

LE PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE UNE STRATEGIE D'ADAPTATION FACE AUX EVOLUTIONS FINANCIERES



Daniel RIAM - XIVème
CONFERENCE DES
FHIAG/20,21 ET 22 -10-2010

L'Hospitalisation Publique en Martinique : un constat de décrochage de la Performance Nationale

- **Coût Case MIX et ENC**
 - L'exemple du CHU : 16,6 %
- **Un déficit retraité à deux chiffres dans les trois hôpitaux MCO**
 - CHU : 36 Millions/ 290,4 Millions = 12,39%
 - Lamentin : 8,9 Millions/ 74,6 Millions = 11,9%
 - Trinité : 5,4 Millions / 45,8 Millions = 11,79 %

En M€

	CHU	FICTIF	Ecart	
			Valeur	%
TOTAL DEPENSES DE PERSONNEL	79,6	55,2	24,4	44,1%
<i>Consommables médicaux</i>	<i>6,9</i>	<i>16,6</i>	<i>- 9,8</i>	<i>-58,7%</i>
<i>Molécules Onéreuses</i>	<i>9,4</i>	<i>8,6</i>	<i>0,8</i>	<i>9,5%</i>
<i>DMI</i>	<i>0,3</i>	<i>1,5</i>	<i>- 1,2</i>	<i>-80,5%</i>
<i>Médicaments sous ATU</i>	<i>0,0</i>	<i>0,2</i>	<i>- 0,1</i>	<i>-94,5%</i>
<i>Sang</i>	<i>1,9</i>	<i>2,3</i>	<i>- 0,4</i>	<i>-15,7%</i>
Sous traitement médicale	0,3	2,2	- 1,9	-86,7%
Entretien, maintenance médicale et amortissement	0,2	0,4	- 0,2	-52,0%
Autres charges	1,5	0,7	0,9	127,4%
TOTAL DEPENSES MEDICALES DIRECTES	20,5	32,3	- 11,9	-36,7%
COUTS DIRECTS	100,1	87,6	12,5	14,3%
Laboratoire	6,4	4,2	2,2	52,2%
Imagerie et Exploration Fonctionnelle	9,3	8,4	0,9	10,7%
Bloc Chirurgical (& salle de réveil) et obstétrique	15,1	7,5	7,6	102,0%
Anesthésie	10,4	5,4	5,0	92,5%
TOTAL DEPENSES MEDICO TECHNIQUES	41,2	25,5	15,7	61,7%
Pharmacie	4,7	5,9	- 1,2	-20,7%
Stérilisation	1,9	2,5	- 0,7	-25,8%
Génie biomédical	1,6	1,6	- 0,0	-1,6%
Hygiène et vigilances	0,1	0,8	- 0,7	-90,3%
DEPENSE DE LOGISTIQUE MEDICALE	8,2	10,8	- 2,6	-24,3%
Blanchisserie	1,9	1,6	0,2	14,6%
Restauration	10,6	4,0	6,6	164,4%
Services hôteliers, transports	1,2	5,0	- 3,8	-76,2%
DEPENSES DE LOGISTIQUE	13,6	10,6	3,0	28,4%
Entretien maintenance	4,3	3,1	1,2	37,6%
DSIO	2,5	2,3	0,3	11,2%
DIM	0,7	0,5	0,1	26,5%
Services administratifs liés au personnel	3,5	5,5	- 2,0	-36,5%
Accueil et gestion des malades	0,9	1,0	- 0,1	-13,6%
Services administratifs à caractère général	6,8	8,4	- 1,6	-18,9%
DEPENSES DE LOGISTIQUE GENERALE	18,6	20,8	- 2,2	-10,4%
TOTAL DEPENSES HORS STRUCTURE	181,7	155,3	26,4	17,0%
<i>Coût complet hors personnel</i>	<i>102,1</i>	<i>100,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0%</i>
Structure	5,8	5,5	0,2	3,7%
COUT COMPLET	187,5	160,8	26,6	16,6%

Tableau Coût Case-Mix 2008 CHU FDF

L'hôpital Public amortisseur Social en MARTINIQUE : L'exemple du CHU

1/La Fonction Publique Hospitalière prise d'assaut par une population sans perspective d'emploi

- Les emplois de soignants non qualifiés (2008 :245,66 etp d'ASH , en 2010 : 283,66 etp)
- Les emplois dans les fonctions supports

<u>Emplois dans les fonctions supports</u>			
ETP	2008	2009	2010 (01/10 à 08/10)
Transports intérieurs	20,90	27,45	27,64
TOTAL	20,90	27,45	27,64

L'hôpital Public amortisseur Social en MARTINIQUE : L'exemple du CHU

- L'impact inflationniste de la politique des emplois aidés (de 2003 à 2010)

Type d'emplois aidés	Embauche(Titulaire, CDI ou CDD)	Fin de contrat
CEC	100	16
Emplois jeunes	29	20
CAE	30	36
CAV	3	1
TOTAL	162	73

Sur les 162 Emplois aidés intégrés, près de la moitié l'ont été sur pression du mouvement social

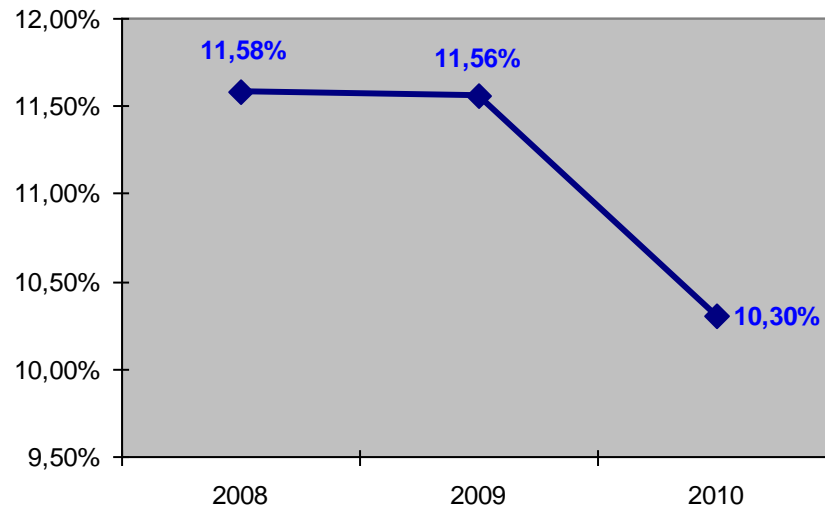
2/Structure du recrutement et surprotection syndicale

Daniel RIAM - XIVème
CONFERENCE DES
FHIAG/20,21 ET 22 -10-2010

L'hôpital Public amortisseur Social en MARTINIQUE : L'exemple du CHU

3/La mécanique du rôle social de l'Hôpital (Absentéisme et emploi, Commission de réforme et AT)

Evolution du taux d'absentéisme de 2008 à Août 2010



Daniel RIAM - XIVème
CONFERENCE DES
FHIAG/20,21 ET 22 -10-2010

Absentéisme et Carnaval

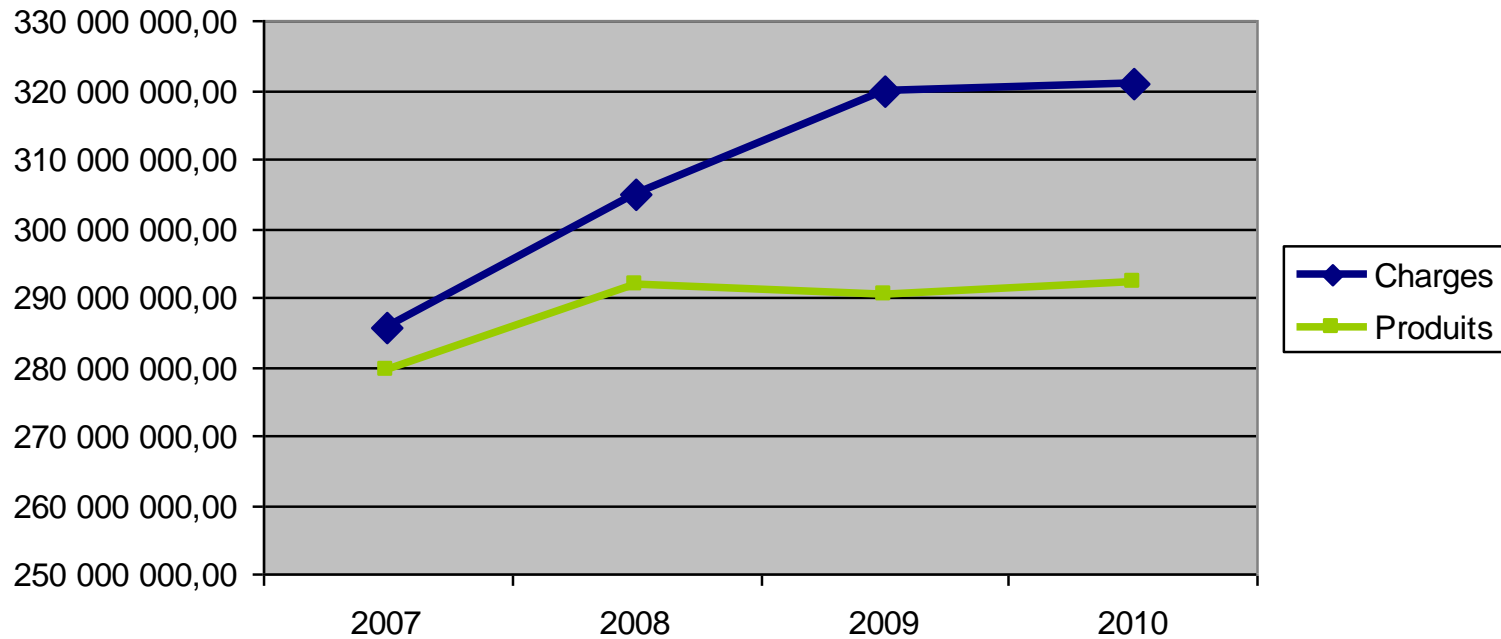
Absentéisme et Tour de Yoles

<u>Carnaval 2010</u>	Nombre d'Agents Absents
Semaine avant Carnaval	68
Semaine Carnaval 2010	30*
Semaine après Carnaval	96

*mardi et mercredi sont fériés

<u>Tour des Yoles 2010</u>	Nombre d'Agents Absents
Semaine avant Tour	98
Semaine Tour des Yoles 2010	112
Semaine après Tour	72

Evolution des charges et produits du CHU de Fort de France de 2007 à 2010



Paupérisation de l'Hôpital Public et menace sur la fonction Publique Hospitalière

- Les tarifs n'intègrent pas les surcoûts sociaux, ni l'absentéisme à 12%, ni « l'effet carnaval et tour des yoles »
- L'hôpital public fonctionne à perte et paye à crédit tout ce qui n'est pas dans le tarif, tarif qui représente la performance moyenne des hôpitaux français
- L'endettement massif qui en découle (ligne de trésorerie lourde, déficit à 2 chiffres, ...) condamne la politique d'investissement (modernisation des services et des plateaux techniques, innovation médicale (exp : Tep Scan ...))
- La fonction Publique hospitalière n'est pas sanctuarisée si la contre performance des organisations conduit au recul généralisé de l'activité : elle est donc menacée.

Le projet Médical de territoire

- **Une redistribution des missions :**
 - **Trinité : Un Hôpital MCO ayant vocation à devenir Médico Obstétrical**
 - **Lamentin : Un Hôpital MCO ayant vocation à devenir Médico Chirurgical (Chirurgie programmée et ambulatoire)**
 - **Fort-de-France : Un Hôpital MCO de recours et de prise en charge des soins critiques (Maternité type III et chirurgie d'urgence et de recours**
- **Création d'un GCS pour le pôle Public Mère Enfant régional**
- **Création d'un GCS pour le pôle Public Chirurgical Régional**

Le projet médical de territoire : un consensus hospitalier

- Mise en place d'un groupe technique de coopération (médecins, direction, cadres des trois hôpitaux MCO) : 2008/2009
- Accompagnement des travaux par un consultant spécialisé
- Adoption en 2008 du projet médical de territoire par les trois hôpitaux mco

Le projet médical de territoire : un processus en action

- Lettre de cadrage de l'ARS en juillet 2010
- L'objectif de l'heure: l'Elaboration de scénarios opérationnels
- Constitution de groupes de travail par spécialités (Périnatalité, Urologie, chirurgie spécialisée)
- Accompagnement par une cellule de consultants spécialisés dans la restructuration hospitalière

Une approche professionnelle et consensuelle des fusions de services

- Analyse de l'activité des deux services
- Projet médical de la fusion
- Projet d'activité et répartition des modes de prises en charge
- Effectif médical et non médical nécessaire
- Plannings
- Programme de m2 et le cas échéant de travaux

Une approche professionnelle et consensuelle des fusions de services (2)

- Elaboration du C.R.E.A prévisionnel
- Trajectoire ressources humaines (GPMC)
- Analyse des conditions de travail
- Accompagnement psychologique

Le projet Médical de territoire (2)

- **Structuration de l'activité par filière incluant les consultations spécialisées avancées et la spécialisation des hôpitaux de Moyen séjour**
- **Création dans les trois ans d'un CHU Martinique par fusion des trois Etablissements**

Le programme médical de territoire au service de la population et de l'épanouissement du personnel hospitalier

- Un arrêt du gaspillage de moyens (services voisins et concurrents, ligne de garde doublée sans justifications, équipes dupliquées)
- Une meilleure lisibilité de l'offre de soins
- Un recentrage des missions hospitalières autour du malade
- Une meilleure utilisation des moyens financiers de l'hôpital pour les soins, l'innovation médicale et le confort hôtelier

Vers une performance de l'Hôpital PUBLIC (2) PLATEAUX TECHNIQUES ET FONCTIONS SUPPORTS

- **La performance des plateaux médico techniques**
 - Mutualisation des laboratoires: Biologie de territoire
 - Concentration et spécialisation des blocs
 - Mise en commun et concentration de la stérilisation
 - Garde Départementale de radiologie
 - Portail unique des urgences publiques la nuit et les week-end et jours fériés
- **La performance des fonctions supports**
 - Vers une plate-forme logistique moderne et mutualisée
 - Recours massif à UNI H-A
 - Plate-forme régionale gérant le Dossier Patient au sein du GCS – SIS
 - Centre de services partagés entre les EPS (Dossiers d'autorisation)

Une stratégie d'adaptation réaliste pour des Acteurs Responsables

- Rompre avec la politique de la main tendue en prenant en charge notre performance à l'égal de tous nos collègues
- Rationaliser l'offre de soins en optimisant la ressource médicale rare
- Redéployer une partie des effectifs dégagés par la restructuration vers des activités nouvelles nécessaires (dialyse, SSR, Chirurgie plastique et réparatrice...etc
- Redéployer une partie des effectifs dégagés par la restructuration vers le médico-social et le social (notamment pour la prise en charge des personnes âgées)
- Gagner toute la légitimité pour obtenir l'application intégrale du Plan Santé Outre Mer , notamment son impact sur les finances hospitalières (*MIGAC Spécifiques 12M€, coefficient Géographique 10M€, apurement des stocks de créances irrécouvrables 28,5M€*)
- Rééquilibrer la structure financière des Hôpitaux pour s'engager pleinement dans
 - l'innovation médicale,
 - le confort Hôtelier du XXIème siècle à l'Hôpital Public (*rénovation PZQ 27M€*)
 - La mise aux normes sécuritaires et parasismiques de tous les Etablissements Publics de Santé