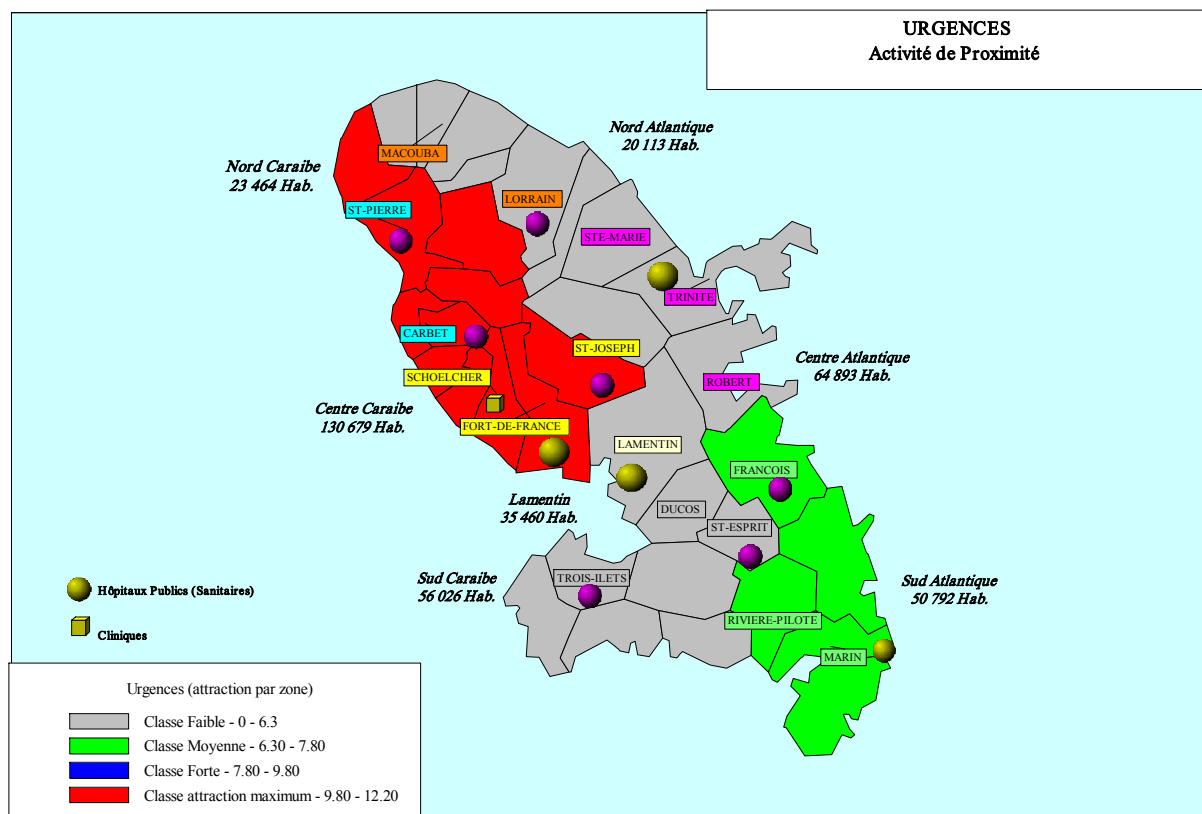
ZONE	URGENCES PZQ LITS PORTE	
	RUM	T.H.
Centre Agglomération	1 598	12,2
Nord Caraïbe	249	10,6
Sud Atlantique	326	6,4
Sud Caraïbe	327	5,8
LAMENTIN	170	4,8
Centre Atlantique	232	3,6
Nord atlantique	59	2,9

La carte suivante illustre cette disparité entre les deux services des urgences du Lamentin et de Trinité. Il est évident que le service d'accueil des urgences à Trinité semble mieux remplir sa mission.

La mission de proximité du CHU dépasse largement son territoire théorique.

## Une disparité entre le rôle des deux UPATOU au Lamentin et Trinité

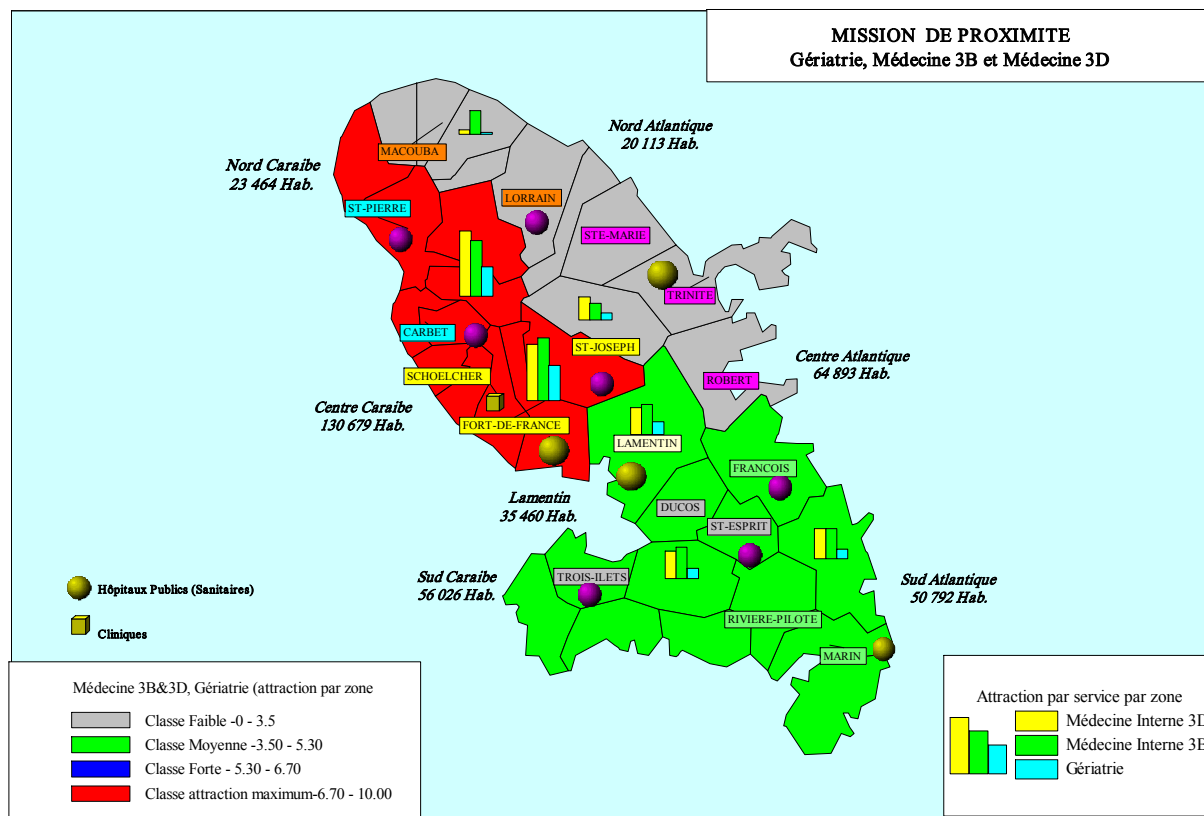
### Une attraction significative au Sud atlantique



Cette attraction significative au Sud ne peut pas s'expliquer uniquement par l'absence d'orthopédie traumatologie au Lamentin. En médecine, la mission de proximité et de service public d'accueil et de traitement des urgences est majoritairement assumée par le service de gériatrie, et les services de médecine 3B et 3D.

Les taux d'hospitalisation des patients en provenance des zones sud sont nettement plus élevés que les taux des zones centre et Nord atlantique comme le montre le tableau suivant.

La carte reflète ces mêmes taux pour les trois services au niveau du fond de la carte et pour chacun des services au niveau des barres.



Le tableau suivant montre une attraction significative pour le Lamentin, Sud Caraïbe et Atlantique comparée au Nord et Centre Atlantique.

**TABLEAU RECAPITULATIF DES RUM ET T.H. PAR ZONE**  
T.H.= Taux d'hospitalisation par 1000 Hab.

ZONE	MED INT 3D		MED INT 3B		GERIATRIE ACTIVE 5C		TOTAL	
	RUM	T.H.	RUM	T.H.	RUM	T.H.	RUM	T.H.
Centre Agglomération	407	3,1	450	3,4	257	2,0	1114	8,5
Nord Caraïbe	84	3,6	72	3,1	38	1,6	194	8,3
LAMENTIN	53	1,5	58	1,6	25	0,7	136	3,8
Sud Caraïbe	85	1,5	96	1,7	33	0,6	214	3,8
Sud Atlantique	84	1,7	83	1,6	27	0,5	194	3,8
Centre Atlantique	81	1,2	61	0,9	26	0,4	168	2,6
Nord atlantique	6	0,3	26	1,3	2	0,1	34	1,7

### *L'absence de lits de soins de suite polyvalents au CHU*

La transformation de lits de médecine en lits de soins de suite dans les hôpitaux périphériques a nécessité l'intervention des équipes de médecine physique et réadaptation du C.H.U. de Fort de France pour assister et former les équipes de ces hôpitaux à cette nouvelle mission. Il faut souligner que le CHU ne dispose d'aucun lit de soins de suite et réadaptation et n'a donc pas la maîtrise de la sortie de ces patients. Or les besoins du CHU ne semblent pas satisfaits par ces hôpitaux périphériques malgré les restructurations récentes.

*La reconstruction de l'hôpital du Lorrain* avec une capacité de soins de suite de 65 lits est un atout majeur pour le CHU. Dès que la montée en charge sera effective, les résultats ne tarderont pas de se sentir.

*La modernisation de l'hôpital de Saint Pierre* s'est achevée, la convention signée avec le CHU a permis le transfert de patients résidents du Nord Caraïbe avant leur retour à domicile.

*Avec l'hôpital du Marin*, un projet de télé-médecine est en cours ainsi qu'une collaboration avec le pôle d'oncologie, aussi bien pour les soins palliatifs de fin de vie que ponctuellement pour certaines chimiothérapies.

*L'hôpital de Saint Esprit*, l'équipe psychiatrique du CHU adresse des patients ayant besoin de prise en charge spécifique en alcoologie et en toxicomanie.

Il faut également souligner que, pour les personnes âgées dépendantes, la chaîne en aval des soins de suite semble être déficitaire en places d'hébergement temporaire ou définitif. Le récent schéma gérontologique 2003-2007 confirme clairement ce constat.

### *Le Schéma de gérontologie*

Globalement on note en Martinique un taux d'équipement pour personnes âgées beaucoup plus faible que la Métropole.

**Taux d'équipement – comparaison métropole et Martinique  
Nombre de places par 1000 habitants âgés de plus de 75 ans**

Type d'équipement	Métropole	Martinique
Taux d'équipement en structure d'hébergement Pour personnes âgées	144,82	53,1
Taux d'équipement en lits médicalisés	58,22	36

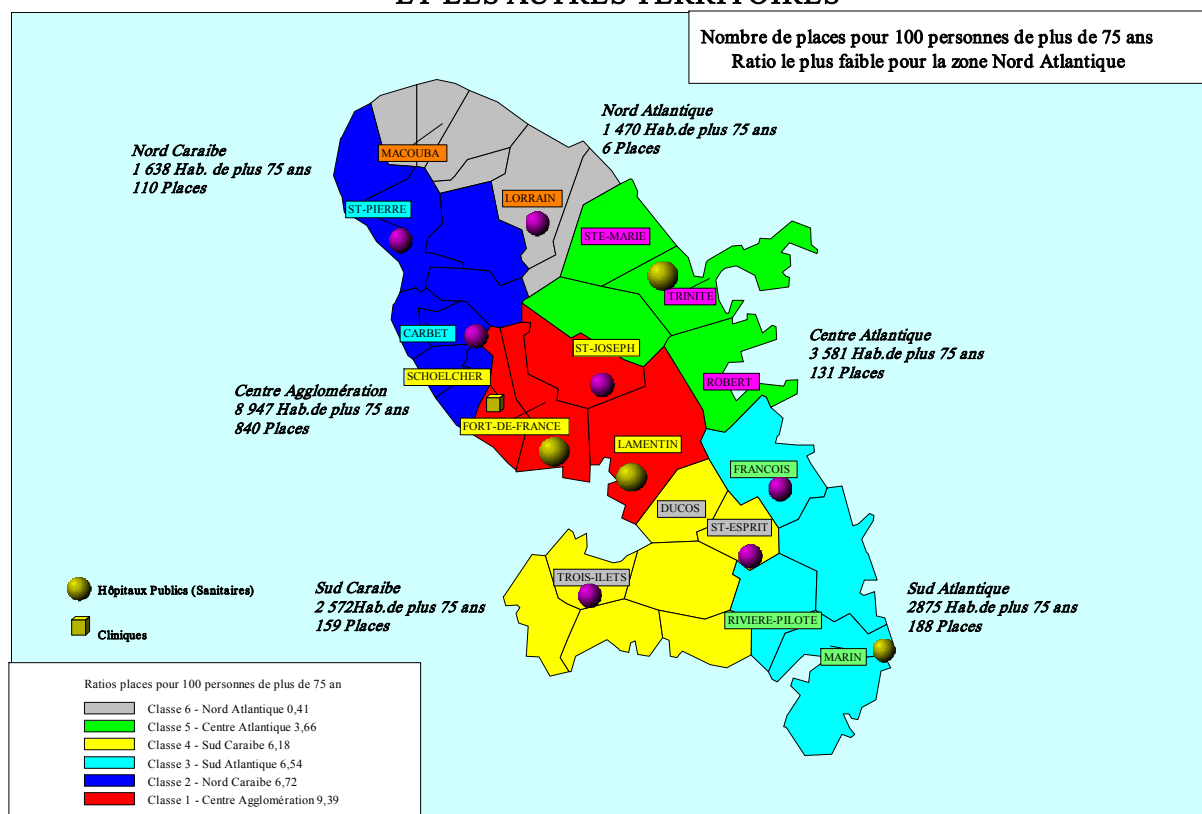
Par rapport à la Martinique, le tableau suivant montre la répartition des places par zone. Comparés à la zone centre, tous les territoires paraissent en déficit en places d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau récapitulatif de la population de plus de 75  
et des places autorisées par zone

ZONES	Pop de 75 ans et plus	Places Autorisées	Places autorisées pour 100 personnes de plus 75 ans
<i>Nord atlantique</i>	1470	6	0,41
<i>Nord Caraïbe</i>	1638	110	6,72
<i>Centre Atlantique</i>	3581	131	3,66
<i>Centre Agglomération</i>	8947	840	9,39
<i>Sud Caraïbe</i>	2572	159	6,18
<i>Sud Atlantique</i>	2875	188	6,54
DEPARTEMENT	21083	1434	6,8

De surcroît, plus de 190 de ces places autorisées ne sont pas installées. La carte suivante illustre cette disparité dans les différents territoires du département. Il faut souligner que la zone centre est nettement sous dotée par rapport à la métropole.

### GRANDE DISPARITE ENTRE CENTRE AGGLOMERATION ET LES AUTRES TERRITOIRES



Ce déficit en places d'hébergement explique la stagnation des patients en soins de suite et par conséquence en court séjour.

Le projet médical des services des urgences, de gériatrie et de médecine physique et de réadaptation prévoit le développement de solutions appropriées pour mieux coordonner la sortie des patients. Il est également évident que la capacité du service de gériatrie de court séjour doit évoluer vers une unité de soins de 26 à 28 lits

#### **4. UNE MISSION DE RECOURS QUI INCITE AU DEVELOPPEMENT DES ACTIVITES**

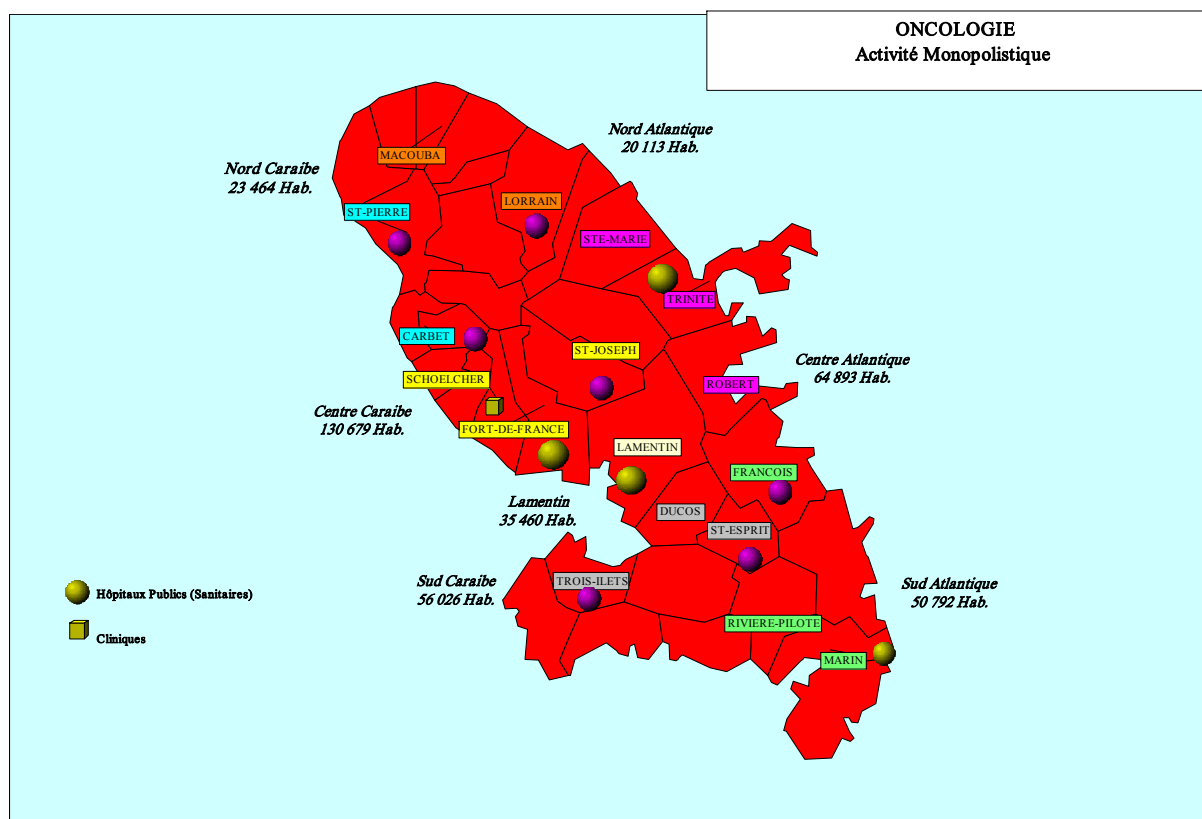
Dans pratiquement toutes les spécialités, on retrouve un segment de pathologies nécessitant des prises en charge complexes par des équipes pluridisciplinaires hautement compétentes et s'appuyant sur un plateau technique performant. Dans ces segments, le CHU joue un rôle de référent non seulement au niveau de la Martinique mais au niveau des autres départements français et au niveau international.

La mission de recours est illustrée par l'oncologie qui, du fait de sa position monopolistique, attire des patients de tous les territoires de la Martinique comme le montre le tableau suivant. Les taux d'hospitalisation varient très légèrement entre les différentes zones de la Martinique. La carte ne montre qu'une seule couleur correspondant à la fourchette d'attraction la plus forte.

**TABLEAU RECAPITULATIF DES RUM ET T.H. PAR ZONE**  
T.H.= Taux d'hospitalisation par 1000 Hab.

ZONE	ONCO	ONCO TH
Nord atlantique	1 056	52,5
Centre Agglomération	6 853	52,4
LAMENTIN	1755	49,5
Sud Atlantique	2 445	48,1
Centre Atlantique	3 009	46,4
Sud Caraïbe	2 522	45,0
Nord Caraïbe	994	42,4

## ONCOLOGIE TAUX D'ATTRACTION FORT ET HOMOGENE



Il faut toutefois souligner qu'aucun service universitaire de spécialité ne peut se passer de la prise en charge des pathologies courantes qui constituent le volume principal de l'activité. C'est pour cette raison que l'ensemble des services du CHU a inscrit le développement concomitant des deux segments d'une manière indissociable.

### 5. UN ENVIRONNEMENT MARTINICAIS ADAPTE AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES

La Martinique a mis en œuvre tout un système qui permet aux hôpitaux d'exploiter les nouvelles technologies sans risque d'arrêt de l'activité faute de maintenance.

Le CHU entretient des relations de partenariat avec ses fournisseurs pour surmonter les difficultés liées à l'insularité. Il a ainsi renforcé considérablement sa capacité de gérer les innovations technologiques et de maintenir les équipements sophistiqués en bon état de fonctionnement malgré l'éloignement des producteurs.

#### *Etat des lieux en quelques chiffres*

Le CHU entretient *des relations commerciales avec plus de 2000 entreprises*. Au total, le CHU injecte dans *l'économie de la région environ 250 millions €* :

- 230 millions € au titre du fonctionnement courant pour assurer sa mission de soins,
- 20 millions € au titre de l'investissement.

*Le plateau technique du CHU a connu, depuis 20 ans, une importante évolution en triplant le nombre des équipements. Aujourd'hui, ce sont 6000 appareils qui sont utilisés pour améliorer les soins apportés aux patients dans toutes les spécialités médicales.*

Les principaux équipements concernent les domaines suivants : l'imagerie, les laboratoires, les explorations fonctionnelles cardiologiques et neurologiques, les blocs opératoires, la stérilisation, les soins intensifs, la endoscopies, la réanimation, la radiothérapie, la curiethérapie.

*Dans le secteur du biomédical et pharmaceutique, pour des achats spécifiques (équipements lourds, médicaments particuliers), les fournisseurs locaux ont passé des accords de partenariat avec des groupes métropolitains ou internationaux.*

Dans le projet 2005-2010, il est important de mettre l'accent sur la nécessité de maintenir la qualité de maintenance du plateau technique pour fonctionner d'une manière permanente malgré l'éloignement des centres de production européens. C'est grâce à *un partenariat entre les entreprises martiniquaises et les personnels bio-médicaux* du CHU que des procédures ont été mises en place.

## **6. UNE DERNIERE OPPORTUNITE DE FINANCEMENT PAR DES FONDS EUROPEENS**

Un pays ou une région est éligible à l'objectif 1 si son PIB est inférieur à 75% de la moyenne communautaire sur la base des trois dernières années. Or le niveau économique de la Martinique évolue d'une manière favorable. La région risque de ne plus être éligible dans l'avenir à ces fonds. C'est pour cette raison que le C.H.U. a décidé d'inscrire le financement de la restructuration de PZQ dans le prochain DOCUP en cours de préparation pour lequel les procédures d'éligibilité ont commencé.

Les changements rapides dans l'environnement du CHU nécessitent une adaptation rapide de la part de l'ensemble des équipes pour maintenir le rôle de leadership. Il faudra également que le CHU réduise ses faiblesses actuelles.

## **II. LES FORCES ET LES FAIBLESSES – LES OBJECTIFS DU PROJET MEDICAL**

L'analyse de l'environnement a permis d'identifier que le CHU de Fort de France dispose d'indéniables atouts :

- Une bonne image générale dans le département comme en témoigne la croissance constante de l'activité dans toutes les disciplines.
- Un fort rayonnement départemental, les études des flux des patients montrent que tous les services cliniques sans exception ont développé des segments d'activités qui attirent des patients de l'ensemble des communes de la Martinique même si un hôpital général ou de proximité existe dans cette commune.
- Une activité cancérologique sur le site de Clarac qui représente un bon exemple d'organisation des prises en charge programmées aussi bien en ambulatoire qu'en hôpital de jour ou en hospitalisation complète de courte durée. Ce mode d'organisation se prête à une expérience pilote de gestion de pôle et de préparation au nouveau système de financement par la tarification à l'activité.

- L'ouverture du pôle femme mère et enfant sur le site de PZQ qui non seulement comble un retard prolongé, mais a incité les équipes à mettre en œuvre des nouvelles organisations. Cette maternité aura ainsi toute sa dimension de type III avec l'élargissement de son rayonnement départemental.
- Des services médicotechniques performants au niveau des laboratoires d'analyses médicales et au niveau de la pharmacie.
- Un véritable statut universitaire qui a permis de développer des enseignements adaptés aux besoins et d'orienter la recherche sur les problèmes spécifiques. Cette dynamique universitaire stimule aussi des collaborations qui s'étendent à l'inter région voir au niveau caribéen.
- Une crédibilité pour une nouvelle éligibilité aux fonds européens de restructuration, suite à la réussite du programme femme mère et enfant

Cependant, le C.H.U. doit également faire face à des faiblesses:

- Une forte demande pour les hospitalisations en médecine qui conduit depuis des années à une gestion tendue des flux des patients. On observe parfois une déprogrammation de patients des services spécialisés
- Des activités de soins intensifs éclatés à plusieurs niveaux qui se traduisent par une multiplication des sites avec parfois des difficultés de couverture la nuit.
- Un bloc opératoire à l'étroit dans lequel il est impossible de créer une chirurgie et anesthésie de jour. L'organisation du bloc souffre également d'une sous médicalisation occasionnée par l'accroissement des tâches des anesthésistes et par le déficit en IADE.
- Un plateau d'imagerie médicale saturée par les demandes urgentes et de malades hospitalisés et qui ne répond pas aux exigences de la programmation des patients. Là aussi on constate une sous médicalisation.
- Un patrimoine immobilier à PZQ qui n'a pas été rénové depuis plus de 20 ans et qui de surcroît n'est pas conforme aux normes parasismiques.

Les objectifs prioritaires pour réduire ces faiblesses et adapter l'établissement aux changements dans son environnement ont été dégagés.

### **III. LES OBJECTIFS DU PROJET MEDICAL**

Le projet médical 2005-2010 s'inscrit dans le souci permanent de l'amélioration de l'accueil des patients, le CHU étant engagé depuis plusieurs années dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité, dont la préparation à la première accréditation a été une étape importante.

La mise en place d'un système d'évaluation des pratiques professionnelles comme moteur de l'amélioration du service médical rendu au patient sera au centre de la démarche qualité engagée par les médecins, en cohérence avec la démarche globale et continue de l'établissement.

Parmi les actions phares d'amélioration, l'élaboration du dossier médical commun, déjà bien engagée se poursuivra.

Ces améliorations des pratiques organisationnelles et médicales accompagnent un programme de rénovation et de réorganisation basé sur la satisfaction des besoins identifiés dans l'étude de l'environnement, et sur les réductions des faiblesses qui constituent une véritable menace de développement et qui ralentissent les élans de nouveautés et de changements. ...

Trois objectifs généraux ont constitué les priorités du plan directeur de la restructuration immobilière : l'augmentation de la disponibilité des lits pour les missions de service public sans augmenter la capacité globale de l'établissement, le renforcement de l'activité médicale de référence et du plateau technique, l'amélioration des conditions d'hospitalisation.

### **1. AUGMENTER LA DISPONIBILITE DES LITS A L'HOPITAL FACE A L'ACCROISSEMENT DES BESOINS**

Une double action est nécessaire pour continuer à répondre à la mission de service public et de proximité sans ralentir le développement des services de spécialités et les innovations thérapeutiques.

- *réguler la prise en charge des admissions par le service d'accueil des urgences*, ce problème, qui figurait déjà dans le constat du projet 1997, s'est accru à cause de l'afflux aux urgences de personnes âgées. Le service d'accueil et de traitement des urgences, l'unité de gériatrie, et les deux services de médecine, le 3B et le 3D en collaboration avec le service de soins de suite médecine physique et réadaptation ont élaboré des plans d'actions pour mieux réguler les flux des hospitalisations après le passage aux urgences.
- Le service de gériatrie est souvent saturé du fait de l'insuffisance du nombre de lits et des difficultés de faire admettre dans les hôpitaux périphériques les patients n'ayant plus besoin d'un environnement de court séjour. Ces hôpitaux qui ont maintenant tous une mission de soins de suite et réadaptation sont parfois eux-mêmes saturés par le déficit cruel en places d'EHPAD.

Il est clair que le CHU ne peut pas tout seul régler les problèmes de prise en charge médico-sociaux et ce malgré la formalisation de conventions avec tous les établissements de la Martinique. Le réseau de soins de suite et des personnes âgées nécessite une évaluation et des actions correctrices en partenariat avec l'ARH et le conseil général.

### **2. RENFORCER LES ACTIVITES DE REFERENCE ET LEUR PLATEAU TECHNIQUE**

Le CHU de Fort de France se doit de conforter sa place de référence au centre du réseau hospitalier régional, interrégional et Caraïbéen. La communauté médicale du CHU de Fort de France, lors de la réflexion sur les évolutions du domaine bâti et du plateau médico-technique, a privilégié une organisation des futurs locaux par le regroupement géographique d'Ensembles d'activités homogènes et complémentaires qui deviendront rapidement pour certains des pôles.

Les services de spécialités ont aujourd'hui un nombre important de patients qui séjournent moins de 6 jours. Les *alternatives à l'hospitalisation complète comme les hôpitaux de jour et de semaine* sont des réponses adaptées à la programmation des investigations et des thérapies de ces patients.

Le tableau suivant montre que 61% des RUM représentent des hospitalisations qui ont duré moins de 6 jours. Ces RUM ont totalisé 20 % des journées d'hospitalisations.

**TABLEAU RECAPITULATIF DES JOURNEES REALISEES ET % RUM  
PAR INTERVALLE DE DMS**

Répartition des durées de séjours	Journées totales	% DES RUM
Moins de 24 heures	28 396	26%
De 2 à 5 jours	33 922	35%
Moins de 6 jours	<b>62 318 (20%)</b>	<b>61%</b>
De 6 à 14 jours	93 338	26%
De 2 à 4 semaines	48 411	9%
Plus d'un mois	37 911	3%
<b>Total des journées</b>	<b>304 296</b>	<b>100%</b>

La prise en charge des patients hospitalisés dans des unités d'hospitalisation à courte durée programmée est un thème transversal à toutes les spécialités. Les regroupements géographiques des services permettraient d'atteindre les effets de seuil de 26 à 28 lits de semaine partagés par plusieurs services. C'est un moyen efficace d'améliorer la qualité des soins et de l'accueil à travers une programmation bien organisée tout en optimisant les coûts de fonctionnement.

La réussite de cette programmation dépend aussi de la bonne organisation du plateau médicotechnique. Le service d'imagerie médicale tend à renforcer son effectif et son équipement pour contribuer à rendre l'hôpital plus performant.

*Il a été ainsi confirmé que les gros investissements sur les cinq prochaines années seront prioritairement ciblés sur le plateau technique et sa nouvelle organisation.*

### **3. AMELIORER LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION**

C'est un souci constant. L'élaboration d'un dossier médical commun et l'application des procédures d'évaluation et d'accréditation sont déjà bien engagées mais doivent s'accompagner d'un programme de rénovation et de réorganisation des unités d'hospitalisation qui sont aujourd'hui logées à l'étroit comme l'a démontré l'analyse du plan directeur.

C'est pour cette raison que la communauté médicale souhaite que l'engagement financier sur le plan directeur soit global sur 10 ans afin de faire évoluer le plateau technique et les unités d'hospitalisation d'une manière successive mais indissociable.

Ces objectifs sont transformés en axes stratégiques qui correspondent à la déclaration de la politique générale de l'établissement sur les cinq prochaines années.

## **IV. LES AXES STRATEGIQUES**

Les trois modes de prise en charge concernés par ces orientations stratégiques concernent, la réorganisation de l'accueil des urgences incluant l'organisation des filières de sortie de patients et notamment en SSR, l'amélioration de l'hospitalisation programmée pour des pathologies courantes et le développement de la chirurgie de jour et le renforcement des activités médicales de référence.

La mise en œuvre de ces axes stratégiques contribuera à améliorer la performance de l'établissement, et adapter l'outil CHU aux nouvelles règles du financement proportionnellement à l'activité.

### **1. DEVELOPPER UNE OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE DE QUALITE**

Ce Développement de l'offre de proximité passe par la Réorganisation de l'accueil des urgences, le SAU adulte s'est réorganisé pour optimiser les compétences disponibles et faire face aux flux croissants des urgences. Dans l'attente de la reconstruction du plateau technique, une restructuration à minima est en cours pour améliorer le fonctionnement interne de ce service pivot. Parallèlement, le transfert de l'accueil des urgences pédiatriques à la nouvelle maison de la femme mère et enfant corrigera lui le dysfonctionnement actuel lié à l'accueil éclaté sur deux sites de la pédiatrie médicale et la pédiatrie chirurgicale.

- *Organiser une filière pour les personnes âgées*, en liaison avec le projet de gériatrie
- *Impliquer les spécialistes tôt dans cette filière* des urgences pour éviter des orientations primaires erronées et pour programmer les actes et la sortie Grâce à une évaluation régulière l'établissement dispose de données claires sur les flux aux urgences
- *Réduire les adressages inappropriés par les urgences dans les services de spécialité* est une condition essentielle à l'amélioration de la prise en charge afin d'éviter les reports ou réorientations de dernière minute qui nuisent à l'image de marque du CHU dans la population et vis-à-vis des correspondants et ceci est d'autant plus important que dans la logique de la tarification à l'acte, ce dysfonctionnement aura un coût et une répercussion sur le budget.

Le projet du service d'accueil et de traitement des urgences évolue continuellement pour s'adapter aux nouvelles exigences et besoins.

### **2. AMELIORER L'HOSPITALISATION PROGRAMMEE**

Pour les pathologies courantes, le CHU se trouve à présent concurrencé par d'autres établissements privés comme c'est le cas en orthopédie qui était une activité traditionnellement monopolistique au CHU jusqu'en 1995. Cette activité a été développée à la clinique Saint Paul et à l'hôpital de Trinité.

Les prothèses des hanches qui concernent souvent des personnes âgées avec des facteurs de risques importants impliquant des durées de séjour et des coûts élevés sont majoritaires au CHU. La clinique concentre son activité sur les prothèses de genoux qui concernent souvent des patients plus jeunes. La part respective du CHU est de 73% des prothèses de hanche et 41% des prothèses de genoux.

**Tableau récapitulatif du nombre  
de prothèse de Hanches et de genoux  
Source, Bilan et synthèse PMSI – Dr. Louveau ARH 2002**

Type Etablissements	Etablissements publics		Etablissements privés	
	C.H.U.	Trinité	St Paul	Ste Marie
<b>Prothèse de Hanche</b>	102	3	35	0
<b>Prothèse de Genou</b>	127	1	176	0

Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire prévue déjà dans le projet de 1999, n'a pas été réalisé faute d'espaces. Ce projet est maintenu dans le nouveau projet 2005-2010 de reconstruction du plateau technique.

Les délais d'attente pour les interventions de chirurgie oculaire programmée (cataracte, strabisme...) sont maintenant d'au moins 1 ans. Le tableau suivant montre la répartition de certains actes chirurgicaux de cette spécialité entre les établissements. La part du CHU n'est que de 23% des interventions de cataracte. Dans une pathologie plus sophistiquée comme les interventions sur la rétine, le CHU est le seul établissement en Martinique à pratiquer la chirurgie de la rétine (détachement, rétinopathie diabétique, plaies oculaires...). Depuis 2000, la proportion des actes chirurgicaux concernant la rétine est en nette augmentation. A présent cette activité représente environ 50% de l'activité du service.

**Tableau récapitulatif du nombre  
Des opérations de la cataracte et sur la rétine  
Source, Bilan et synthèse PMSI – Dr. Louveau ARH 2002**

Type Etablissements	Etablissements publics			Etablissements privés	
	C.H.U.	Lamentin	Trinité	St Paul	Ste Marie
<b>Rétine</b>	130*	0			0
<b>Cataracte</b>	268	103	45	424	321

\*Correction apportée par le Dr Merle en accord avec le Dr. Louveau

Là aussi la non réponse à ces demandes de chirurgie courante aura un impact sur le budget qui dépend maintenant de l'activité.

La réorganisation du bloc opératoire pour les services de chirurgie qui réclament des créneaux opératoires supplémentaires est donc une priorité. La communauté médicale et la direction sont en phase d'appliquer un plan d'actions immédiat sans attendre la reconstruction du plateau technique.

En médecine, l'amélioration de l'activité programmée repose également sur le renforcement de la prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation qui est

actuellement quantitativement insuffisante. Faute de lits appartenant au CHU, l'établissement est devenu dépendant des lits de SSR des hôpitaux dits périphériques qui ne répondent pas complètement aux besoins des services.

D'ailleurs, les PMSI continuent à faire paraître des journées d'hospitalisation de patients en attente de libération de lits dans d'autres structures. Globalement ces séjours de plus d'un mois qui ne représentent que 3% des séjours totalisent 15% des journées réalisées au C.H.U.. Le tableau suivant détaille pour l'ensemble des services la répartition des séjours et les journées d'hospitalisation correspondantes.

**Tableau récapitulatif des journées réalisées et des % de RUM  
Par intervalle de DMS**

Répartition des durées de séjours	Journées totales	% DES RUM
Moins de 24 heures	32 817	26%
De 2 à 5 jours	52 421	35%
De 6 à 14 jours	103 412	26%
De 2 à 4 semaines	52 603	9%
Plus d'un mois	42 006 (15%)	3%
<b>Total des journées</b>	283 259	100%

### 3. RENFORCER LES ACTIVITES MEDICALES DE REFERENCE ET DE POINTE

Le CHU dispose de 7 pôles de compétence inter-régionale pour lesquelles la vocation hospitalo-universitaire est exclusive pour les trois régions, Martinique, Guadeloupe et Guyane : Les Neurosciences, la cancérologie, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la Médecine Nucléaire, l'imagerie, la rhumatologie. Ces centres de référence doivent maintenir et développer leurs activités médicales de pointe et de recherche.

Le CHU a de surcroît développé des spécialités à vocation régionale et joue le rôle de recours pour l'ensemble des établissements et des réseaux de soins de la Martinique comme : le niveau 3 du site de naissance avec la réanimation néonatale, la neurochirurgie, la chirurgie pédiatrique, le SAU et SAMU et la cardiologie interventionnelle.

Il faut également préciser que toutes les spécialités sans exception, même si elle ne sont pas exclusives en Martinique, ont développé des prises en charge spécifiques pour des *segments de pathologies* soit parce qu'elles sont *lourdes comme en chirurgie digestive*, en urologie, et en orthopédie traumatologie soit parce qu'elles nécessitent *des compétences et des technologies spécifiques* en médecine comme en hématologie, en cardiologie, en pneumologie, en gastroentérologie, en dermatologie, en infectiologie, en diabétologie ....

Le renforcement et le développement de ces activités dites de référence ne peuvent se faire qu'en maintenant un volume optimal de prises en charge de pathologies courantes.

#### **4. DEVELOPPER LES MISSIONS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Le CHU remplit une mission d'enseignement et de recherche confirmée par la convention signée en juillet 1985 avec l'université des Antilles-Guyane. Ce partenariat vise à améliorer la réponse médicale aux priorités de santé publique et aux problèmes de santé spécifiques à la région et à participer au développement durable de celle-ci.

##### **4.1 La formation de médecins pour pallier aux difficultés de recrutement**

La Martinique et plus généralement les Antilles-Guyane souffrent encore plus que beaucoup de régions françaises d'un manque crucial de médecins. L'objectif est de former dans la région des étudiants en médecine originaires de la région afin qu'ils puissent pratiquer demain dans cette même région.

Cette mission d'enseignement qui concernait le troisième cycle des études médicales, et en Guadeloupe, la première année du premier cycle, s'est étendue depuis septembre 2003 à la première année de médecine en Martinique.

La perspective du CHU est de développer la dimension hospitalo-universitaire avec, en particulier, la première année d'étude en pharmacie, la mise en place très progressive du cursus complet des études médicales et la mise en œuvre de recherche de pointe dans les domaines spécifiques des neurosciences (y compris la psychiatrie, la virologie et l'ophtalmologie), de la cardiologie médico-chirurgicale, de la pathologie ostéo-articulaire et de la cancérologie.

Outre la formation des médecins et l'Ecole Inter-Régionale de Sages-Femmes, le CHU compte deux écoles paramédicales :

- L'Institut de Formation en Soins Infirmiers, (IFSI),(IDE) et (AS)
- L'Institut de Formation en Masso-kinésithérapie (IFMK)

##### **4.2 La recherche**

Depuis une dizaine d'années, la recherche s'est intensifiée au CHU de Fort de France.

Le Ministère de la Santé via le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PH RC), les associations telles que l'ANRS et l'Industrie Pharmaceutique lancent régulièrement au cours de l'année des appels à projets selon des thématiques déterminées.

Sept projets de recherche ont été mis en œuvre par le CHU de Fort de France depuis le lancement du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) régional.

Le CHU entend également développer des relations internationales sur des projets précis de recherche mais aussi dans des domaines de santé publique avec les universités de la Région et celles d'Europe.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces axes repose sur le regroupement des unités entre elles. En effet, ce regroupement permettra à terme d'apporter une réponse structurée aux urgences, d'améliorer la programmation des patients en favorisant la mise en place d'hôpitaux de semaine et de jour.

## V. UNE VOLONTE DE REGROUPEMENT DE SERVICES

Les organisations en services isolés et cloisonnés ne sont plus adaptées à la complexité des pathologies et des thérapies qui impliquent le plus souvent plusieurs équipes ni à la mise en œuvre de certains des axes stratégiques du projet. Lors de l'élaboration du plan directeur, les équipes du CHU ont opté, dans un premier temps, pour des rapprochements géographiques qui favoriseraient la constitution d'unité d'hospitalisation programmée partagée.

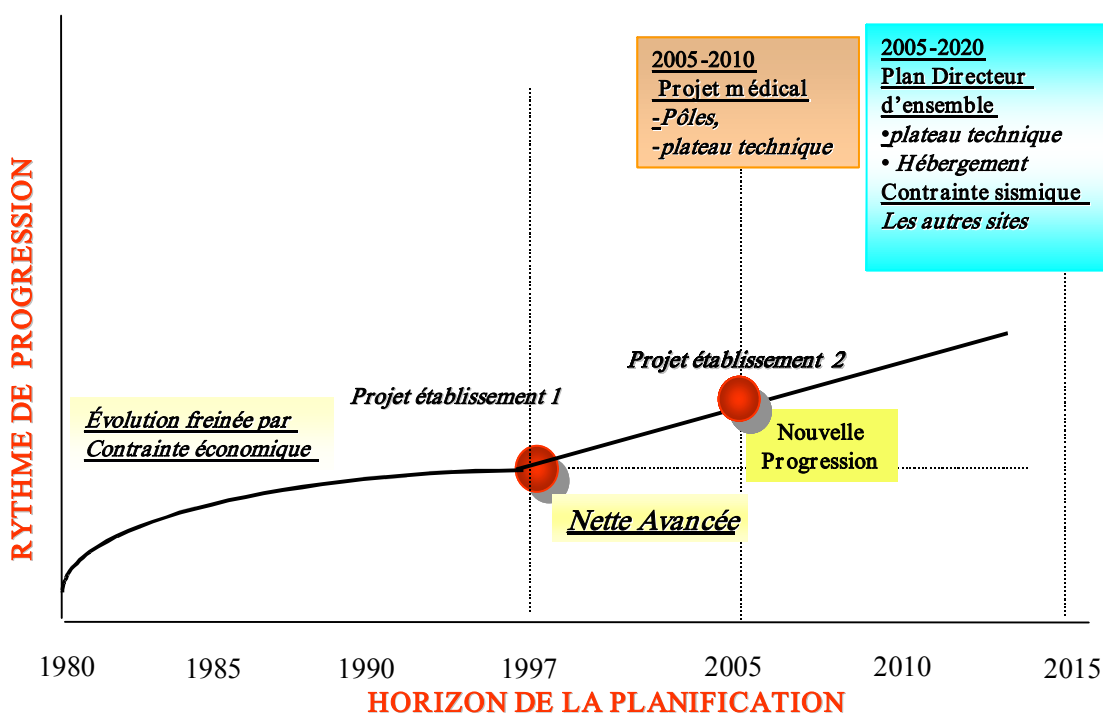
Il faut rappeler que la logique de Pôles cliniques existe déjà au CHU avec notamment la création de Fédération de gynécologie-obstétrique, Fédération de médecine interne et hématologie, Département de cardiologie...

Le plan directeur des bâtiments du CHU sera mis en œuvre progressivement, sur une période qui dépasse largement le terme du Projet Médical 2005 – 2010 puisque les opérations immobilières et techniques s'étaleront sur plus de 10 ans.

L'ampleur des rénovations structurelles liées aux contraintes sismiques a été un vecteur des rapprochements organisationnels qui ont dominé le plan directeur.

Le schéma suivant illustre cette vision dans le temps.

### LE PROJET MEDICAL UN PROJET STRATEGIQUE POUR CINQ ANS AVEC UNE VISION DE 20 ANS POUR LES INFRASTRUCTURES



Au-delà des rapprochements purement géographiques, les services de cardiologie, de chirurgie cardiovasculaire et thoracique, de pneumologie, et de médecine à orientation vasculaire ont entamé une réflexion profonde sur l'organisation médicale en pôle. Il en est de même pour la cancérologie qui est déjà depuis longtemps dans cette logique. Le pôle femme mère et enfant plus vaste est également candidat à cette organisation.

## **1. L'INTERET DES REGROUPEMENTS PAR POLE**

Les regroupements sont réservés aux activités cliniques et à celles qui y sont directement liées ; les activités médico-techniques seront regroupées en *Ensembles d'Activités* qui procèdent de la même logique que les Pôles.

Les objectifs assignés à chaque Pôle sont propres à sa nature : les Pôles cliniques (rassemblant des services avec hospitalisation) ont à faire face à des problématiques différentes de celles d'un Ensemble d'Activité d'Urgences, d'Imagerie ou d'hébergement des Personnes Âgées.

Les rapprochements pour constituer des ensembles d'activités évoluant vers des pôles médico-chirurgicaux rassemblant des services ayant des intérêts et/ou des pratiques auront un impact sur la qualité, les recettes, le coût et la performance :

- De décloisonner les organisations pour mieux prendre en charge et orienter les patients, avec une *incidence qualitative* sur la lisibilité vis-à-vis des correspondants,
- D'optimiser les ressources, une fois les tailles suffisantes atteintes comme pour la mise en place d'hôpitaux de jour et de semaine avec une incidence *sur les recettes* du fait de la rotation rapide des patients
- Partager et mutualiser les moyens supplémentaires : espaces, équipements ou moyens humains avec des *incidences sur le coût*.
- Médicaliser les services cliniques et médico-techniques, pour augmenter la productivité et la performance notamment au niveau de l'anesthésie, la réanimation et les soins continus ainsi que pour l'imagerie médicale.

## **2. LA LOGIQUE DES REGROUPEMENTS**

Tous les services médicaux existants seront rattachés à un Ensemble d'Activité, même si leur activité est essentiellement transversale (les équipes mobiles, ...).

La proposition des regroupements correspond à une logique spécifique à chacun d'eux : logique d'organe, logique de système, logique de technique, logique de modes d'organisation et de fonctionnement, ...

Un Ensemble d'Activité existe quand il rassemble des équipes pouvant avoir des intérêts communs (mêmes patients, organisations, techniques, ...) permettant d'envisager des mutualisations.

La répartition proposée est susceptible d'évolution, la finalité de certains regroupements pouvant évoluer, et les objectifs de certains services pouvant ne plus correspondre à ceux du groupement dont il est historiquement (ou conjoncturellement) partie prenante.

Il faut souligner que l'organisation par Ensemble d'Activités modifiera les rapports qu'auront les services médicaux entre eux, et avec les services administratifs et logistiques. Certaines décisions relèveront de la structure du groupement, d'autres resteront de la responsabilité des services. Dans ces

conditions, des services qui ne seraient liés à aucun pôle ne pourront plus s'identifier face à des Ensembles beaucoup plus importants qu'eux.

Il est entendu, que ce projet n'anticipe rien sur les textes réglementaires non adoptés concernant les pôles. *Deux principes ont régis la réflexion au CHU de Fort de France :*

- aucune organisation ne peut être imposée, c'est sur la base du volontariat que certains rapprochements ont avancé.
- aucun modèle ne peut être copié aveuglément, chaque établissement doit, en fonction de ces spécificités, chercher la meilleure organisation possible

### *Les regroupements*

Les Ensembles d'activités pourront, totalement ou partiellement, être un regroupement spatial, une fédération ou un département. La structuration organisationnelle et administrative des Ensembles d'activités relèvera, pour chacun d'eux, des acteurs concernés. Leur constitution, sur la base du volontariat, sera progressive.

Les Ensembles d'activités du CHU pourraient avoir la configuration suivante :

- Coeur-Vaisseaux-Poumons
  - Cardiologie médicale
  - Pneumologie
  - Médecine Polyvalente à orientation vasculaire 3B
  - Chirurgie Cardio-vasculaire et Thoracique
  - Explorations fonctionnelles invasives ou non invasives cardiologie, vasculaire et respiratoires
- Oncologie - Médecine nucléaire
  - Oncologie
  - Médecine nucléaire
- Neurosciences /Tête et Cou
  - Neurologie
  - Neurochirurgie
  - Ophtalmologie
  - ORL Chirurgie cervico-faciale
  - Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale
  - Explorations fonctionnelles neurologiques
  - Neuroradiologie
  - Deux services ayant une mission transversale pour le C.H.U
    - Rééducation neurologique
    - Psychiatrie et urgences psychiatriques
- Médecine Interne et spécialités
 

Ces quatre services constituent le noyau d'un futur pôle avec la volonté de partager un hôpital de semaine et un hôpital de jour.

  - Médecine Polyvalente à orientation 3D
  - Rhumatologie
  - Dermatologie
  - Médecine Infectieuse

Ces deux services sont dans une logique de fédération.

- Hématologie 4B
- Médecine Interne 4D
  
- Diabétologie
- Hépato-gastro-entérologie, Explorations fonctionnelles digestives
  
- Fédération d'orthopédie-traumatologie
  - 3 services orthopédie
  - Rééducation ortho-traumatologie
  
- Viscéral – Digestif - Urologie
  - Chirurgie digestive
  - Chirurgie viscérale et générale
  - Pôle départemental Urologie et Explorations fonctionnelles urologiques (ce service est engagé dans une logique de pôle départemental et réseau interrégional coordonné)
  
- Personnes Agées
  - Court Séjour gériatrique
  - SLD Emma Ventura
  - EH PAD
  - Psychiatrie gériatrique
  
- Femme Mère-Enfant
  - Gynécologie
  - Maternité
  - Néonatalogie
  - Département génétique et reproduction
  - SAU Pédiatrique
  - Chirurgie pédiatrique
  - Pédiatrie médicale
  - Pédo-psychiatrie
  - Imagerie
  - IVG
  - PMI
  - Ecole de sages femmes
  
- Ensemble - Anesthésie Réanimations
  - Anesthésie
  - Réanimation médico chirurgicale
  - Brûlés
  - Coordination greffes
  
- Ensemble Urgences SAMU- SMUR
  - SAU Adultes
  - SAMU – SMUR

- Ensemble Biologie
  - Laboratoire d'urgence
  - Biochimie
  - Hématologie biologique
  - Immunologie
  - Microbiologie
  - Virologie
  - Département d'anatomopathologie
  
- Ensemble imagerie
  - Radiologie générale + Scanner + Echographie
  - IRM
  - Neuroradiologie
  - Radiologies interventionnelles

La pharmacie a une fonction transversale au niveau de tous les services cliniques.

- Ensemble Santé Publique
  - Informatique Médicale et économie de santé et santé publique
  - Equipe mobile de Soins Palliatifs
  - Equipe mobile de lutte contre la douleur
  - Hygiène hospitalière
  - Les vigilances
  - Prévention Education Santé
  - Médecine du sport
  - Epidémiologie
  - Maladies professionnelles

A noter que les équipes douleurs et soins palliatifs ont un projet commun de département.

*Pour le pôle de cancérologie et le pôle cardiovasculaire et thoracique, le principe est acquis. Il s'agit de créer dans les Dix huit mois les conditions qui s'imposent pour que leur groupement soit effectif :*

- avoir construit un projet commun d'objectifs médicaux et opérationnels, qui permet de rassembler les services et les unités le composant. Ils seront progressivement précisés et complétés en détaillant les objectifs de soins et de prise en charge, et les moyens d'évaluation adaptés à la nature du Pôle.
- disposer d'une organisation de groupement : une coordination, une répartition des responsabilités, et une règle écrite de fonctionnement qui doit être consignée dans la charte de la fédération des services.
- pouvoir communiquer et échanger aisément, entre membres des équipes médicales et soignantes pour favoriser le passage aisé des patients d'un secteur à l'autre.
- Disposer de masses critiques suffisantes : en termes de type de prise en charge pour les alternatives à l'hospitalisation : hôpital de jour 8 à 10 places, hôpital de semaine 26 à 28 places.
- Définir et mettre en place un système d'évaluation.

Le volume II de ce document « projet médical » décline les axes du projet global de l'établissement par service et groupe de services.

Ces projets sont amenés à évoluer rapidement. Pour les projets de service les demandes en extension des infrastructures et surfaces ont été pris en compte par le plan directeur et seront détaillées ultérieurement dans le cadre du programme technique détaillé des locaux.

Les demandes en effectifs médicaux et en personnel soignant non médical seront exposées dans le volet projet social.