



CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNESIE FRANCAISE

PROJET D'ETABLISSEMENT 2017-2022

« Il n'est point de vent favorable à celui qui ne sait où il va »

Sénèque

EDITORIAL

Je suis heureux de présenter le Projet d'établissement du Centre hospitalier de la Polynésie française 2017-2022.

Ce document essentiel s'appuie sur le projet médical, préparé depuis 18 mois par le Président de la Commission médicale d'établissement et validé par la communauté médicale, véritable pierre angulaire de notre action hospitalière, et sur le projet de soins élaboré par la Commissions des soins.

Il donne le cap, trace notre feuille de route pour les cinq années qui viennent. Il pose également les bases d'un mouvement de transformation de notre hôpital dont l'horizon temporel se situe au-delà du cadre réglementaire de la planification sanitaire.

Notre établissement, comme tout hôpital moderne, doit faire face à plusieurs défis :

- mutation épidémiologique (vieillesse, augmentation des maladies chroniques...),
- contexte économique, aux problèmes de financement de la santé,
- fragilisation de l'offre de ville (paramédicale et médicale),
- besoins et attentes nouveaux de la population...

Dans ce paysage de santé en pleine transformation, l'intelligence de notre stratégie doit être celle de la prise de conscience, de l'adaptation, de l'anticipation, de l'ouverture.

Elle ne peut certainement pas être celle d'un hôpital autocentré sur ses problématiques internes, crispé sur la conservation des organisations et des modes de fonctionnement qu'il a toujours connu.

Dans les années qui viennent, nous avons trois devoirs :

- contribuer à assurer à chaque patient qui vient à nous un parcours de santé lisible, accessible (missions de service public) et sécurisé,
- améliorer la qualité et l'efficacité de notre offre de soins,
- conduire notre action en lien étroit avec les acteurs professionnels externes au plus près de la réalité des besoins du territoire.

Pour cela, nous disposons d'atouts non négligeables.

C'est d'abord la qualité, le savoir-faire de nos professionnels.

L'engagement, l'attachement, le sentiment d'appartenance des personnels envers leur institution hospitalière est notre force principale.

C'est aussi l'attente, exigeante certes, la confiance, le soutien de la population et des responsables du Pays. Nous devons y répondre avec efficacité, loyauté et éthique.

Je sais pouvoir compter sur l'engagement et la détermination des professionnels hospitaliers pour mettre en œuvre et la réussite de ce projet, au service des patients et des familles qui placent en nous leur confiance.

René CAILLET
Directeur

LES VALEURS DU PROJET D'ETABLISSEMENT DU CHPF

Bienveillance

Nous mettons notre dévouement et nos compétences au service de l'Humain. Nous veillons à ce que chaque personne accueillie soit traitée avec attention et bienveillance. Nous veillons à la qualité des relations entre professionnels.

Innovation

Nos équipes médicales et soignantes mettent en place, compte tenu des moyens alloués, les techniques et les savoir-faire les plus récents au service de la population de la Polynésie française.

Service public

Nous assurons la continuité des soins 24h sur 24h, 365 jours par an. Le CHPF garantit l'égalité d'accès pour tous, il s'adapte au changement dans le respect des règles fixées par les pouvoirs publics.

Qualité

Nous veillons à la qualité et la sécurité des soins délivrés, à la qualité des conditions de travail. Nous évaluons nos pratiques.

Efficiences

Nous organisons le fonctionnement de l'hôpital en nous assurant de la meilleure utilisation des moyens disponibles. Nous rendons compte de nos résultats.

Table des matières

1. CADRAGE DU PROJET D'ETABLISSEMENT	6
2. AXE 1- VOLET 1 - LE PROJET MEDICAL	14
2.1. Eléments de contexte	14
2.1.1. Une activité en forte augmentation	17
2.1.2. Des pathologies de plus en plus lourdes	19
2.1.3. Des ressources contraintes.....	20
2.1.3.1. Au niveau des effectifs de praticiens hospitaliers	20
2.1.3.2. Au niveau financier.....	22
2.2. Recentrer l'activité autour de la vocation première du CHPF, hôpital de dernier recours	22
2.2.1. Consolider certains domaines d'activités publiques	22
2.2.1.1. Au niveau de l'activité de médecine et des urgences :	22
2.2.1.2. Au niveau du pôle chirurgie	23
2.2.1.3. Au niveau du pôle médico technique :	24
2.2.1.4. Au niveau du pôle mère et enfant :	25
2.2.2. Développer de nouvelles activités.....	25
2.2.2.1. Développer la prise en charge de pathologies lourdes et la réalisation des actes très techniques.....	25
2.2.2.2. Nouvelles modalités d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients pour réduire encore les durées de séjour en conservant une prise en charge de qualité	26
2.2.3. Anticiper et faciliter les sorties	27
2.2.4. Etre plus performant dans la gestion des évasans	29
2.2.5. Développer la télémédecine.....	29
2.3. Contribuer activement à la mise en place du SOS	30
2.3.1. Hôpitaux périphériques	31
2.3.2. Secteur libéral	32
2.3.3. Consultations avancées et établissements de soins primaires	34
2.3.4. Participation au développement d'un axe d'éducation thérapeutique	36
2.3.5. Participation à la mise en place du plan cancer	36
2.3.6. Coopération inter-hospitalière	37
2.4. Transversalité et gouvernance : l'efficience au service du patient	39
2.4.1. Renforcer la transversalité.....	39
2.4.2. Améliorer l'accompagnement du patient et son chemin clinique	40
2.4.3. Ressources humaines.....	40
2.4.3.1. Recrutement.....	40
2.4.3.2. Formation.....	41
2.4.4. Regroupement UM /Départements	42
2.5. Qualité	46
2.5.1. Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles	46
2.5.2. Suivre et évaluer la mise en œuvre du projet médical.....	47
2.5.3. Evolutions SI.....	47
2.6. Evolutions du système d'information	49
3. AXE 1. VOLET 2 - LE PROJET DE SOINS	51
3.1. Définition du projet de soins	51
3.2. Contexte et cadre conceptuel	51

3.3.	Etat des lieux du projet de soins	52
3.4.	Les orientations du projet de soins	54
3.5.	Les plans d'action	55
4.	AXE 2, VOLET 1 - LE PROJET RESSOURCES HUMAINES ET SOCIAL	56
4.1.	Connaître et agir sur les effectifs et les maquettes organisationnelles, revoir la gestion du temps de travail grâce à l'outil Equitime©	56
4.2.	Développer et promouvoir la formation du personnel	59
4.3.	Veiller à la qualité de la gestion des ressources humaines médicales	60
4.4.	Assurer le suivi de la fonction ressources humaines au travers du bilan social annuel et être le garant du dialogue social	60
5.	AXE 2. VOLET 2 - LE PROJET QUALITE	61
5.1.	Les domaines qualité et gestion des risques prioritaires	61
5.2.	L'engagement des départements dans la démarche qualité / gestion des risques	63
5.3.	La poursuite de la démarche de certification	64
5.4.	Améliorer la qualité, mieux communiquer	64
5.4.1.	Renforcer la communication Web.....	64
5.4.2.	Affirmer l'identité du CHPF et fédérer les équipes.....	64
5.4.3.	Rendre plus lisible au patient son parcours au sein de l'établissement.....	65
5.4.4.	Miser en interne sur l'information électronique	65
5.4.5.	Faire du CHPF un lieu d'échange et d'apprentissage ouvert à tous	65
5.4.6.	Gérer les publications	65
6.	AXE 2. VOLET 3 - LE PROJET DE GESTION	66
6.1.	PRIORITE 1 - développer un dialogue de gestion de projet guidée par la recherche d'efficience	66
6.2.	Le diagnostic	69
6.2.1.	Les documents existants :	69
6.2.2.	L'analyse de données et les constats.....	69
6.2.3.	Conforter le CHPF dans sa relation avec le financeur	70
6.2.4.	Dynamiser le dialogue de gestion interne.....	70
6.3.	Plan d'action	71
6.3.1.	Mettre en place un groupe opérationnel	71
6.3.2.	Adapter en priorité le système d'information	71
6.3.3.	Communiquer sur les objectifs de la comptabilité analytique.....	72
6.3.4.	Mise en œuvre du projet.....	72
7.	AXE 2. VOLET 4 - LE PROJET DE SYSTEME D'INFORMATION	74
8.	AXE 2. VOLET 5- Projet logistique	79
8.1.	Priorité 1 - La Sécurité des personnes	79
8.1.1.	Sécurité des patients et du personnel.....	79
8.1.2.	Sécurité dans leur déplacement.....	79
8.2.	Priorité 2 - La Sécurisation des activités	79
8.2.1.	Sécurisation des approvisionnements	79
8.2.2.	Sécurisation de l'activité.....	80
8.2.3.	Sécurisation des locaux techniques.....	80
9.	CONCLUSION	81

1. CADRAGE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Le Projet d'établissement du CHPF comporte deux axes et 7 volets :

- **Le premier axe est constitué par le projet médical et de soins. Porté par les professionnels, médecins et paramédicaux, il est centré sur le cœur de métier du CHPF, le soin.**

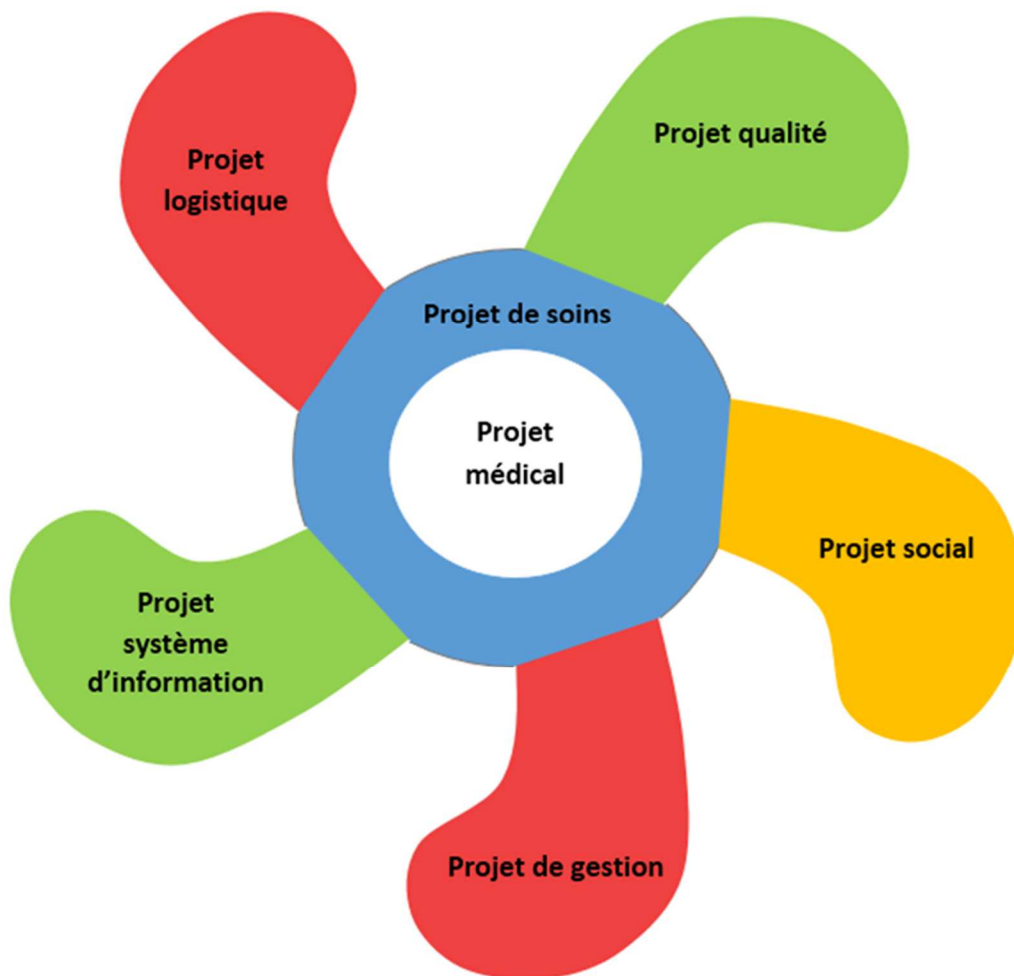
Il comporte deux (2) volets :

- Le projet médical (coordinateur : Dr Philippe DUPIRE, Président de la Commission médicale d'établissement)
- Le projet de soins (Coordinatrice : Claude COLLIOT, Directrice des soins, Maeva CORBAZ DS adjointe)

- **Le second axe, le projet de management et d'efficience, est porté par la direction qui organise les fonctions support**

Ces fonctions sont regroupées en cinq (5) volets :

- Le projet social et de gestion des ressources humaines (Coordinatrice : Monette NORDHOFF, DRH)
- Le projet qualité gestion des risques (Coordinateur, Alexis GOUBERT, Directeur qualité, GRC)
- Le projet de gestion des ressources (Coordinateur : Xavier POHL, Directeur financier)
- Le projet de système d'information (Coordinateur : Pierre VOGEL, Directeur du système d'information et organisation)
- Le projet logistique (Coordinateur : James COWAN, Directeur des moyens généraux)



Le pilotage de cette démarche est assuré par le comité de direction qui se réunit chaque semaine pour assurer le suivi de l'avancement et les pré-arbitrages. Ce comité est présidé conjointement par le Directeur Général et le Président de la CME. Il articule ses travaux avec la commission permanente de la CME, instance représentative de cette commission médicale.

La CME est en charge du projet médical, dont elle assure la conception, la validation définitive et qu'elle fait vivre à travers ses avis.

La Direction des Soins définit les axes et les modalités d'évaluation du projet para médical, centré sur la délivrance des soins et l'accompagnement de la personne.

Les Directions fonctionnelles (Direction des Ressources Humaines, des Moyens Généraux, des Finances, de la Qualité, gestion des risques et communication, du Système d'information) sont chacune chargée du suivi du volet qui la concerne.

L'accompagnement interne de la gestion de projet repose sur une double approche :

- D'une part sur les principes et méthodes de la démarche qualité-sécurité des soins, validées par le projet médical et le projet de soins, afin de garantir aux patients et aux usagers le respect des principes de qualité et de pertinence des soins. Ceci est réalisé au travers notamment des revues de pertinence, des évaluations de pratique et des retours d'expérience.

- D'autre part sur le respect du principe de meilleur usage des ressources ; la direction financière assurant pour sa part, en lien avec la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins, la Direction des Moyens Généraux et la Direction du Système d'information, procède à la validation et au suivi du coût des projets et des engagements proposés, notamment au travers de la comptabilité analytique. Ces directions fonctionnelles sont garantes du volet « efficience » du projet.

POURQUOI UN PROJET D'ETABLISSEMENT ?

L'objectif général du projet d'établissement est d'assurer la pérennité à l'offre de soins, tout en préservant l'essentiel, à savoir la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients.

Le projet d'établissement 2008 –2013 a largement été réalisé à travers le déménagement sur le site du Taaone. Depuis 2013, le CHPF n'a plus de projet d'établissement. Depuis lors, des projets importants restent orphelins, tel le développement des soins de suite, même si le Schéma d'Organisation des soins en fait à juste titre une priorité. De plus, des projets lourds toujours en cours : greffe de rein, oncologie...doivent être confortés et structurés pour assurer leur pérennité.

Le CHPF est un établissement de santé offrant une haute qualité de soins médicaux, au service de l'ensemble la population de la Polynésie française, dans l'esprit du service public de santé : universalité, égalité d'accès, non-discrimination, adaptabilité.

Le CHPF est un hôpital de haut niveau de recours pour la population. Mais il assure aussi et souvent une mission de premier recours, en raison notamment des contraintes économiques qui conduisent de plus en plus de personnes à passer par les urgences de l'hôpital pour éviter d'avancer des frais de soins en ville.

Par ailleurs, une contrainte de l'environnement est que l'offre de soins de proximité est de plus en plus réduite : le CHPF ne peut donc se désengager de certaines activités en raison de l'absence de relais externes (exemples : soins de suite, rééducation cardiaque, hospitalisation et soins à domicile, prise en charge de la gériatrie...).

L'environnement financier de plus en plus contraint a d'ores et déjà conduit les professionnels de l'hôpital à augmenter leur productivité ces dernières années. Cette mise en tension, pour incontournable qu'elle soit, trouve sa limite. Alors que l'activité a augmenté de 22 % depuis 2007, la baisse de la dotation globale est constante depuis 2011 : moins 14,4 % soit 2,1 milliards de francs.

Le personnel hospitalier, très attaché à son établissement, est de plus en plus interrogatif sur l'avenir et sur sa motivation : il se demande ce qui est réellement prévu pour le futur de l'hôpital. Plus généralement, il fait part de sa préoccupation quant au niveau de santé en Polynésie française.

Le constat d'un turn-over important du personnel, en particulier infirmier, est une forte contrainte pour le fonctionnement du CHPF. L'un des axes majeurs du PE est donc le volet social. Celui-ci devra être conduit avec réalisme et fermeté compte tenu d'un contexte financier difficile.

Ces éléments conduisent à considérer que l'élaboration d'un projet d'établissement du CHPF est à la fois un puissant mobilisateur des énergies et un élément de réduction de l'incertitude. Pour autant, les contraintes particulières de l'environnement et en particulier la baisse continue de la dotation globale depuis 2011 (moins 2,3 milliards en cumul, voir tableau ci-dessous) conduisent à une grande prudence quant à la faisabilité des projets nouveaux.

Tableau : évolution de 2011 à 2016 de la couverture de dépenses par la dotation globale de fonctionnement (DGF) : les zones colorées sont couvertes par la DGF

en Fcfp	CA 2011	CA 2012	CA 2013	CA 2014	CA 2015	CA 2016
RECETTES DE FONCTIONNEMENT	19 518 521 406	20 561 577 339	21 567 338 396	21 897 971 264	21 561 724 901	22 465 220 521
Recettes (hors opérations d'ordre)	18 605 943 496	19 672 344 086	20 672 581 482	20 860 731 753	20 493 499 209	21 407 855 355
Produits (70)	18 129 217 774	19 060 442 215	20 112 690 850	20 347 396 103	19 838 979 124	20 458 789 112
<i>Dotation globale de fonctionnement (70621)</i>	14 490 000 000	13 633 245 999	13 156 467 150	13 084 188 494	12 579 929 924	13 488 163 480
<i>journées d'hospitalisation complète</i>	1 082 498 457	2 428 066 976	4 006 028 809	4 367 500 286	4 226 390 049	4 539 175 681
Subventions d'exploitation (7418)	10 000 000	307 000 000	12 047 729	10 000 000	166 795 714	1 260 000
Produits de gestion courante (75)	130 813 857	137 035 053	160 452 236	169 880 027	141 240 188	86 273 568
Produits financiers (76)	206 891	321 593	715 452	385 245	2 176 591	742 878
Produits exceptionnels (77 hors 772)	39 333 485	25 953 879	24 130 406	53 736 397	43 275 306	60 466 367
Produits exceptionnels sur ex précédents (772)	126 260 489	140 137 917	213 440 455	279 333 981	301 032 286	305 793 430
Reprises sur amortissement et provision (78)	170 111 000	1 453 429	149 104 354	0	0	494 530 000
Stock final (603)	912 577 910	889 233 253	894 756 914	1 037 239 511	1 068 225 692	1 057 365 166
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	19 575 146 069	20 421 430 715	20 681 309 757	21 224 662 452	21 491 380 666	22 649 559 525
Dépenses (hors opérations d'ordre)	18 687 271 238	19 508 852 805	19 792 076 504	20 329 905 538	20 454 141 155	21 581 333 833
Achats (602 et 606)	4 627 128 932	4 910 827 580	4 794 469 705	4 912 064 725	5 078 528 626	5 433 430 601
Services extérieurs (61)	1 100 406 482	1 092 170 789	1 084 118 991	1 212 602 604	1 256 328 287	1 361 120 144
Autres services (62)	895 015 351	832 744 197	744 244 008	941 874 305	1 351 723 676	1 444 886 752
Charges de personnel (64)	11 034 171 599	11 028 358 809	11 430 647 477	11 875 820 323	11 700 652 601	12 092 147 287
Charges de gestion courante (65)	38 502 010	0	51 999 803	92 248 958	153 599 767	54 376 268
Charges financières (66)	14 156 368	13 746 112	39 877 607	112 843 112	119 994 679	37 347 263
Charges exceptionnelles (67)	232 080 060	730 719 480	718 428 987	349 676 711	340 565 324	604 645 817
Dotation aux amortissements et provisions (68)	745 810 436	900 285 838	928 289 926	832 774 800	452 748 195	553 379 701
Stock initial (603)	887 874 831	912 577 910	889 233 253	894 756 914	1 037 239 511	1 068 225 692

C'est pourquoi, dans le cadre de projet d'établissement, une attention particulière devra être portée au maintien du niveau de qualité des soins, ce qui implique une action sur l'attractivité professionnelle et la formation, en particulier sur site.

Par ailleurs, une rigueur particulière devra être attachée à la sélection et à la conduite des nouveaux projets. On devra éviter tout particulièrement de retenir de trop nombreux projets de développement, ce qui nuirait à la démarche.

En revanche les projets de réorganisation ou d'optimisation de moyens (développement de la chirurgie ambulatoire, de l'hospitalisation de semaine ou de jour, de l'hospitalisation à domicile, des soins de suite, mais aussi transfert de tâches du médical, vers le paramédical, les contrats de coopération professionnelles, par exemple...) sont à appuyer en priorité et en lien avec les partenaires publics et privés.

PRESENTATION GENERALE DU CHPF

LE CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNESIE FRANÇAISE : UNE HISTOIRE AU CŒUR DE LA SANTE DES POLYNESEIENS

Héritier direct de l'Hôpital général de Vaïami, fondé à Papeete en 1884, le Centre hospitalier de la Polynésie française – CHPF – a occupé pendant quarante ans le site du quartier Mamao avant d'intégrer, fin 2010, le bâtiment de Taaone, dans la commune de Pirae.

Cet équipement, conforme aux normes les plus récentes, permet à l'ensemble des Polynésiens de bénéficier de prises en charge de qualité et d'excellentes conditions d'accueil.

Avec 496 lits installés, y compris 66 en psychiatrie, 46 places en hospitalisation de jour dont 17 en pédopsychiatrie et 24 postes de dialyse, l'établissement est d'une taille moyenne par rapport aux références métropolitaines.

Toutefois, les spécificités géographiques de la Polynésie française, au premier rang desquelles l'éloignement de tout autre centre hospitalier, ont amené le Pays à doter le CHPF d'une offre de soins comparable à celle d'un établissement de grande capacité et à lui demander de prendre en charge des activités de type CHU, telle la greffe rénale. Cet établissement est donc extrêmement spécifique et ne peut se comparer à aucun autre hôpital métropolitain.

C'est ainsi qu'il dispose de services de réanimation, de réanimation néo-natale, de soins intensifs dans plusieurs spécialités (cardiologie, neurologie, néphrologie, pédiatrie), de neurochirurgie. En imagerie médicale, il est équipé d'un gamma caméra, d'un IRM, de deux scanners et de trois tables d'angiographie, d'une chambre d'IRAthérapie. Un caisson hyperbare prend en charge en urgence les victimes d'accidents de plongée.

La volonté politique de privilégier la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses au plus près de leur domicile a conduit à la mise en place d'une filière complète : un service d'oncologie, un autre d'hématologie, les équipements de radiothérapie et de préparation des chimiothérapies, des services de chirurgie permettent aujourd'hui à la grande majorité des patients polynésiens de ne plus avoir à partir vers la métropole pour être traités.

Le positionnement du centre hospitalier dans le système de santé polynésien est celui d'hôpital de référence, il doit pouvoir prendre en charge l'ensemble des pathologies non traitées dans les autres établissements.

Il demeure également l'hôpital de proximité pour la grande majorité de la population : ses services de médecine et de chirurgie sont exploités au maximum de leurs capacités. Sa maternité accueille plus de la moitié des naissances. Avec près de 47 000 passages en 2016, le service d'accueil des urgences vient largement compléter l'offre de proximité.

Au-delà de son activité hospitalière, le CHPF est un acteur clé des réseaux de soins et de la prise en charge décentralisée.

Il collabore ainsi étroitement avec les acteurs privés en matière d'insuffisance rénale et respiratoire, et est le centre de référence pour les principales maladies chroniques.

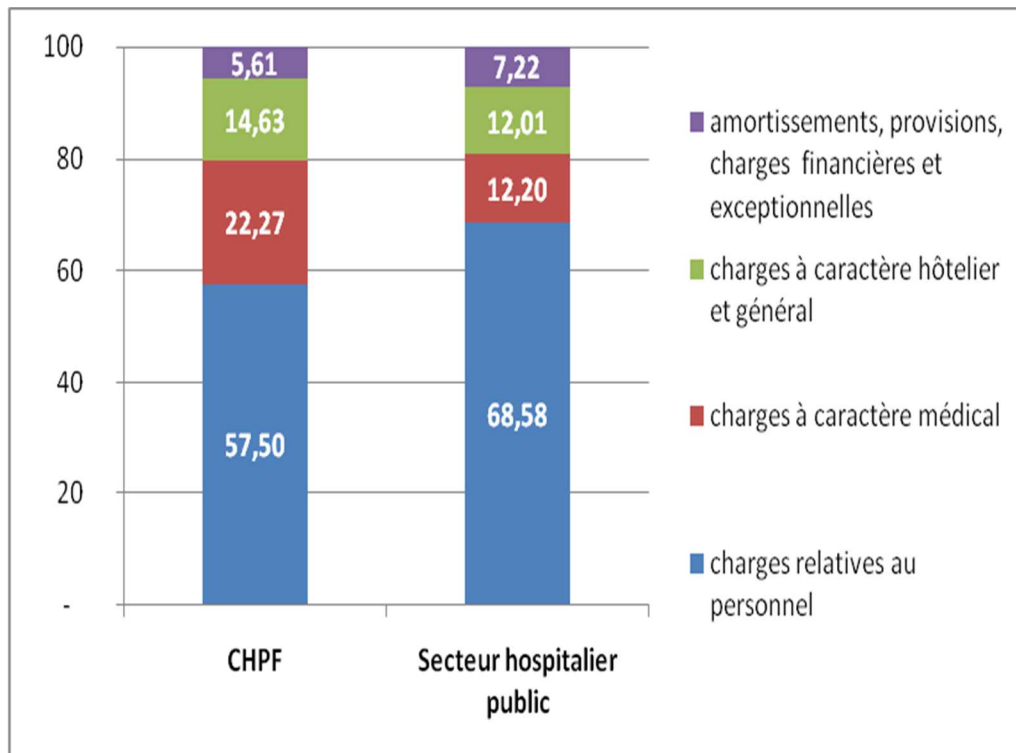
Le recours à l'expertise des médecins régulateurs du Service d'aide médicale d'urgence pour l'évaluation et la prise en charge des situations auxquelles sont confrontés les postes de santé isolés de la Direction de la santé publique est protocolisé et fait l'objet de plusieurs appels quotidiens.

Les professionnels médicaux et paramédicaux du Centre hospitalier de la Polynésie française ont également une importante activité hors centre : avec 355 missions programmées en 2017, pour près de 1 100 journées sur place, ils assurent des consultations spécialisées dans les îles qui permettent un suivi régulier des grossesses et des pathologies dans de nombreuses autres spécialités. C'est également dans ce cadre que se met en place la prise en charge de secteur en pédopsychiatrie, qui pour sa part prévoit environ 120 missions dans les archipels éloignés.

Ce dispositif, cofinancé par l'établissement, la Caisse de prévoyance sociale et la Direction de la santé publique, permet une prise en charge régulière et de qualité au plus près du domicile des patients, mais également de diminuer considérablement le nombre d'évacuations sanitaires vers l'île de Tahiti.

Avec ses équipements de premier plan, son personnel dévoué et compétent, le Centre hospitalier de la Polynésie française tient son rôle d'établissement de référence à l'échelle du Pays tout en veillant à participer activement au développement des alternatives à l'hospitalisation, des consultations dans les îles et à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Le coût de l'éloignement : comparaison avec la Métropole



Unité : % des dépenses de fonctionnement, sources : DREES – CHPF

La comparaison à la moyenne du secteur public hospitalier métropolitain permet de mesurer les surcoûts liés à l'éloignement : la part des dépenses à caractère médical et de médicaments, est de 10 points supérieure pour le CHPF. Les coûts d'acheminement et la nécessité d'entretenir un stock de plusieurs mois de consommation pour pouvoir faire face à tout aléa expliquent cette différence. C'est également une des raisons, avec la cherté de l'électricité, du surcoût des dépenses à caractère hôtelier et général.

2. AXE 1- VOLET 1 - LE PROJET MEDICAL

2.1. Eléments de contexte

Le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) est un établissement d'hospitalisation public concourant au service public hospitalier.

Ses missions, définies par la délibération 92-96 AT du 1er juin 1992 portant réforme du système hospitalier, sont les suivantes :

- Les admissions d'urgence ;
- Les examens de diagnostic ;
- Les hospitalisations de courte durée ou concernant les affections graves pendant leur phase aiguë ;
- Les accouchements et les traitements ambulatoires ;
- Enseignement et recherche.

Fin mars 2017, les capacités autorisées sont les suivantes :

DISCIPLINES	UNITES FONCTIONNELLES	Lits autorisés CHPF	Places déclarées CHPF	
MÉDECINE	PEDIATRIE	23	0	
	SURV. CONTINUE PED	4	0	
	HOPITAL de JOUR PEDIATRIE	0	3	
	SURV. CONTINUE POLYV.	6	0	
	REANIMATION	18	0	
	HOSPIT. DOULEUR	4	0	
	MEDECINE INTERNE	19	0	
	CARDIOLOGIE	14	0	
	EXPLORATION EN CARDIOLOGIE (5j/7)	9	0	
	SOINS INTENSIFS CARDIO	6	0	
	HEMATOLOGIE	7	0	
	NEUROLOGIE	16	0	
	UNITE NEUROVASCULAIRE	6	0	
	GASTRO-ENTEROLOGIE	16	0	
	PNEUMOLOGIE	17	0	
	DIABETO. ENDO. META.	12	0	
	NEPHROLOGIE	16	0	
	SURV. CONTINU NEPHRO	2	0	
	HOSPITALISATION TEMPORAIRE	12	0	
	HOSPIT. COMPLETE ONCO	8	0	
	IRATHERAPIE (ouverture le 4/7/2016)	1	0	
	HOSPIT DE JOUR ONCOLOGIE	0	11	
	HOSPIT DE JOUR médecine	0	6	
	ABI (Acinetobacter Baumani Imipenem)	7	0	
	GCA : Hospitalisation carcérale	2	0	
		Sous-total Médecine	223	20

DISCIPLINES	UNITES FONCTIONNELLES	Lits autorisés CHPF	Places déclarées CHPF
CHIRURGIE	CHIRURGIE A	10	0
	CHIR ORTHOPEDIQUE	24	0
	CHIR VISCERALE	36	0
	GYNECOLOGIE	14	0
	OPHTALMOLOGIE	9	0
	ORL	13	0
	HOSPIT DE JOUR chirurgie	0	9
	Sous-total Chirurgie	106	9
OBSTÉTRIQUE	OBSTETRIQUE II	20	0
	MATERNITE	40	0
	Sous-total Obstétrique	60	0
NÉONAT	NEONATOLOGIE	17	0
	NEONAT-REANIMATION (dont 2 lits Réa-Infantile)	8	0
	KANGOUROU	6	0
	Sous-total Néonat	31	0
NEUROCHIRURGIE		8	0
HOSPIT PEDO-PSYCHIATRIE		0	17
PSY-ADULTE	MANINI/KAVEKA/APAPE	39	0
	TOKANI	27	0
	Sous-Total Psy adultes	66	0
TOTAL		496	46

L'ensemble des services d'hospitalisation et de consultation est regroupé dans les deux bâtiments (Médecine-chirurgie-obstétrique – MCO - et psychiatrie) du site de Taaone. L'hôpital de jour en pédopsychiatrie est situé au sein du Centre de la mère et de l'enfant (structure dépendante de la Direction de la santé).

Aujourd'hui, le CHPF :

- Représente plus de la moitié de l'ensemble des hospitalisations de Polynésie française ;
- Enregistre 60 % des naissances du territoire ;
- Comptabilise plus de 1.000 consultations médicales par jour ;
- Rassemble la totalité de l'offre de soins polynésienne pour les spécialités critiques (réanimation adulte, pédiatrique et néo-natale, néonatalogie, neurochirurgie, cardiologie et neurologie urgente (notamment infarctus du myocarde ou AVC), dialyse lourde, etc.) ;
- Dispense une offre de soins structurée;
- Possède un plateau technique performant (imagerie standard, interventionnelle et nucléaire, radiothérapie, laboratoires, caisson hyperbare, blocs opératoires, etc.) ;
- Fournit à lui seul l'ensemble du territoire polynésien en produits sanguins labiles ;
- Est le siège des capacités de médecine d'urgence et de catastrophe (SAMU, SMUR) ;
- Réalise environ 600 missions dans les îles par an (MCO et psychiatrie).

2.1.1. Une activité en forte augmentation

Depuis une dizaine d'années, le CHPF doit faire face à une augmentation significative de son activité, quel que soit le domaine.

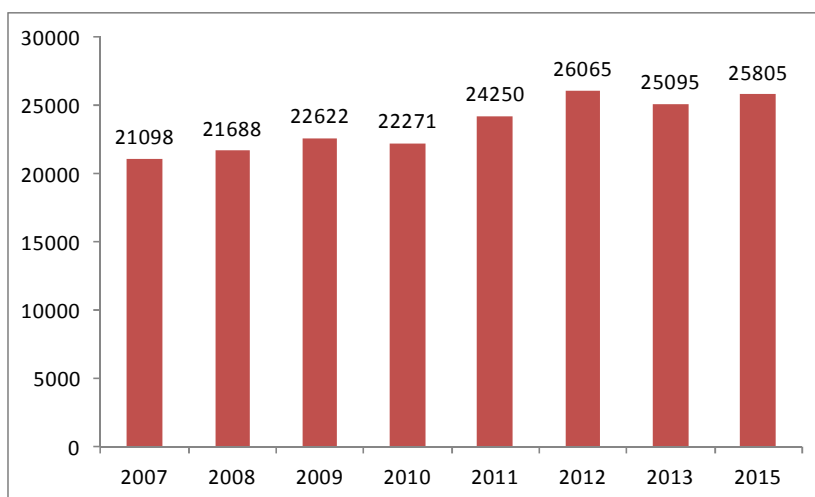
L'activité d'hospitalisation conventionnelle a ainsi augmenté de 22,3 % entre 2007 et 2015. Depuis 2011, première année complète d'exploitation du nouvel hôpital, l'activité a augmenté de 6,4 % avec une certaine stabilité depuis (Cf. Graph ci-dessous).

L'activité en lien avec les séances ne cesse de croître avec une augmentation des séances de dialyse de 14,4 % entre 2011 et 2015, de 57,8 % pour celles de radiothérapie et de 36,4 % pour les autres séances, essentiellement les chimiothérapies anticancéreuses.

La file active de patients a augmenté de 15,6 % depuis 2007, de 2,5 % depuis 2011 pour atteindre 19 132 patients en 2015.

Le nombre de consultation médicale a suivi la même tendance avec une augmentation de 11 % entre 2011 et 2016. Les consultations aux urgences notamment ont augmenté de 12,4 % depuis 2011.

Nombre d'hospitalisations, 2007-2015, CHPF
(Données PMSI hors séances)



Par ailleurs, les durées moyennes de séjours restent relativement stables, passant ainsi de 6,4 jours en 2011 à 6,3 en 2016 (données administratives). Toutefois, les évolutions sont très hétérogènes entre les services.

Les taux d'occupation augmentent avec des taux de 80,5 % en 2011 et de 84,3 % en 2016. Cette même année, 35,3 % des unités avaient un taux supérieur à 90 %, certains dépassant 100 % (données administratives).

Plusieurs explications peuvent être soulevées devant ce constat, notamment la croissance démographique, le vieillissement de la population et le développement par le CHPF de nouvelles offres de soins. D'autre part, il n'existe pas à ce jour de franche complémentarité d'activité organisée avec le secteur libéral qui permettrait au CHPF de recentrer son activité sur la prise en charge des patients les plus lourds ou les plus complexes.

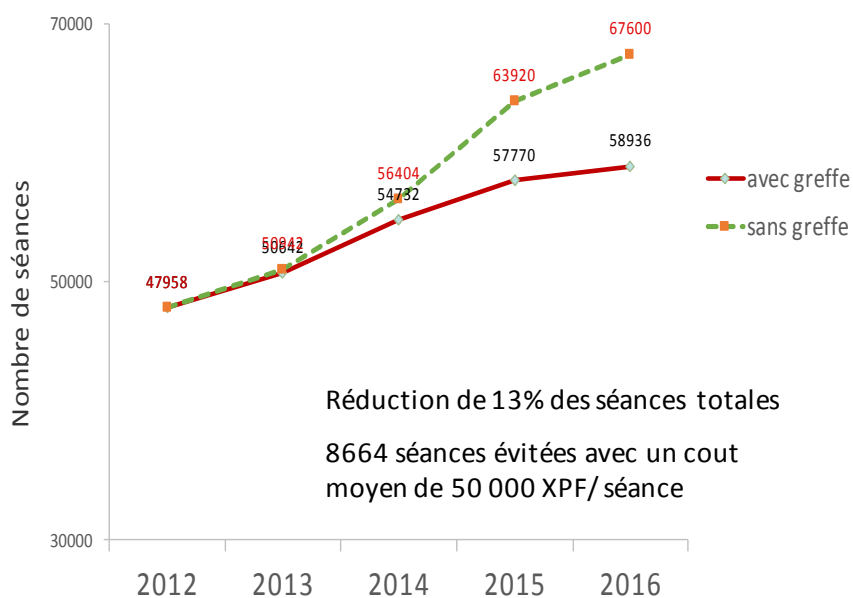
Il en de même concernant les complémentarités avec les dispensaires et les hôpitaux périphériques qui, par ailleurs, sont parfois en difficulté au regard du manque de moyens techniques ou humains.

A noter que le développement de nouvelles offres de soins a notamment permis de :

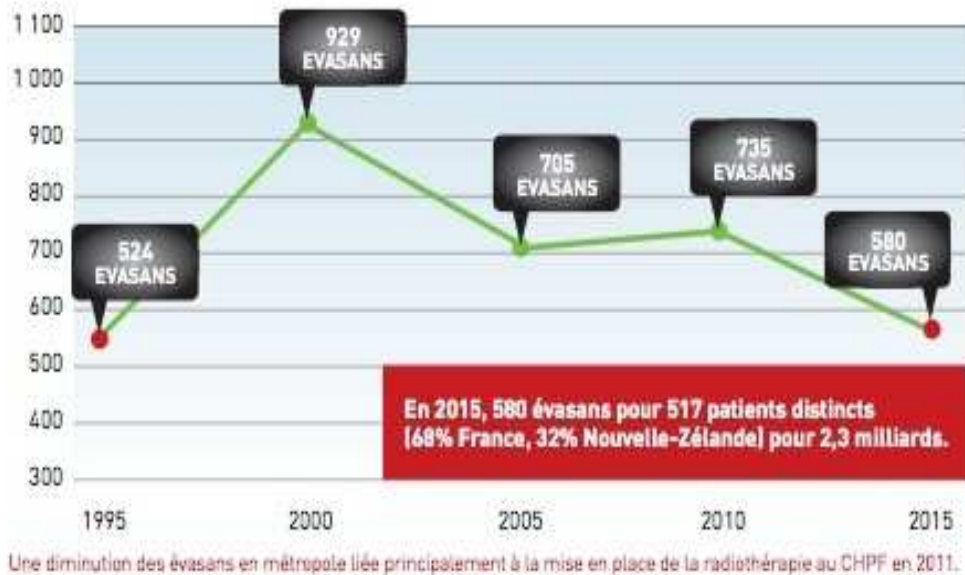
- Réduire fortement certaines activités. A titre d'illustration, la réalisation de greffes rénales a eu un effet majeur sur le volume de séances de dialyse pour l'ensemble du Territoire (en effet, toutes ne sont pas réalisées sur le site du CHPF)

Estimation du nombre de dialyses en l'absence de greffes rénales et nombre de séances observée (toutes dialyses sur le territoire)

- Sur la base de 3 séances par semaine sur 52 semaines et de 30 greffes en 2015, 16 en 2016 -



- Limiter significativement le nombre d'évasans internationales (source : CPS)
EVASANS internationales
(3,5 milliards de francs en 2015, dépenses de soins comprises)



2.1.2. Des pathologies de plus en plus lourdes

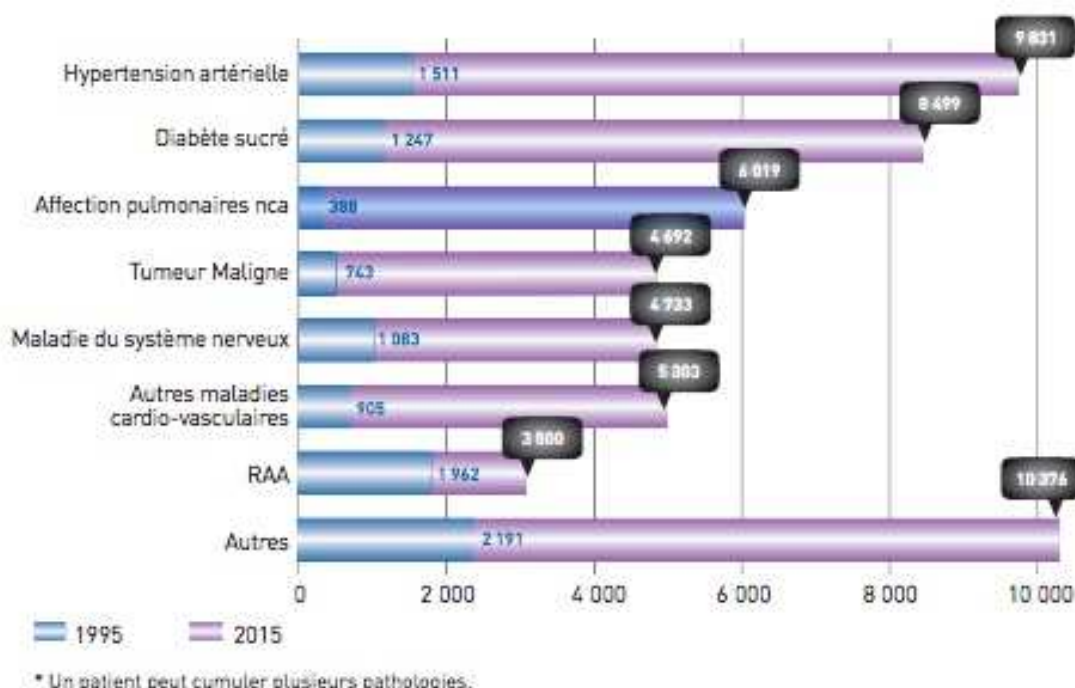
Le vieillissement de la population (la part des plus de 60 ans a doublé depuis 1988 (5 à 10%) et devrait atteindre 17% de la population d'ici 10 ans), la paupérisation et une politique de prévention à restructurer conduisent les acteurs de santé et notamment l'hôpital à prendre en charge de plus en plus de patients atteints de pathologies chroniques et en particulier à des stades avancés de leur pathologie (diabète et maladies cardiovasculaires, cancers, etc.).

En termes de prévalence de facteurs de risque accessibles à la prévention primaire, la situation polynésienne reste inquiétante :

- 70% de la population adulte sont en surpoids, 40 % d'obèses ;
- 35 % des enfants de 7-9 ans sont en surpoids, 15 % obèses ;
- Plus d'un quart de la population polynésienne adulte souffre d'hypertension artérielle, non traitée dans trois quarts des cas ;
- 45% de la population présente un risque majoré de maladie non transmissible type diabète, hypertension, ... (au moins trois facteurs de risques) ;
- 41 % des Polynésiens adultes déclarent fumer (34 % quotidiennement). Les femmes fument davantage que les hommes et les jeunes plus que leurs aînés.

Ces constats se retrouvent dans l'évolution des pathologies des patients en longue maladie (source site CPS) :

Evolution des pathologies des patients* en longue maladie en 2015



Par ailleurs, la Polynésie française est exposée à de nombreuses pathologies transmissibles de type endémique ou épidémique, pouvant à tout moment déstabiliser l'organisation des établissements ou des professionnels et notamment du CHPF. En plus, des épidémies classiques (grippe, gastroentérites, etc.) on retrouve notamment :

- La circulation endémique de pathologies infectieuses lourdes (RAA, dengue, leptospirose, tuberculose, IST) ;
- Les pathologies émergentes notamment de type arbovirose (Zika, Chikungunya...),

Cette situation sanitaire préoccupante et notamment l'évolution de la prévalence des pathologies chroniques imposent à l'hôpital des prises en charge lourdes et coûteuses qui pourraient être améliorées par la politique de prévention affirmée en cours de mise en place par les autorités sanitaires dans le cadre du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021.

2.1.3. Des ressources contraintes

2.1.3.1. Au niveau des effectifs de praticiens hospitaliers

On compte en 2017 181 PH dans 36 spécialités.

Si l'effectif a augmenté de 40 postes dont 5 postes d'assistants transformés entre 2008 et 2016, 22 postes ont été créés pour permettre de faire face à un accroissement de l'activité, les 13 autres ayant permis à l'hôpital d'étendre et diversifier son offre de soins.

Cet effectif est amené à évoluer suite à l'audit de la DMRA qui estime la ressource médicale insuffisante, en particulier au regard du nombre de remplacements nécessaires.

Eléments à retenir :

- Les postes d'assistants étaient existants et sont transformés à iso budget
- Les postes de pédopsychiatrie sont créés par transfert d'activité de la Direction de la Santé
- Les postes fléchés oncologie (radiothérapie, oncologie médicale et médecine nucléaire, radiopharmacien, soins palliatifs) sont créés pour répondre à la demande du Pays pour prendre en charge l'oncologie dans sa globalité (soigner sur place)
- Les postes créés pour les prisons sont financés par l'Etat
- Le poste de médecin du travail est justifié par l'arrêt de la convention avec un prestataire beaucoup plus chère
- Les postes des urgences limitent le recours aux vacataires et le nombre de gardes supplémentaires
- Le poste d'urologue et de néphrologue sont liés à la mise en place du projet de transplantation
- Au total, le nombre de postes créés pour faire face à l'augmentation d'activité à proprement parler est restreint (hémodialyse, cardiologie, chirurgie viscérale, anesthésie, CTS, médecine interne, endocrinologie, néonatalogie, neurologie)

	POSTES CREES						TOTAL POSTES PH	Commentaires / Services concernés
	Activités Nouvelles (Hors COM)	Activités nouvelles (COM)	Financement Etat	Accroissement d'activité	Tranfo. Postes d'assistant	TOTAL		
2008						0	141	
2009	1			8	1	10	151	1 Néonatalogie 1 UNV Neurologie 3 Anesthésie / réanimation 1 Médecine physique 1 Endocrinologie/diabétologie 1 Urgences 1 Néphrologie 1 Médecine isotopique
2010			1	2	2	5	156	1 Médecine interne 2 Oncologie / Radiothérapie 1 Cardiologie 1 Néphrologie
2011				2		2	158	2 Urgences
2012	2		1	1		4	162	2 Pédopsychiatrie 1 UCSA Nuutania 1 Urgences
2013						0	162	
2014		1		5	2	8	170	1 C.T.S. 1 Obstétrique 1 Hémodialyse / Néphrologie 1 Médecine 1 Pédopsychiatrie 3 Urgences
2015	1	1		2		4	174	1 Soins palliatifs 1 Anatomopathologie 1 Médecine du travail 1 Oncologie
2016		2		1		3	177	1 Urologie 1 Hémodialyse / Néphrologie 1 Gastro-entérologie
2017		1	2	1		4	181	1 Pharmacie (radiopharmacien) 2 UCSA Papeari
TOTAL	4	5	4	22	5	40	181	

2.1.3.2. Au niveau financier

Les contraintes budgétaires liées à la baisse permanente de la DGF, compensée par des recettes générées par les non ressortissants CPS, et les retards de paiement du RSPF rendent par la même le budget extrêmement fragile. Ces difficultés vont contraindre l'hôpital à se recentrer sur la prise en charge des pathologies les plus lourdes pour lesquelles il n'y a pas d'alternative sur le Pays.

Pour que cette mission soit rendue possible et afin de réduire au strict nécessaire la durée de séjour dans l'hôpital de dernier recours, il apparaît essentiel de développer une complémentarité d'activité avec une offre libérale adaptée, de créer des lits d'aval (convalescence, soins de suite) et d'hospitalisations alternatives (HAD,...). Ainsi le coût d'une journée d'hospitalisation très important au regard des charges fixes et des missions publiques de dernier recours sera mieux justifiable auprès du financeur public.

Dans ce contexte, le projet médical du CHPF a été établi à partir du bilan de ces 5 dernières années et est étroitement dépendant de la mise en œuvre des directives du Schéma d'Organisation Sanitaire et plus particulièrement, de la répartition de l'offre de soins entre les différents acteurs (publics / privés) et sur le développement d'alternatives à l'hospitalisation (HAD, SSR, EHPAD, ...).

Dans ce cadre, un des axes importants sera d'accompagner de façon volontariste la mise en place des actions du SOS et notamment les hôpitaux périphériques.

2.2. Recentrer l'activité autour de la vocation première du CHPF, hôpital de dernier recours

Depuis plusieurs années, la réduction de l'offre du secteur libéral associée à l'impact des réductions budgétaires auxquelles ont dû faire face les hôpitaux périphériques et les dispensaires et à l'augmentation de la précarité ont orienté les flux de patients vers le CHPF y compris pour des pathologies mineures.

Face à ces constats, il apparaît nécessaire de repositionner l'activité du CHPF dans l'environnement de l'offre de soins Polynésienne et de focaliser les activités de l'hôpital sur ses missions premières que sont la prise en charge des pathologies lourdes et spécifiques, pour lesquelles il n'existe pas d'offre alternative.

2.2.1. Consolider certains domaines d'activités publiques

2.2.1.1. Au niveau de l'activité de médecine et des urgences :

L'hôpital, en rapport avec ses compétences en infectiologie, peut être considéré comme le centre principal d'accueil des pathologies émergentes et doit renforcer sa compétence et structurer une unité en zone de confinement en cas de maladie hautement contagieuse (moyens à trouver communément avec la Direction de la santé et le Haut-Commissariat en entretenant des simulations pour vérifier et tenir les compétences).

L'offre publique en matière d'urgences doit être recentrée sur sa véritable mission notamment en faisant la promotion d'une filière courte orientée pour les patients de type P4 (c'est-à-dire relevant de soins de médecine générale), qui pourra être assumée au travers d'une offre public/libérale (ex : Maisons médicales). L'ouverture de la Salle des urgences vitales sera conditionnée à l'allocation de moyens nécessaires et notamment des ressources humaines indispensables à son fonctionnement.

C'est un outil indispensable à la prise en charge de la traumatologie lourde. Par ailleurs, le caisson hyperbare actuellement dédié aux indications d'urgence d'oxygénothérapie (plongée, monoxyde de carbone, gangrène et embolie gazeuse) devra s'ouvrir à la pathologie chronique des plaies et cicatrisations (pied diabétique, retard de cicatrisation, post radique...). Cet outil pourrait ainsi diminuer certaines DMS notamment en chirurgie septique.

Les pathologies neurologiques dégénératives (troubles cognitifs, Alzheimer...) doivent être anticipées car elles sont corrélées au vieillissement de la population et il n'existe pas d'offre alternative. Cela reste un projet ambitieux qui dépasse les frontières du CHPF et qui devra croiser les moyens de santé publique (dépistage), les compétences spécialisées du CHPF et la création de structures d'accueil adaptées (EHPAD). Le CHPF peut proposer de créer des lits sur des pathologies gériatriques aiguës. Les soins de moyen et long séjour ne devraient pas relever de son exercice actuel.

La prise en charge des personnes âgées demande à ce que le CHPF organise une formation de type DU.

Les services hospitaliers doivent aussi participer aux grands objectifs de santé publique en concourant à la structuration d'une offre ajustée aux pathologies chroniques liées aux facteurs de risque ou au dépistage de masse, notamment en pneumologie (asthme, BPCO), diabétologie (diabète) mais aussi en cancérologie. Les spécialistes du CHPF doivent collaborer avec la médecine de ville à travers notamment l'organisation d'EPU en déclinant des référentiels voire en accueillant ces médecins généralistes dans leur service pour consolider un réseau ville hôpital, levier majeur à ces grands courants pathologiques. Le but est de limiter l'arrivée de patients décompensés au CHPF qui saturent entre autres les lits de réa de l'hôpital avec une forte consommation de ressources financières, alors que ces patients auraient pu être pris en charge en ambulatoire plus tôt. Dans ce cadre, l'éducation thérapeutique doit continuer à se développer et prendre une part importante, à l'exemple de ce qui se fait en diabétologie en collaboration avec la médecine ambulatoire.

La pathologie cancéreuse dont la prise en charge reste une vocation première du secteur public qui doit en assumer le leadership au regard de sa lourdeur et de sa technicité. Sur la base du plan cancer, ce sujet fera l'objet d'un chapitre complet (cf. 3.5).

2.2.1.2. Au niveau du pôle chirurgie

L'offre chirurgicale du CHPF est une offre diversifiée de qualité. Toutefois, l'évolution actuelle de cette spécialité et notamment des spécialistes qui sont formés ces dernières années nous emmène vers une chirurgie d'ultra spécialisation (Chirurgie cardiaque, neurochirurgie pédiatrique, chirurgie hépatique, etc.). À titre d'exemple, la réforme des études médicales provoque la quasi-disparition des DESC comme dans la chirurgie vasculaire et thoracique qui se sépare définitivement en deux spécialités.

Les files actives polynésiennes dans ces domaines sont trop faibles pour justifier d'un chirurgien hospitalier spécialisé qui de fait, perdrait ses compétences. Il faudra s'orienter sur des profils doubles jusqu'à disparition et réfléchir à 5 ans à une UM de chirurgie thoracique.

Pour répondre à la nécessaire prise en charge des patients, il convient de cerner les types de chirurgie pour lesquelles il faudra renforcer l'offre -sans doute la chirurgie thoracique où il faudra au moins 1 chirurgien supplémentaire en plus des chirurgiens vasculaires - et renoncer de façon définitive (sauf évolution scientifique majeure) à des chirurgies pour lesquelles on ne pourra ni assumer sur le plan technique ni recruter de praticiens (chirurgie cardiaque). Pour cette offre, il faudra formaliser des collaborations avec des centres experts sur la base d'une file active de patients bien définie.

Les critères techniques et les indications chirurgicales évoluent rapidement pour des raisons liées notamment à la sécurité et à la qualité de la pratique (traçabilité, émergence d'agents infectieux non connus...). Il est donc indispensable que le CHPF soit en mesure de compenser une rupture d'offre de soins pratiquée par les centres privés, si ces derniers n'étaient plus en mesure de l'assumer.

Pour ce qui concerne les technologies ultra spécialisées, il s'agit de développer un partenariat original avec des centres experts permettant à des praticiens du CHPF, sur des actes rares, de conforter leurs compétences par des séjours dans les centres de référence et surtout en retour de permettre à ces experts d'assurer des remplacements au CHPF.

Ces partenariats pourraient concerner des disciplines comme la chirurgie thoracique

2.2.1.3. Au niveau du pôle médico technique :

Dans le cadre du développement de l'imagerie interventionnelle, la salle d'angiographie va être modernisée. Cette salle, prioritairement dédiée aux radiologues, pourrait également être utilisée par les opérateurs de chirurgie endoluminale pour la réalisation de gestes particulièrement techniques permettant de libérer des plages au bloc opératoire (par exemple, angioplastie). Une consolidation de la technique d'embolisation doit être réfléchi pour une disponibilité H24.

Afin d'être en mesure d'appréhender l'impact du développement de la greffe rénale et des pathologies cancéreuses, il conviendra de réaliser les examens nécessaires (analyse d'immunohistochimie, ...) sur place, au laboratoire de biologie moléculaire et d'anatomopathologie.

Des partenariats peuvent également être développés avec des centres experts métropolitains en anatomopathologie en leur adressant, par exemple, des numérisations de lames (scanner de lames) pour avoir une seconde lecture sur des pathologies rares ou complexes. Ce principe peut également s'appliquer à des pratiques d'imagerie interventionnelle comme la thrombectomie intracérébrale.

Le pôle devra par ailleurs être en mesure de développer des tests d'urgence de première ligne en biologie moléculaire dans le cadre de l'émergence de nouvelles pathologies infectieuses (arbovirose...) et demeurer en capacité de dépister la trisomie 21 (mise en place test DPNI)

2.2.1.4. Au niveau du pôle mère et enfant :

Le fonctionnement du lactarium qui permet entre autres aux grands prématurés de bénéficier du lait maternel devra être consolidé. Cela pourra se faire au travers d'une labélisation.

2.2.2. Développer de nouvelles activités

Depuis le transfert au Taaone, de nouvelles activités ont été développées (prise en charge améliorée en oncologie, médecine nucléaire et IRAthérapie, greffe rénale...). Ces activités ont été développées non seulement pour améliorer l'offre de soins de proximité mais aussi pour réduire les evasan ou répondre à un objectif de santé publique.

Pour poursuivre dans cette dynamique, il est nécessaire que la mise en place de toute nouvelle activité s'appuie prioritairement sur des approches couts / efficacité avec études économiques consolidées qui ne pourront se faire sans la collaboration de la CPS notamment, pour apprécier l'impact financier négatif sur les Evasan.

2.2.2.1. Développer la prise en charge de pathologies lourdes et la réalisation des actes très techniques

Compte tenu du périmètre d'activité déjà existant, de l'environnement très spécialisé nécessaire pour certaines prises en charge (réanimation, ...) et des compétences disponibles, l'hôpital est le seul à même de proposer de nouvelles techniques (diagnostic et thérapeutique) conformes aux pratiques les plus récentes pour la prise en charge de pathologies complexes.

Les projets suivants font partie des activités à prioriser :

- Renforcer, via des missions d'experts, l'acquisition de nouvelles techniques (ex : TAVI, Mitral Clip en cardiologie, implant cochléaire en ORL). Ce principe tient compte de la réalité économique contrainte en déplaçant des équipes très performantes au profit des patients pour, à terme, permettre un transfert de compétences.
- Poursuivre le développement de la greffe rénale via la réalisation de prélèvements sur donneurs « cœur arrêté » (Maastricht 3) en plus des prélèvements sur donneurs en état de mort encéphalique. Il est nécessaire de tenter d'inverser la croissance de la courbe des hémodialysés. Ces mesures, pour être totalement efficaces, devront s'associer à une diminution des facteurs de risque au travers des programmes de prévention ciblés.
- Les indications et les méthodes de la greffe de cornée ont évolué radicalement et méritent une collaboration public / privé si l'évaluation médico-économique sur l'impact des evasan est favorable. En effet, la disparition des indications de greffes transfixiantes au profit des lamellaires, ce projet est un exemple fort d'une possible coopération public / privé sur le partage, tant financier que technique, d'un dispositif médical onéreux (femto laser).
- Traiter les tumeurs inopérables par radiofréquence ou curiethérapies haut débit de doses évitant des evasan longues, coûteuses, et psychologiquement très difficiles

- Développer l'offre de reconstruction mammaire dans le cadre de la chirurgie du cancer du sein. Cette activité permettrait d'améliorer le vécu des patientes qui doivent aujourd'hui faire face aux conséquences psychologiques difficiles d'une chirurgie mutilante. Il s'agit de plus du dernier maillon pour une prise en charge globale de cette pathologie sur laquelle le secteur libéral ne souhaite pas se positionner en Polynésie.
- A ce jour, les Pet Scan sont réalisés hors Pays ce qui, au-delà des coûts et des désagréments pour les patients, en limite l'utilisation pour ses indications théoriques. Son acquisition, outre l'économie de santé réalisée à terme, permettra de l'utiliser de manière routinière (hématologie, oncologie-thoracique, neurologie, cardio...), et de désengorger le service d'imagerie qui réalise actuellement des examens de substitution. Le montage financier repose en totalité (investissements compris) sur l'enveloppe actuellement dédiée à ces evasan. De plus, le mode de fonctionnement permet d'augmenter le nombre d'examens sans dépenses supplémentaires (le radio-pharmaceutique utilisé permet de faire entre 10 et 30 examens / jour) sur les cinq années à venir et donc, d'assurer la croissance attendue.
- Envisager la création d'une unité d'accès vasculaire éventuellement paramédicalisée (pose de dispositifs d'accès vasculaires) pour améliorer les conditions et les délais de prise en charge actuels.
- Envisager, à 5 ans, d'équiper une salle de bloc opératoire d'une salle d'angiographie numérisée mutualisée pour réduire le volume d'anesthésies délocalisées et l'utilisation de l'amplificateur de brillance si l'activité endoluminale continue de se développer au rythme actuel.
- Réfléchir à la chirurgie bariatrique et la prise en charge transversale de l'obésité.

2.2.2.2. Nouvelles modalités d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients pour réduire encore les durées de séjour en conservant une prise en charge de qualité

L'hôpital peut proposer des axes d'amélioration du parcours patient.

Les activités identifiées seront priorisées :

- Chirurgie : Mise en place d'une d'hospitalisation de semaine de 6 lits dans un premier temps. Ce projet initié en chirurgie viscérale pourrait être étendu à toute la chirurgie si l'expérience est positive. Le choix de ce mode de prise en charge permettrait d'anticiper au mieux la date de sortie des patients et d'optimiser ainsi la gestion du personnel, ainsi que la programmation du bloc.
- Néphrologie : Ouverture d'une UDM en 2017 en partenariat avec le CHPF pour décharger le centre lourd du CHPF saturé à 4 séances / 24 heures 6 jours /7. Cette offre, quel qu'en soit le promoteur, doit être mise en œuvre au plus vite. L'activité de greffe rénale n'est pas encore suffisante pour faire régresser le nombre de dialysés.

- Psychiatrie : Restructuration de la filière avec création d'un circuit d'hospitalisation dédié pour les urgences pédopsychiatriques en dehors du service de psychiatrie adulte et de la pédiatrie. Cette réorganisation doit absolument être associée à une sectorisation intensive pour que la pédopsychiatrie puisse réaliser son projet de proximité essentiel dans cette spécialité. Ces recommandations peuvent largement s'appliquer à la psychiatrie adulte qui doit absolument s'affranchir des murs de l'hôpital (CMP, CATTP, Familles d'accueil thérapeutiques).
- Chirurgie ambulatoire : Création d'un bloc externe de chirurgie ambulatoire (ex : traitement des patients atteints de dégénérescence maculaire liée à l'âge en ophtalmologie) dédié avec possibilité d'entrée du patient debout, facilitant l'accès à des gestes relativement simples sur des plages horaires courtes, rendant service au patient avec un coût moindre pour le CHPF et une meilleure intégration dans le programme opératoire. L'impact sur le taux de remplissage de l'hôpital est non négligeable. Le financement de ce projet doit trouver une écoute auprès de la CPS pour obtenir une enveloppe dédiée ou une tarification à l'activité en dehors de la DGF. Ceci est d'autant plus vrai pour l'exemple cité en ophtalmologie impliquant une molécule onéreuse. Le coût de ce traitement (DMLA) pourrait être encadré au travers d'une enveloppe fermée répartie entre le public et le privé.

Par ailleurs, l'optimisation du circuit de prise en charge des patients peut passer par la création de circuits spécifiques pour certaines pathologies.

A titre d'exemple :

- L'unité de réanimation est la seule à prendre en charge des patients lourds (80 % d'intubés / ventilés). Son taux de remplissage exceptionnel impose de développer des structures de décharge vers les services standards mais avec une augmentation des moyens paramédicaux et médicaux pour ces patients de post réanimation, au travers de lits de surveillance continue. Cette alternative au profit de patients qui n'ont plus de critères réanimatoires concerne prioritairement la pneumologie (VNI) et la cardiologie. Il existe déjà des structures qu'il convient de remettre à niveau essentiellement en termes de ressources humaines et qui pourraient répondre, notamment en chirurgie viscérale et en néphrologie.
- Mise en œuvre d'une filière spécifique cancer du sein
- Création de filières spécifiques à développer par les promoteurs des projets (création d'une unité d'urgence pédiatrique, développement des entrées directes en néonatalogie et pédiatrie sans passer par les urgences...)

2.2.3. Anticiper et faciliter les sorties

Le schéma d'organisation sanitaire impose une rationalisation des lits et places au travers d'une carte sanitaire formelle. Cette obligation réglementaire impose que le CHPF s'engage dans différentes actions en interne pour fluidifier le chemin clinique du patient et sa sortie. L'objectif est d'assumer la croissance d'activité à périmètre constant.

Dans la perspective de la mise en place rapide de structures d'accueil et du renforcement de la coopération avec les hôpitaux périphériques, des actions déjà engagées doivent être consolidées au sein du CHPF :

- Anticipation dès l'admission du patient de sa date théorique de sortie, ce qui nécessite l'intervention conjointe du service social et des soignants pour optimiser les conditions de sortie du patient
- Développer l'hospitalisation de jour (Cardio, chirurgie ambulatoire...) et de semaine. Une des pistes pourrait être l'ouverture plus large de l'hospitalisation de jour à 19h ainsi le développement d'une salle dédiée à la chirurgie ambulatoire au bloc. Par ailleurs, majorer le recrutement des patients éligibles à l'hospitalisation de jour en simplifiant les critères « logistiques » de la sortie à domicile : transport pour le retour et élargissement de l'aire géographique de sortie à Moorea impliquant une coopération étroite avec le centre hospitalier de Moorea.
- Optimisation du traitement à domicile en cas de nécessité d'équilibration des anticoagulants (4 à 5 jours d'hospitalisation aujourd'hui) dans le cadre de réseau ville / hôpital

D'autres actions restent à initier :

- Développer, en concertation avec la Direction de la Santé et la CPS, des solutions de transfert sanitaire vers les structures de soins et / ou le domicile des patients, et notamment le transfert des personnes à pathologie chronique en relation avec l'obésité et les soins palliatifs
- Transfert dès que possible des patients vers les hôpitaux périphériques pour les rapprocher de leur lieu de vie. Cette action n'est envisageable qu'au travers un partenariat fort avec la direction de la santé pour des transferts de compétence et de formation des personnels des hôpitaux périphériques. Ces actions pourraient en particulier être menées au moment des missions spécialisées des praticiens du CHPF dans ces structures. Le praticien formerait les équipes sur place et en profiterait pour prendre la dimension de la capacité de soins de ces hôpitaux.
- En concertation avec la DS et la CPS, les services du CHPF doivent amener et faire la promotion d'offres alternatives d'hospitalisation type soins de suite à domicile (réseau ville / hôpital). Elles peuvent se décliner sur plusieurs spécialités (ex : filières de nutrition entérale pour permettre aux patients d'être pris en charge dans de bonnes conditions à proximité de leur lieu de vie, réseau plaies / cicatrisations et soins palliatifs). La situation actuelle oblige à garder des patients en hospitalisation complète faute de cadre réglementaire et de forfait financier adapté

Le développement d'offres de soins de suite (HAD / SSR / EHPAD) telles que prévues dans le SOS est un prérequis indispensable à la poursuite des actions engagées.

Le CHPF devra accompagner ces projets d'offre alternatives en particulier l'HAD. En l'absence d'offre privée, le CHPF devra, à terme, participer à l'élaboration d'un tel projet.

2.2.4. Etre plus performant dans la gestion des évasans

Le système actuel rend le médecin ou le soignant de la DS isolé dans sa décision d'évasan vers le CHPF.

Il est donc indispensable de créer une filière spécifique permettant un contact rapide avec le spécialiste de la discipline pour optimiser la décision d'évasan. Notamment il paraît logique de disposer d'un numéro tél unique (par pôle de spécialités) dédié aux îles qui orientera vers le meilleur praticien pour le meilleur conseil. Cette solution fonctionnerait essentiellement en journée en partenariat avec les structures de la DS notamment le dispensaire des Tuamotu / Gambier, le SAMU restant un partenaire de choix en cas d'urgence absolue.

Le Dossier Patient informatisé du CHPF devra être ouvert aux structures de santé publique et pourra, au travers de l'accès aux droits sociaux des patients, permettre d'anticiper les absences de droit ouvert qui peuvent générer des difficultés de prise en charge (consultations, Hôpital)

Un certain nombre d'actions doivent par ailleurs être renforcées :

- Organisation / planification des consultations des patients des îles afin de concentrer les consultations et examens sur une courte période afin d'éviter des A/R itératifs et coûteux. Ceci peut passer par une réservation de plages de consultation / examens spécifiques pour ces patients
- Adapter les modalités d'admission à l'Hôpital pour permettre un accueil des patients H24 et l'accès de cette structure aux patients de Moorea. A défaut de places disponibles à l'Hôpital, il conviendra de disposer d'un réseau de pensions de familles accessibles via un interlocuteur unique (coordonnateur réseau inter-îles). Une fois consolidé, ce réseau pourra faire l'objet d'une communication active et actualisée via le site internet du CHPF.

2.2.5. Développer la télémédecine

La télémédecine est une réalité en Polynésie française depuis maintenant plus de dix ans. Elle est appelée à de nouveaux développements en raison des évolutions technologiques en matière de télécommunication, mais aussi en lien avec l'évolution des connaissances et des pratiques médicales. L'objectif est de permettre de diminuer encore le recours aux évasans et d'améliorer encore le suivi à distance des patients traités au CHPF

En ce qui concerne le CHPF, les applications actuelles sont déployées :

- En urgence, par le centre 15 du SAMU dans le cadre de la régulation médicale pour les appels de correspondants de santé publique des îles (bilans, ECG, photos des lésions ;
- En dialyse rénale en lien avec l'APURAD à travers l'application de télé dialyse, notamment à Raiatea ;
- En cardiologie pour le suivi de certains patients porteurs de dispositifs de suivi de leur état cardiaque ; cette activité est toutefois limitée dans son développement par son coût, le financement des actes étant limité par la CPS ;
- En imagerie où le transfert d'images vers des postes distants est pratiqué ;
- Des visioconférences destinées à la téléconsultation sont tenues régulièrement dans certains services (Ex : réanimation).

Le déploiement de ces activités de télémédecine constitue un objectif d'amélioration prioritaire. En lien avec le renforcement du dispositif du réseau inter-ile, les nouveaux domaines d'application de la télé expertise, de la téléconsultation et du télédiagnostic seront à valider dans le cadre de la régulation mise en place sous l'égide de la direction de la santé, en lien avec la CPS.

En cancérologie, un développement important porte sur la télé anatomopathologie, pour la réalisation d'actes d'analyse et de diagnostic hautement spécialisé en cancérologie. L'acquisition d'un matériel de télé anatomopathologie devra être envisagée.

Ces développements passent par des améliorations organisationnelles et des gains d'efficience, et notamment :

- L'identification de plages dédiées par les spécialités du CHPF, associée au recensement des compétences disponibles dans les structures de soins des archipels, le but étant de mettre en place des staffs réguliers entre les professionnels concernés.
- L'acquisition des matériels informatiques nécessaires afin de garantir la qualité et la pérennité des échanges.
- L'efficacité du dispositif sera renforcée par la mise en place du dossier patient informatisé accessible à l'ensemble des structures hospitalières du Pays. Des expériences pilotes sont en cours et devraient pouvoir se déployer au travers d'un système d'information rénové et interopérable.

Enfin, on ne peut que rappeler La question du financement des actes médicaux produits via cette technique, qui se trouvent fortement limités dans leur développement dans le cadre de la dotation globale, devra être abordée avec les pouvoirs publics.

2.3. Contribuer activement à la mise en place du SOS

A horizon 2020, le SOS prévoit notamment la création d'un pôle de santé unique, la création d'une communauté hospitalière polynésienne autour d'une entité unique (Taaone, Uturoa, Taravao et Taiohae) et le développement d'offres de soins alternatives (réseau de soins, consultations avancées, HAD et lits d'aval).

La mise en œuvre de ces projets devra avoir des impacts importants sur les pratiques et les durées de séjour au CHPF et permettra un recentrage du CHPF sur sa vocation première (hôpital de dernier recours).

Dans ce cadre, le projet médical doit contribuer activement à accompagner les choix réalisés pour adapter au mieux l'offre de soins au patient.

Dans un premier temps, il est prévu dans le SOS que l'Autorité de Régulation définisse le niveau de soin attendu dans chaque structure ainsi que le dimensionnement en lits par spécialité sur la base de la carte sanitaire. Le but est de maintenir une offre de soins cohérente et équilibrée tout au long de l'année, au travers d'une communication renforcée entre établissements, ainsi que dans la spécialité, et d'éviter la saturation du CHPF.

Ceci impose également que chaque structure soit en mesure de prendre en charge tous les patients, quel que soit leur régime de protection sociale.

Les arrêts et / ou réorientations inopinées de certaines activités constatés ces dernières années ne sont pas de nature à optimiser la prise en charge des patients à moindre coût et ont conduit à un sous dimensionnement de l'offre de soins (arrêt de l'hospitalisation en cardiologie et grande difficulté de la pédiatrie hospitalière dans les établissements privés).

2.3.1. Hôpitaux périphériques

Pour anticiper les directives du SOS, il paraît d'ores et déjà licite de proposer un partenariat à la direction de la santé au travers de missions préparées. Cette mesure aura pour ambition de traiter les patients sur leur lieu de vie et de réduire les evasan. Elle nécessitera une harmonisation des moyens et équipements existants / à mettre en place.

Un transfert technique vers les équipes para médicales peut être envisagé pour anticiper les soins de suite de patients plus lourds hospitalisés au CHPF en facilitant leur retour à proximité de leur domicile

Dans le même temps, les praticiens du CHPF pourront mieux apprécier le niveau de soins possible dans les structures périphériques et ajuster au mieux le retour des patients.

A titre d'exemple, les actions suivantes pourraient rapidement être déclinées :

- Constituer une file active de patients à programmer par spécialité et déplacer les chirurgiens du CHPF (chirurgie orthopédique, viscérale, ORL / Ophtalmo...). Cette mesure peut s'élargir facilement à des offres du plateau technique et médicales du CHPF (endoscopie, cicatrisation dirigée...),
- L'oncologie fera l'objet d'une mesure particulière compte tenu du plan cancer au regard de l'incidence forte de la pathologie étant entendu que l'on pourrait très rapidement proposer les traitements en rapport dans les hôpitaux périphériques,
- La réorientation des pathologies de dispensaire vers les hôpitaux de proximité permettra un tri pour optimiser les transferts vers le CHPF (ex : traumatologie sur Huahine ré-orientable vers Uturoa, ou utilisation du scanner à Raiatea pour mieux orienter et plus rapidement des pathologies type AVC, chirurgie abdominale),
- En psychiatrie : Création à soutenir rapidement de Centres d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel et d'une offre d'hospitalisation de jour dans les hôpitaux périphériques et extra-muros au regard de l'offre d'hospitalisation complète débordée et inadaptée à une prise en charge spécialisée normale de nos patients,
- Développer la capacité d'accueil périphérique de lits de surveillance continue.

En parallèle à ces actions médicales, le rôle du CHPF pourrait être renforcé sur les projets ci-après :

- La pharmacie à usage intérieur du CHPF coordonne le circuit du médicament pour l'ensemble des hôpitaux périphériques (y.c les chimiothérapies décentralisées). Le but étant entre autres d'harmoniser les pratiques et l'arsenal thérapeutique dans l'ensemble des hôpitaux facilitant ainsi les missions d'expertise et les transferts de patients. Dans ce schéma, la logistique continuera d'être assumée par la pharmacie d'approvisionnement dont c'est la compétence. Celle-ci gardant ses prérogatives dans l'approvisionnement de l'ensemble des dispensaires du pays, la pharmacie destinée aux pathologies de l'ambulatoire restant très différente de la pharmacie hospitalière.
- Le développement des activités de greffe rénale et d'oncologie génère une augmentation de l'activité d'anatomo-pathologie. Par ailleurs, l'offre territoriale a été amputée par la fermeture du laboratoire privé (60% de l'activité du pays). Celle de l'ILM essentiellement cytologique (frottis) pourrait ne pas être pérenne. Dans ce cadre, il serait licite de centraliser l'offre sur le CHPF en renforçant en conséquence les moyens actuels, aux dépens d'une prestation extérieure qui n'a pas fait ses preuves notamment pour les établissements privés.
Un projet est en préparation, il vise à renforcer l'équipe d'anapath et de techniciens de cytopathologie sur la base d'une économie par rapport à la prestation extérieure et d'un service rendu bien meilleur (pas de perte de chance au regard des délais de réponse bien plus longs sur les prestations extérieures).

2.3.2. Secteur libéral

Jusqu'à présent, les praticiens publics et libéraux travaillent parallèlement. Il est souhaitable de créer un véritable partenariat destiné à faciliter l'accès aux soins des patients.

Ce partenariat peut notamment se décliner aux niveaux suivants :

- En oncologie, il faut renforcer les échanges avec le secteur privé de façon à harmoniser et structurer les prises en charge au travers de RCP systématiques intégrant les praticiens libéraux à la décision thérapeutique. Cela signifie que le CHPF au travers de ses praticiens spécialisés soit reconnu comme le référent de sa spécialité dans le plan cancer. Dans cet esprit, toute décision de traitement devra être validée dans ces RCP. Il en sortira une standardisation des pratiques à toutes les étapes de la prise en charge des patients (de la consultation d'annonce au Plan Personnalisé de Suite)
- La création d'un réseau via le CHPF permettant le retour à domicile des patients nécessitant la prise en charge technique de leur cicatrisation mais n'imposant pas l'hospitalisation. Le CHPF pourra proposer dans ce réseau la formation des soignants libéraux.
- Pédiatrie : Echanges avec les pédiatres, intervenants des îles (échanges photos, assistance tel / vidéo...) et poursuite des actions de formation (soins palliatifs) du réseau d'infirmières libérales pour la prise en charge des enfants dépendants souffrants de maladies chroniques

- Chirurgie orthopédique : Développer un réseau de kinésithérapie disposant de formations spécifiques approfondies et permettant de prendre efficacement en charge les patients en partenariat avec les orthopédistes
- Partenariat en stérilisation (prestation de service)
- Régulation de médecine générale au Centre 15 par des médecins libéraux (consolidation de la permanence des soins)

La création de partenariats avec le secteur d'aval médical ou paramédical doit passer par la constitution de réseaux labellisés sur la base de formation médicale continue qui valide la capacité à prendre en charge des patients avec les actes techniques qui s'y rapportent. Pour stimuler le fonctionnement de ces réseaux, il serait essentiel que la CPS ne rembourse ces prestations que sur la base de l'adhésion au réseau de ces praticiens. Cette piste de travail permettrait une sortie plus rapide des patients dans la mesure où les praticiens hospitaliers connaîtraient la qualité du réseau d'aval puisqu'ils participeraient activement à la formation médicale continue. Le patient retournerait plus rapidement à domicile avec une prise en charge optimisée.

Cette complémentarité entre les praticiens du public et ceux du privé, certes existante comme en IRM, est souvent freinée par un différentiel de rémunération jugé trop important. Or, le CHPF étant le plus grand plateau technique, il n'est pas incohérent de l'ouvrir aux praticiens libéraux.

Pour améliorer cette collaboration souhaitée et nécessaire, il serait utile de permettre aux praticiens du secteur public d'exercer une activité libérale contrôlée de façon, à faciliter l'entrée des praticiens libéraux dans le public. Ceci permettrait de rendre accessible un plateau technique performant à beaucoup de patients qui ne peuvent y accéder aux heures ouvrables tout en leur permettant de choisir leur praticien.

Cette mesure, outre le fait qu'elle rentabiliserait l'outil public, permettrait d'améliorer la rémunération des agents du service public et l'accès des libéraux aux plateaux techniques lourds pour des actes le nécessitant. Elle permet par ailleurs de réduire les délais d'accès à la chirurgie dans certaines spécialités et de faciliter le recrutement de praticiens de métropole pour le secteur public actuellement en difficulté en regard du statut de la FPT (formation, retraite, éloignement, rémunération...).

La création d'un S.O.S Mains pourrait constituer un premier exemple de ce partenariat tout en répondant à une demande non satisfaite aujourd'hui.

Autre exemple de partenariat public / privé, la création de centres de naissance de proximité. Le SOS de 2003, voté par l'assemblée de PF, autorise la création de centres de naissances en Polynésie Française.

Les objectifs d'un centre de naissance de proximité, en particulier celui de Moorea, sont de permettre :

- L'accouchement à Moorea pour répondre aux demandes traditionnelles, sociales et culturelles
- Une qualité optimale du lien mère enfant, de l'allaitement maternel et du lien familial
- D'éviter les interventions médicales non nécessaires dans les situations de grossesses et accouchement à bas risque.
- La prise en charge des accouchements inopinés inévitables en raison de la proximité avec Tahiti et de l'absence de transport public entre 16h45 et 5h20 vers Papeete

Ces centres ne peuvent ouvrir ou fonctionner qu'avec une collaboration renforcée et souhaitée de la maternité et du service d'obstétrique du CHPF. Il est donc nécessaire de renforcer et d'améliorer les relations avec l'équipe obstétricale du CHPF (formation, écoute, conseil).

La reprise des consultations obstétricales décentralisées périodiques est un préalable à l'ouverture de ces structures

2.3.3. Consultations avancées et établissements de soins primaires

Il est indispensable de se baser sur les données épidémiologiques collectées par la Direction de la santé pour redéfinir de façon pertinente les besoins des patients des îles et optimiser les déplacements des praticiens spécialisés du CHPF. Etant entendu que lors des missions, les experts du CHPF retournent des rapports d'activité précis qui peuvent conforter les analyses de la Direction de la santé

Cet objectif ne sera atteint qu'avec un partenariat fort entre le CHPF, la CPS et la direction de la santé nécessitant vraisemblablement des interlocuteurs désignés.

En attendant la mise en place de ce partenariat, poursuivre ce qui existe avec une nécessaire évaluation de la pertinence médico-économique et profiter de ces consultations pour former le personnel sur place

Selon l'équipement des structures (dispensaires / hôpitaux), des transferts de compétences devront être envisagés en termes de dépistage ou de traitement (Cardio, centre de la douleur, diabétologie, ophtalmo, obstétrique). Il est fortement souhaité que les soignants formés puissent entretenir périodiquement leur compétence soit lors de missions soit à l'occasion d'échanges entre les structures.

Les remontées de terrain peuvent détecter des pics épidémiologiques de maladies infectieuses ou liées au mode de vie. Il sera nécessaire d'en informer rapidement la direction de la santé qui pourra réagir en conséquence par de nouvelles orientations (Arbovirose, RAA...).

Quoiqu'il en soit, les relations avec les îles doivent se comprendre comme un réseau qui s'appuie sur 4 points fondamentaux :

- La consultation avancée
- La formation (CESU e transfert de compétence),
- Une disponibilité téléphonique connue et organisée type hotline en partenariat avec le centre 15,
- Une nécessaire communication entre les îles et le spécialiste pour anticiper (ou annuler l'arrivée d'un patient).

Un certain nombre de constats ou de causes identifiables ont conduit le SOS à proposer la notion d'un établissement de Santé primaire et de Prévention en Polynésie (ESPP).

On peut citer, entre autres :

- Des diagnostics et prises en charge tardives en raison de pathologies peu symptomatiques en phase initiale, non considérées comme maladies dans le registre culturel « polynésien »,
- La nécessité d'un relais organisé sur une prise en charge holistique en complément d'une approche plus centrée sur l'organe du spécialiste hospitalier avec parfois une surmédicalisation, au moins ressentie comme telle par le patient,
- Une faible prise en compte par les professionnels de santé des facteurs environnementaux, sociaux, culturels et comportementaux, déterminants la santé des populations sans développement organisée d'une médecine « plus » intégrative,
- Des soins de santé de première ligne (prise en charge curative, tri, orientation), considérés comme une porte d'entrée dans le système de soins et confondus avec des soins de santé primaire

Ce projet de santé qui replace les soins de santé primaire (SSP) au cœur du système de santé devra s'appuyer des collaborations fortes avec des équipes pluridisciplinaires où les médecins et soignants, publics ou privés, travaillent avec des autres professionnels (collectivités locales, éducation, agriculture, social, associatif, managers de projet, animateurs).

La cible est :

- Un centre de soins de santé primaire moderne dans chaque commune avec une équipe de professionnels pluridisciplinaires et polyvalents dont le travail sera basé sur des protocoles de traitement et promotion santé, basés sur les recommandations de bonne pratique,
- Un plan de formation en santé primaire sur la base d'un catalogue Polynésien,
- Un accès aux outils modernes de communication, de stockage et d'échange de données santé.

Ce projet devra être soutenu autant que faire se peut par un lien collaboratif étroit avec le CHPF tant sur le plan des échanges de données qu'elles soient médicales ou médico-sociales, évidemment sur la base d'un système d'information inter opérable, des propositions de formation (CESU) que de la participation « promotionnelle » du CHPF dans cette nouvelle offre en post hospitalisation par exemple.

Sans doute, est-il envisageable, à terme, une participation directe (physiquement ou par télémédecine) des acteurs des ESPP à la sortie du patient (facteurs environnementaux, sociaux) qui permettra d'éviter des récidives ou des retours rapides au CHPF après des prises en charges longues :

- Échec de la prise en charge des escarres du blessé médullaire,
- Participation active au projet de prise en charge des patients identifiés en surpoids pour les amener bénéficier de l'expérience pilote sur l'intégration des Activités Physiques et Sportives au traitement des maladies non transmissibles.

2.3.4. Participation au développement d'un axe d'éducation thérapeutique

En complémentarité du développement d'une politique de prévention pilotée par la direction de la santé, le CHPF renforcera ses actions déjà initiées dans ce domaine d'expertise.

Parmi ces projets, on peut notamment citer :

- Diabétologie : Création d'une unité mobile d'éducation thérapeutique du diabète adulte et enfant et d'une unité mobile de prise en charge de l'obésité compliquée et des maladies métaboliques adultes et enfants. Création d'une unité mobile de prévention secondaire du pied diabétique
- Consolidation de la clinique des AVK : intérêt de faire gérer par le patient lui-même son traitement anticoagulant au regard de l'INR mesuré au doigt.
- Mise en place de consultations « addictions et grossesses » (tabac, alcool, stupéfiants) en lien direct avec la Direction de la Santé (patch à disposition, consultations avec tabacologie-addictologie, puis autonomie)
- Initiation d'un programme d'éducation thérapeutique pour les domaines suivants : Centre de la douleur, diététique, kinésithérapie ...
- Renforcement du programme d'éducation thérapeutique pour la maladie rénale chronique et la transplantation rénale.

2.3.5. Participation à la mise en place du plan cancer

L'hôpital est un acteur essentiel de la mise en place du plan cancer. Dans ce cadre, les priorités du pôle oncologie / radiothérapie sont :

- De coordonner l'offre de cancérologie au CHPF et sur toute la Polynésie en intégrant tous les acteurs publics et privés pour un fonctionnement identique (RCP communes etc.) et une prise en charge de chaque patient dans les mêmes conditions de qualité et de niveau de soins ;
- D'assurer la qualité et la pérennité de l'offre d'oncologie sur le CHPF ;
- De collaborer avec les acteurs extérieurs dans le cadre des autres thématiques (prévention, dépistage, données épidémiologiques, parcours du patient, accompagnement et soins palliatifs etc.)

Dans ce cadre, il s'agira :

- D'appliquer les dispositifs du "plan cancer" de Polynésie française.
- D'intégrer l'éloignement des patients et la continuité des soins en cancérologie avec des consultations avancées, l'idée étant de diminuer les transports, la pénibilité pour les patients et les coûts pour la CPS. Il s'agira notamment de reprendre le programme des « chimiothérapies distantes » sur la presqu'île et Raiatea au plus tôt, de mettre en place un programme de formation pour les soignants des sites éloignés, et d'organiser localement le dépistage en partenariat avec la Direction de la Santé
- De proposer aux patients des circuits courts de diagnostics et de prise en charge
- De réactualiser et rédiger les référentiels polynésiens pour la prise en charge des cancers
- De réétudier la pertinence de la durée de séjour en hospitalisation complète (hébergements nombreux) et de mesurer, au regard des offres alternatives (HDJ Taravao, Raiatea, lits de suite, palliatifs en cours de mise en œuvre) l'intérêt de redimensionner l'offre hospitalière.
- De développer les soins de support et soins palliatifs (en partenariat avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs)
- De développer et conforter l'offre l'anatomo-pathologie
- D'établir des conventions avec la fédération des centres de lutte contre le cancer pour les prises en charges de tumeurs spécifiques
- D'accéder à l'innovation thérapeutique en cancérologie et développer la recherche clinique

Par ailleurs et dans le cadre de la mise en place du plan cancer, il convient de mettre en place les actions suivantes pour mener rapidement à bien le projet « Hôpital sans tabac » :

- Former des IDE (et quelques médecins) tabacologues en partenariat avec la Direction de la Santé qui dispose d'un médecin addictologue formé pour former,
- Fournir des traitements gracieusement pour un mois aux volontaires,

2.3.6. Coopération inter-hospitalière

Avec le pacifique sud :

- Prise en charge des brûlés : Les pathologies concernant les brûlés sont à la fois trop peu nombreuses et nécessitent des soins ultra spécialisés. Dans ce cadre, il convient de pérenniser la coopération avec des structures de proximité, notamment, les spécialistes régionaux de la Nouvelle-Zélande. Cette interaction permet à la fois de former nos praticiens au conditionnement des brûlés en première approche, de bénéficier de formations directement dans le centre spécialisé mais aussi, de faciliter l'accès à nos patients à ces structures hyper spécialisées, impossible à mettre en œuvre sur notre territoire (coût et qualité des soins)

- Neurochirurgie et Hématologie / Il s'agit de spécialités non présentes en Nouvelle Calédonie. Les représentants du conseil d'administration du CHT de Nouméa souhaitent une collaboration active dans ce domaine au travers de RCP par visioconférence et, éventuellement, de prises en charge directe de patients sur le CHPF par Evasan depuis Nouméa. Des collaborations en termes de transfert de technologie et de formation continue pourraient être effectuées via des missions depuis Tahiti. Cela s'est déjà fait pour développer le projet de radiothérapie à Nouméa via une prestation de formation par notre radio physicien
- Radiothérapie : Une collaboration efficace entre Nouméa et Papeete a été réalisée dans l'attente d'une unité opérationnelle sur le nouveau CHT de Nouméa. Elle a permis de prendre en charge, dans de très bonnes conditions, une cinquantaine de patients qui auraient dû être traités en Australie à des coûts bien supérieurs. Cette réussite collaborative se poursuit actuellement en dehors du champ de la radiothérapie externe car le CHPF a été choisi par Nouméa pour traiter tous ses patients devant bénéficier d'une radiothérapie interne à l'iode 131, que ce soit pour les pathologies cancéreuses ou pour les dysfonctionnements thyroïdiens chroniques. Une nouvelle sollicitation a été reçue récemment pour répondre à une offre de TEP Scan indisponible en Nouvelle Calédonie et sans projet d'autonomie dans ce domaine. Outre la reconnaissance de la qualité des soins et du service fournis au travers des premières expériences de collaboration, ce nouveau projet consoliderait le rapprochement des communautés francophones du pacifique sud tout en rationalisant les dépenses.
A l'inverse, une offre de chirurgie thoracique est disponible sur Nouméa. La courbe d'activité de cette spécialité rend licite la mutualisation de cette offre avec Nouméa (nombre d'acte sur Tahiti insuffisant pour garantir la pérennité de l'offre et la qualité des soins).

La réussite de la déclinaison du SOS permettra de répondre à de nombreuses problématiques du CHPF.

Au-delà des actions précitées, les équipes du CHPF peuvent répondre à toutes sollicitations de la direction de la santé.

Pour la partie médicale, l'interlocuteur privilégié référent du SOS pour le CHPF pourrait être le Président de CME.

Des axes complémentaires tels des transferts de données épidémiologiques, des formations de référents pour l'aide au dépistage des maladies chroniques pourraient, autant que de besoin, être proposés à la direction de la santé et au secteur libéral. Quoi qu'il en soit, toute formation diplômante ou tout enseignement postuniversitaire sera proposé à l'ensemble des partenaires de santé. Enfin, des sujets de santé publique tel le bon usage des antibiotiques pourrait faire l'objet de collaboration entre la direction de la santé et le CHPF pour formaliser des guides de bonnes pratiques adaptés aux pathologies locales et aux modes de vie.

2.4. Transversalité et gouvernance : l'efficacité au service du patient

2.4.1. Renforcer la transversalité

Les prises en charge transversales ont été développées de façon naturelle pour un grand nombre de patients et de spécialités. En effet, le patient accueilli au CHPF est en règle générale polypathologique. Sa prise en charge optimale tant sur le plan technique que sur sa durée de séjour (qui doit être la plus courte possible) nécessite une coordination de son chemin clinique qui fait nécessairement appel à plusieurs spécialités. L'utilisation du modèle RCP d'oncologie peut s'adapter très facilement à de nombreuses pathologies qui méritent une prise en charge multidisciplinaire. Elle améliore de fait l'objectif thérapeutique en même temps que l'information du patient. Cette transversalité doit s'appuyer sur une politique de qualité puisqu'elle impose d'analyser un certain nombre de paramètres ou processus pour pouvoir l'améliorer. Elle sera particulièrement importante pour les patients des îles.

A titre d'illustration, la transversalité pourrait être ainsi renforcée :

- Pathologies vasculaires : Prendre en charge rapidement le patient vasculaire en RCP du « pied vasculaire » pour définir un circuit de prise en charge adapté, développer un partenariat avec les chirurgiens vasculaires, néphrologues, diabétologues, chirurgiens orthopédistes, les hyperbaristes et les médecins vasculaires

- Chirurgie : cérébro-lésés et escarres. Améliorer le parcours de soins du traumatisé médullaire dans l'hôpital. Le nombre de patients concernés reste assez faible mais extrêmement générateur de soins spécialisés et d'hospitalisations à répétition sur la base d'une prise en charge de centres spécialisés. La prise en charge au CHPF peut être envisageable, évitant 8 à 10 semaines d'évasan sur la base d'une coopération intra hospitalière, sachant bien qu'il sera nécessaire de structurer l'aval pour éviter les récurrences qui génèrent une perte du bénéfice chirurgical et dégradent la qualité de vie du patient.
La prise en charge des escarres ne répond pas à une spécialité chirurgicale ou médicale particulière (détersion chirurgicale, accès à un ergothérapeute, achat de lits spéciaux, développement de l'HAD, consultation de l'équipe plaies et cicatrisations). Il est donc indispensable que cette pathologie soit identifiée par le service d'accueil, mais gérée par l'équipe de plaies et cicatrisation notamment pour la prise en charge initiale, mais en formant des référents pour leur déléguer un certain nombre de gestes adaptés. Le recrutement d'un médecin MPR est à réfléchir.

- Diabétologie : Développement d'une cellule de prise en charge des diabètes gestationnels en partenariat avec l'obstétrique.

- Neurologie : Renforcer la coordination avec les cardiologues et les echo-doppleristes et disposer de plages quotidiennes fixes pour obtenir les ETO et les Doppler ou l'accès à l'IRM.

- Le taux de remplissage élevé du CHPF impose parfois au patient de changer plusieurs fois de chambre ou de service ce qui est mal compris par le patient et mal perçu par la famille. Il serait souhaitable que le patient puisse bénéficier d'une prise en charge dans une unité de lieu en déplaçant les spécialistes au lit du patient plutôt que l'inverse.

2.4.2. Améliorer l'accompagnement du patient et son chemin clinique

Les soins palliatifs concernent de nombreuses pathologies et notamment le cancer. Cette prise en charge était partagée entre les différents services / spécialités mais l'augmentation franche de la demande des services de soins et des familles des patients nous a conduit à créer une équipe mobile de soins palliatifs intra hospitalière. Après deux années de fonctionnement, force est de constater qu'il est nécessaire de créer une offre identifiée de lits de soins palliatifs sur le CHPF et en proximité des lieux de vie (sur la base d'une enquête effectuée au CHPF, Pallia10) cette mesure étant identifiée dans le S.O.S dans le cadre des projets d'EHPAD. Il faut également permettre d'assurer un suivi et une réévaluation des patients afin de participer à la mise en place de projets de soins spécialisés. L'amélioration de la qualité de vie des patients et l'acceptation par les familles imposent de démarrer rapidement et de structurer l'activité extrahospitalière notamment au travers d'une offre de HAD. Ce projet est essentiel pour respecter les évolutions sociales et réglementaires notamment au travers des directives anticipées.

Identifier une unité centralisée de psychologues avec un projet médico-social dans le cadre d'un collège de psychologues (standardisation des informations et des accès aux comptes rendus). En effet, la prise en charge d'un patient sur le plan thérapeutique doit forcément s'associer à son contexte psycho-social. Il est donc essentiel que l'information utile et pertinente à la sortie et au retour à domicile des patients soit disponible pour le médecin référent.

Dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle, il s'agira de renforcer les compétences du plateau technique pour assurer des prises en charge supplémentaires dans le domaine de la neurologie et du post carcinologique. Et notamment, en développant l'endermologie et en améliorant la prise en charge de la douleur (formation hypnose).

Développer une filière pour les obésités morbides en assurant l'achat de matériels adaptés et tenter de se rapprocher d'équipes spécialisées.

2.4.3. Ressources humaines

2.4.3.1. Recrutement

Le recrutement de praticiens spécialisés sur le CHPF devient un problème devant la rareté de certaines spécialités et finalement, la faible activité liée à la dimension du territoire avec la perte de compétences qu'elle peut engendrer. Par ailleurs, les recrutements sont influencés par les lois du marché rendant la concurrence forte pour ces métiers de haute technicité.

Ce constat renforce l'idée qu'il est nécessaire de continuer à former les polynésiens dans ce domaine de compétences. A ce titre, il est important de maintenir une coopération forte avec le CHU de Bordeaux, actuel référent universitaire pour la formation médicale et pharmaceutique (PACES, stages d'externes, agrément des services pour l'internat et collaboration active pour le recrutement des internes ainsi que la recherche clinique à terme). En effet, elle permet à la Polynésie de former ses futures ressources médicales. Il reste au Pays à mettre en place une grille actualisée permettant de tracer l'ensemble des étudiants Polynésiens ainsi que leur spécialité voire, en partenariat avec le CHPF, de les informer des déficits dans tel ou tel domaine. Il n'en reste pas moins que les conditions d'exercice différentes de celles rencontrées en métropole (isolement, formation continue peu accessible, manque de recours universitaire) peuvent limiter la motivation pour un retour en hôpital public.

Enfin, il est indispensable de moderniser le statut de la fonction publique dédié aux Praticiens hospitaliers et aux professions de santé pour concrétiser une fonction publique hospitalière pour faciliter les recrutements et renforcer l'attractivité.

2.4.3.2. Formation

Le Développement Professionnel Continu impose aux PH de disposer d'un temps de formation obligatoire pour maintenir à jour leurs compétences tout en upgradant des domaines ultra spécialisés en rapport avec le projet médical, les attentes de l'institution et avec l'évolution des grandes pathologies en cours / attendues.

Les praticiens doivent également garder un niveau de formation compatible avec leur exercice et être en phase, en permanence, avec les données actuelles de la science.

On distingue trois formes de formation :

- Les formations individuelles dans le cadre du statut des PH ou hors cadre standard,
- Les formations collectives (DU, DIU, ...). Inaccessibles pour des raisons de multiples déplacements ou de coût, elles sont organisées au profit de tous par le CHPF dès lors que l'institution la valide. Elles sont d'ailleurs ouvertes à l'ensemble des structures publiques et privées qui sont systématiquement prévenues.
- Les formations réalisées à l'occasion des missions d'experts qui, outre le traitement des files actives de patients, permettent aussi le transfert de compétences. À noter que les remplacements assurés par des PH métropolitains sont aussi l'occasion pour ces derniers, d'assurer des formations dans leur domaine de compétence.

La CME, organisée en sous-commission dispose d'une commission de la formation qui analyse la pertinence des formations hors cadre prises en charge par l'institution et celle des missions d'experts.

Les axes à développer pour les prochaines années sont les suivants :

1. Développer des offres de formations locales au profit du plus grand nombre, par ex sous forme de DU ou d'EPU, en phase avec les grands axes transversaux (douleur, gériatrie, obésité, infection nosocomiales, antibiothérapie, éducation thérapeutique et management des équipes médicales) proposés par la CME au regard des besoins des patients. Pour ce faire, il n'est plus envisageable que cela repose sur un seul individu (charge de travail très importante). Il convient donc d'identifier une ressource humaine dédiée à l'organisation (recueil des inscriptions, contact avec les universités,) et à la logistique (billets d'avion et traçabilité des formations suivies par PH) de ce type de manifestation.
2. Cartographier les formations via l'intranet pour permettre à chacun (médicaux, paramédicaux et interne) d'en avoir connaissance et, le cas échéant, d'en profiter
3. Optimiser la formation du personnel soignant spécialisé ayant déjà bénéficié d'une formation au profit du reste de la communauté paramédicale pour constituer un réseau d'optimisation de la prise en charge des patients. Par exemple, en plaies chroniques génératrices de durées de séjour prolongées.

4. Pérenniser les moyens de structure permanente de formation tel que le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) qui permet l'accès à des formations périodiques pour faire face à des situations urgentes peu fréquentes tel l'arrêt cardio respiratoire. Il est également sollicité en interne pour des formations du personnel de soins des urgences aux nouveaux nés, mais aussi pour des actualisations des procédures de prise en charge des urgences dans les structures de soins éloignées. Le CESU pourra répondre à des cahiers des charges de formation adaptées de prise en charge dans les îles en collaboration avec le nouvel établissement de soins primaires.

2.4.4. Regroupement UM /Départements

Au regard des grands chantiers médico-économiques confiés au CHPF, hôpital de dernier recours, l'organisation médicale en service ne convient plus. Ce constat a été confirmé par l'audit DMRA.

Il est nécessaire de responsabiliser davantage les acteurs de terrain et d'identifier des grands groupes d'activité pour clarifier autant le parcours patient que les mécanismes qui concourent à la priorisation des projets et de leur financement.

Cette nouvelle organisation doit faire émerger des axes d'amélioration sur les items suivants :

- Prise en charge du patient
- Efficience par le partage et la mutualisation
- Information permanente sur la gestion par une comptabilité analytique au service des UM
- Augmentation de la démocratie interne par la participation active des différentes catégories professionnelles à la gestion hospitalière
- Optimisation du service médical rendu
- Définition des critères de priorisation des projets structurants et innovants.
- Recherche d'une meilleure adéquation du bâti par rapport à l'organisation médicale.

Les principes de cette organisation médicale :

- L'unité médicale, centrée autour d'une spécialité, est définie comme la structure essentielle de l'organisation médicale. Elle s'entend comme devant disposer d'au moins 2 postes de PH sauf cas particulier. Elle gère sa politique en cohérence avec le projet médical et le projet de département. Elle intègre l'organisation paramédicale et administrative. Sa création sera proposée par le conseil de département et sera validée par la CME après présentation et discussion en commission permanente.
- Ces unités se regroupent au sein d'un département et ne doivent pas se démultiplier pour garder une visibilité organisationnelle. Ainsi, n'est-il pas envisageable de créer 3 entités d'endoscopie en fonction des spécialités mais bien de les regrouper dans une UM d'exploration fonctionnelle par exemple.
- Le management des départements est déconcentré, il se fait sur le terrain, dans les conseils de département
- La gestion non médicale se fait de façon pluridisciplinaire (augmentation de la démocratie interne) impliquant un dialogue indispensable avec les cadres de proximité, cadres supérieurs au sein du conseil de département

- Cette déconcentration de la gestion prend en compte les activités dépendant de la transversalité (activité interne au CHPF mettant en œuvre plusieurs unités ou départements) et la complémentarité (activité mettant en œuvre des structures externes au CHPF, publiques ou privées) avec l'appui des services administratifs concernés si nécessaire.

Rôles et responsabilité :

Responsable d'UM :

Le responsable d'UM est le garant du projet médical propre à l'UM. Il est responsable de l'activité médicale mise en œuvre en son sein et de l'organisation des moyens votés consensuellement au travers de critères pertinents (priorité médicale, progrès incontournable, économies attendues, évaluation et amélioration des pratiques, chemin clinique optimisé) par le conseil de département. La fonction de responsable d'UM est reconnue formellement au travers d'une indemnité de sujétion.

Un PH peut être responsable de 2 UM au plus et la durée de son mandat est de cinq ans, renouvelable.

Les responsables d'UM sont choisis parmi l'ensemble des PH du département regroupant les UM. Ils sont élus par les PH de l'UM de spécialité concernée pour cinq ans.

Coordonnateur de département :

Il organise les fonctionnements des organes du département. Il préside le bureau du département et le conseil de département. Il définit les ordres du jour des réunions de bureau et du conseil de département en concertation avec les responsables d'unité. Il vérifie et garantit l'accès aux informations de l'ensemble des représentants des personnels du département. Le coordonnateur est élu par l'ensemble des PH du département parmi les responsables d'UM pour un mandat de deux ans renouvelable.

L'ensemble de mandats de responsable d'UM et de département sont validés en CME.

Un règlement intérieur standard de Département a minima sera proposé en CME et modifiable au sein de chaque conseil de Département. En effet, il est souhaitable que la durée du mandat du coordonnateur soit théoriquement de 5 ans mais cette durée devra pouvoir être revue au cours d'un vote en conseil de département sur demande d'un tiers des membres du conseil au moins. Ce règlement intérieur devra nécessairement préciser ses règles d'organisation car, logiquement, chaque département peut disposer librement de son fonctionnement dès lors que ses règles n'empiètent pas sur celui des autres départements et respectent leur modalité d'organisation.

Conseil de département :

Il regroupe les coordonnateurs de département, les responsables d'UM, les cadres de proximité, le cadre supérieur et un représentant de chaque corps de métier (paramédicaux, sages-femmes, psychologues, agents techniques). Ses principales missions sont de :

- Prioriser les investissements des UM
- Anticiper les besoins en RH (paramédical, médical, secrétariat...)
- Prévoir les remplacements, les vacataires
- Prioriser les projets
- Assurer l'information sur l'activité, les dépenses (budgétaires, médicaments...), les audits, la politique de qualité, les revues de pertinence des hospitalisations, l'avancée du projet médical...

- Favoriser la démocratie interne,
- Faire appliquer les EPP et notamment, mesurer les écarts par rapport aux pratiques de référence et organiser les cours et les formations pour les réajuster
- Organiser des procédures simplifiées pour accéder à la décision administrative, rapide et efficace en obtenant des contacts directs, si nécessaire, avec le DRH, le Directeur financier, le responsable du médical...

La CME :

La CME est l'instance regroupant les représentants du personnel médical du CHPF, responsable de l'élaboration et la conduite du projet médical d'établissement outre les compétences qui lui sont dévolues réglementairement.

Elle devra se charger de faire reconnaître, accepter et valider les critères de priorisation des projets qui pourraient être :

- L'amélioration de la qualité des soins ou l'innovation reconnue au profit du patient
- L'approche médico-économique (Evacuation sanitaire évitée, économie réelle)
- La conformité au projet médical et au SOS
- Les économies de santé attendues à long terme
- La méthodologie (données de la science, la qualité du projet)
- Les critères HAS
- Approche coopérative public privé.

Architecture cible : 15 départements au total

ORGANISATION MÉDICALE	
DÉPARTEMENTS	UNITÉS MÉDICALES
Département de pharmacie	- Pharmacie
	- Médecine nucléaire
	- Hygiène hospitalière
Département d'imagerie médicale	
Département d'information médicale	
Département laboratoires - CTS	- Anapath
	- Hémobiologie
	- Sérologie
	- Biochimie
	- Bactériologie HLA
Département de psychiatrie	- CTS
	- Psychiatrie adulte
Département de chirurgie osseuse	- Pédopsychiatrie
	- Chirurgie orthopédique
	- Chirurgie septique
	- Neurochirurgie

Département de chirurgie générale	- Chirurgie digestive
	- Chirurgie urologique
	- Chirurgie vasculaire et thoracique
	- Chirurgie gynécologique
Département de chirurgie de spécialité	- HdJ chirurgicale
	- ORL - maxillo-faciale
Département de médecine	- OPH
	- Pneumologie
	- Endoscopie
	- Gastroentérologie
	- Neurologie
	- Endocrinologie - Diabétologie
	- Médecine interne
	- Hématologie
Département de cardiologie et d'angiologie	- HdJ médecine
	- Cardiologie
	- Médecine vasculaire
	- RAA
	- Rééducation cardio-respiratoire
Département de néphrologie - hémodialyse - transplantation	-USIC
	- Coronographie
	- Greffe
Département d'oncologie - Radiothérapie	- Hémodialyse
	- Néphrologie
	- Radiothérapie
Département des urgences / SAMU	- 3C
	- Oncologie médicale
	- SMUR
	- SAMU, C15 et CESU
	- SAU
	- UHCD
Département Anesthésie - Réanimation - Douleur	- Evasans
	- Caisson hyperbare
	- Anesthésie
	- Réanimation
	- USCP
	- Douleur
	- Brûlés

Département mère et enfant	- Obstétrique
	- Maternité
	- Néonatalogie
	- Pédiatrie
	- HdJ pédiatrique

Les Unités Médicales ci-dessus feront l'objet d'une validation en CME avant officialisation et sont indiquées à titre informatif. Elles pourront être modifiées à la constitution des départements.

Représentativité à la CME :

La CME compte 48 membres élus et les membres invités de droit :

- Les 15 coordonnateurs,
- 15 responsables d'UM, un par département, désigné par les membres du bureau exécutif de chaque département
- 15 PH élus par l'ensemble des PH
- 1 sage-femme et une élève sage-femme
- un représentant des internes

L'arrêté CM 999 de 1988 sera à adapter autant que de besoin à cette nouvelle proposition d'organisation médicale.

2.5. Qualité

2.5.1. Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles

Bien qu'initiée il y a plus d'une dizaine d'années, la mise en œuvre de la démarche qualité reste trop hétérogène.

Pour assumer la prise en charge optimale des patients, l'évaluation des pratiques est indispensable permettant de mesurer l'efficacité de nos actions et de prouver la bonne utilisation des fonds publics.

Au-delà de l'implication du CHPF dans une démarche de certification HAS (non obligatoire) et qui permet à l'hôpital du Taaone de se positionner dans la cartographie nationale des centres hospitaliers, il reste nécessaire de mettre en place le niveau standard de la qualité pour les problématiques récurrentes.

A cet effet, la sous-commission en charge des EPP et la cellule qualité mettent à disposition des outils pour faciliter la mise en œuvre de cette politique. En contrepartie, chaque coordonnateur de département présentera annuellement une revue synthétique des actions qualité de son département à la CME. L'absence de présentation pourrait amener à ne pas pouvoir prioriser les projets du département défaillant.

Il s'agit notamment :

- De la mise en place de staffs bibliographiques et de RMM
- De la mise en place d'une revue de pertinence des hospitalisations programmées pour chaque service de façon régulière (au moins 3 fois / an), Il pourrait s'associer la mise en œuvre du concept du patient traceur pour optimiser le parcours clinique (durée prévisionnelle de séjour, anticipation de la date de sortie). Par ailleurs, le fort taux de remplissage du CHPF, difficile à modéliser, nécessite un outil traitant un certain nombre de paramètres pertinents pour anticiper une saturation de la capacité des lits de l'hôpital. Ces outils de prévision doivent permettre d'éviter les déprogrammations au niveau des blocs chirurgicaux qui sont des critères de non qualité. De plus, anticiper sur un taux de remplissage important, permet d'optimiser l'utilisation des ressources humaines notamment paramédicales (redéploiement)
- De l'organisation de RCP en collaboration avec des services ultra spécialisés sur des pathologies rares avec des hôpitaux partenaires (Hémato, cancéro, antibiothérapie et orthopédie) à réaliser à terme en visioconférence
- Du développement d'outils d'investigation en hygiène hospitalière pour répondre aux besoins de maîtrise des bactéries multi résistantes
- De la réalisation d'audits de dossiers. Actuellement, ce dispositif repose essentiellement sur les cadres de santé et la cellule qualité. La collaboration CME Direction des soins infirmiers doit être renforcée dans ce domaine (évaluation prescription douleur, validation d'administration...).

2.5.2. Suivre et évaluer la mise en œuvre du projet médical

Pour mesure le suivi et l'efficacité des mesures proposées, il est prévu de créer un tableau de bord associé à des indicateurs pertinents. Ce tableau de bord sera travaillé rapidement par la commission permanente et la direction de la qualité pour qu'il soit opérationnel au plus tôt.

2.5.3. Evolutions SI

Dans le cadre de l'élaboration du projet médical, un certain nombre de points essentiels ont été identifiés. Pour l'essentiel, il s'agit de s'inscrire pleinement dans le virage numérique souhaité par le gouvernement.

En effet, la dématérialisation des données de santé permettra de moderniser l'organisation médicale (ex : transmission des CR de consultation, d'hospitalisation ; échanges de données au sein de l'hôpital et avec les structures périphériques et avec des experts de centres ultraspecialisés ; dématérialisation de la logistique médicale ; ...) et d'améliorer ainsi la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients.

A ce stade des réflexions, les priorités identifiées sont :

- Finaliser un Dossier Patient Informatisé à l'état de l'art du marché (cahier des charges formalisé en association avec la CME). En effet, il est indispensable de disposer dans un dossier informatisé relativement simplifié, des éléments essentiels et pertinents du parcours clinique du patient à l'intérieur du CHPF ainsi qu'un résumé de sortie (lettre au praticien de ville et ordonnance de sortie du patient) transmis à son départ, CR de bloc compris. Il est souhaitable qu'il soit ouvert aux hôpitaux périphériques et à toutes les structures sanitaires Pays voire à la médecine libérale. Cela oblige à mettre en place l'interopérabilité des SI entre les différentes structures. Il pourrait même, en l'état, être rendu accessible à certaines structures extérieures au regard de l'urgence de la demande (expérience pilote avec Te Tiare).
- Informatiser le dossier médical et paramédical hospitalier et l'accès aux RMM
- Mettre en place, pour la pharmacie, un progiciel circuit du médicament (prescription, administration, traitement ambulatoire, conciliation pharmaceutique), outil de gestion du matériel de stérilisation et outil de traçabilité des implantables (suivi des implants)
- Développer, au niveau de la radiologie, le partage d'images avec les intervenants des îles (diagnostic) et avec des experts situés en dehors du Territoire (avis complémentaires)
- Mettre en place un PACS commun à l'ensemble des services producteurs d'imagerie pour leur permettre de stocker et d'accéder aux données produites.
- Informatiser l'unité d'anesthésie
- Déployer, au niveau des URG / HUR / SMUR, un progiciel de gestion de la régulation médicale en interconnexion avec le CTA pompiers de PF pour une plate-forme commune d'écoute

Ces différents projets constituent un socle essentiel pour coordonner les soins, avoir une approche de qualité et pour optimiser la prise en charge des patients. Leur prise en compte dans le cadre de la définition du plan S.I du CHPF constitue un point essentiel de l'évolution du SI.

Conclusion

Ce projet médical ne pourra trouver sa pleine expression que dans un environnement administratif moderne et, notamment, avec un statut du CHPF plus souple que celui d'un EPA. La communauté médicale appelle donc de ses vœux une évolution vers un EPS doté d'une autonomie de recrutement lié à son besoin de réactivité et à ses urgences.

Cette évolution ne peut se faire sans une réforme de sa comptabilité qui s'appuie toujours sur une instruction M21 historique et qui devra sans doute s'orienter vers un mode « EPRD » plus souple et plus adapté. Enfin, il apparaît de plus en plus clairement qu'une réforme du statut du cadre de la Fonction Publique doit se faire pour identifier une Fonction Publique Hospitalière ajustée aux nécessités modernes d'un hôpital comme le CHPF, notamment pour faire face aux lois du marché en matière d'emploi.

Le président de la CME remercie le groupe pilote (Docteur Delphine Lutringer et Myriam Fleuré, médecins au SIM, Alexis Goubert, ingénieur qualité, Docteur Damien Bierlaire et Gérard Papouin qui se sont associés pour recevoir et écouter l'ensemble des services du CHPF), la Commission permanente pour sa relecture longue et attentive et l'ensemble des praticiens du CHPF qui se sont prêtés à l'exercice. Et, bien sûr, notre conseil Alvea qui a su nous obliger à tenir les délais et rester synthétiques sans oublier notre secrétaire de CME qui a réussi à organiser les plannings.

Focus : Audit bloc opératoire

L'optimisation de l'organisation des blocs opératoires constitue un véritable levier de croissance pour un établissement disposant d'activités de chirurgie. Centre de coûts pour l'établissement, le bloc opératoire peut en effet constituer un véritable goulot d'étranglement pour le recrutement de patients et générer des coûts en ressources humaines, en inadéquations avec l'activité réalisée.

C'est pourquoi le CHPF a lancé, à l'aide d'un groupe pilote du bloc opératoire du CHPF et d'un consultant extérieur de la société de conseil ADOPALE, une mission de réorganisation et de rationalisation de l'activité du bloc opératoire dont les objectifs identifiés sont :

- Une gouvernance du bloc opératoire renforcée par la formalisation du rôle et du périmètre d'action de chacune de ses instances.
- Une nouvelle offre de vacations par spécialité ajustée au regard des besoins sur la base d'indicateurs chiffrés et objectifs.
- Une mise en adéquation des ressources humaines avec cette offre de vacations.
- La mise à plat du processus de demande et d'intégration dans le programme des urgences, avec la formalisation des règles correspondantes.
- Une meilleure gestion du démarrage des salles avec la clarification de l'organisation des différents acteurs et des modalités de diffusion de l'information.

Outre l'optimisation du fonctionnement, l'objectif de cette mission est de doter le bloc opératoire d'outils de pilotage permettant de disposer d'indicateurs de pilotage fiables de manière à instaurer une démarche d'amélioration continue pérenne.

- La modification des accès aux parkings et locaux
- La révision des systèmes de vidéo-protection
- L'amélioration des systèmes d'accès sécurisés (badges/ digicode/ passes)

2.6. Evolutions du système d'information

Dans le cadre de l'élaboration du projet médical, un certain nombre de points essentiels ont été identifiés :

- Finaliser un Dossier Patient Informatisé à l'état de l'art du marché (cahier des charges formalisé en association avec la CME). En effet, il est indispensable de disposer dans un dossier informatisé relativement simplifié, des éléments essentiels et pertinents du parcours clinique du patient à l'intérieur du CHPF ainsi qu'un résumé de sortie (lettre au praticien de ville et ordonnance de sortie du patient) transmis à son départ, CR de bloc compris. Il est souhaitable qu'il soit ouvert aux hôpitaux périphériques et à toutes les structures sanitaires Pays voire à la médecine libérale. Cela oblige à mettre en place l'interopérabilité des SI entre les différentes structures. Il pourrait même, en l'état, être rendu accessible à certaines structures extérieures au regard de l'urgence de la demande (expérience pilote avec Te Tiare).
- Dossier médical et paramédical hospitalier
- Accès aux RMM
- Pharmacie : progiciel circuit du médicament (prescription, administration, traitement ambulatoire, conciliation pharmaceutique), outil de gestion du matériel de stérilisation et outil de traçabilité des implantables (suivi des implants)

- Radiologie : Développer le partage d'images avec les intervenants des îles (diagnostic) et avec des experts métropolitains (avis complémentaires)
- Anesthésie : informatiser l'unité
- URG / HUR / SMUR : Progiciel de gestion de la régulation et plate-forme tél commune avec les pompiers

Ces différents projets constituent un socle essentiel pour coordonner les soins, avoir une approche de qualité et pour optimiser la prise en charge des patients. Leur prise en compte dans le cadre de la définition du plan S.I du CHPF constitue un point essentiel de l'évolution du système d'information.

3. AXE 1. VOLET 2 - LE PROJET DE SOINS

3.1. Définition du projet de soins

Le projet de soins est une formalisation de la politique de Soins de l'établissement en cohérence avec les différentes missions dévolues aux services de soins et à celles de l'encadrement paramédical, notamment garant de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins.

Il s'inscrit dans le cadre de la politique générale du projet d'établissement, en tenant compte des besoins de santé de la population, des contraintes de l'éloignement géographique et de son statut d'hôpital de dernier recours ; le tout, en complémentarité du projet médical et en cohérence avec le projet qualité et le projet social.

Il implique également un nécessaire accompagnement, notamment par la formation, des équipes de soins devant faire face à des pathologies très variées, très spécialisées et pointues.

Il se fonde sur des valeurs communes et fédératrices de l'éthique des professionnels de santé et s'appuie sur des référentiels connus et validés.

Les axes et les modalités d'évaluation du projet paramédical, centré sur la délivrance des soins et l'accompagnement de la personne, orienteront la pertinence des organisations de travail en fonction de la charge en soins et donc la répartition des effectifs au regard des activités médicales.

3.2. Contexte et cadre conceptuel

La Polynésie française étant autonome en matière de Santé, une pluralité de textes réglementaires encadre l'exercice des professionnels du CHPF et les droits des usagers. Ils sont issus :

- des codes civils, du travail et de la santé,
- des statuts de la fonction publique territoriale de la PF,
- des accords d'établissement du CHPF,
- des procédures opérationnelles, administratives et techniques,
- des référentiels de compétences et textes réglementant les professions de la santé.

Le positionnement du CHPF comme établissement de référence de la Polynésie française doit lui permettre, en respectant les préconisations du Schéma d'Organisation Sanitaire du Pays, d'être un partenaire pour un travail en complémentarité avec les autres structures et professionnels de santé.

En référence aux textes relatifs aux différentes professions paramédicales, le soin défini par la CSIRMT du CHPF est :

Au regard de la personnalité de l'individu et de ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle, le soin correspond à la mise en place d'actions préventives, curatives, éducatives, relationnelles, de réhabilitation, palliatives dispensées par du personnel qualifié, dans un souci de continuité des soins. Ces actions permettent pour le patient, de maintenir un équilibre, de mobiliser les ressources nécessaires à un retour à l'autonomie, à un haut niveau de bien-être et de réaliser un accompagnement personnalisé et dans la dignité, des prémices de la vie, jusqu'à ses derniers jours.

Prendre soin des patients, des usagers et du personnel relève au quotidien pour l'encadrement de défis majeurs face aux difficultés rencontrées.

De fait, notre philosophie de l'être humain et du soin implique que chacun soit reconnu et pris en compte dans ses attentes comme dans ses devoirs et ses compétences, (philosophie déjà existante depuis le projet de mars 1998). Ainsi, les paramédicaux peuvent prétendre à la reconnaissance de leurs compétences et de leur travail pour s'épanouir et donner le meilleur d'eux-mêmes sur leur lieu d'exercice. En effet chaque patient a droit à des soins de qualité dispensés par des professionnels compétents, dans les meilleurs délais.

L'analyse du projet de soins 2008-2013 et des 3 dernières années vient asseoir ces propos.

Il s'agit toujours de poursuivre une politique de soins correspondant aux besoins de santé de la population de Polynésie Française, c'est à dire:

- situer le patient au cœur du dispositif de soins en tenant compte de ses besoins,
- inscrire la qualité, la continuité et la sécurité des soins comme préoccupations quotidiennes des soignants,
- assurer en concertation avec la communauté médicale, la prise en charge des activités transversales,
- collaborer avec les autres structures de soins publiques, privées et associatives, et développer la prise en charge des patients en réseau,
- réaliser un partenariat avec l'Institut de Formation des Professions de Santé (IFPS) et l'Université de Polynésie Française (UPF) pour optimiser la qualité de la formation des professionnels de santé,
- mais aussi dynamiser les différentes équipes professionnelles et promouvoir la reconnaissance du personnel paramédical en contribuant à l'amélioration des conditions de travail et en stimulant la créativité et la recherche dans le domaine des soins.

3.3. Etat des lieux du projet de soins

Bilan du projet 2008/2013 :

- 1 Le premier objectif concernant la qualité, l'organisation des soins et la gestion des risques a été atteint sauf pour ce qui est de la traçabilité des soins qui reste à améliorer à travers une optimisation de l'utilisation des transmissions ciblées. De plus l'anticipation des sorties des patients et donc de la diminution du temps d'attente aux Urgences reste à améliorer, car en parallèle, l'offre de soins des autres établissements publics et privés a diminué (pédiatrie, cardiologie, neurologie) et le nombre de passage aux Urgences a augmenté passant de 92/jour en 2011 à 131 en 2016.

Les épidémies de Zika en novembre 2013/ mars 2014 et de Chikungunya en octobre 2014/ février 2015 ont cependant pu être gérées en mettant en œuvre des moyens appropriés comme l'ouverture ponctuelle d'une unité de 12 lits spécifiques pour les syndromes neurologiques liés au Zika en février 2014.

La continuité de l'encadrement avec un cadre de fin de journée et un cadre de nuit sur place n'a pas non plus pu être réalisée faute de postes de cadres supplémentaires. C'est donc une astreinte des cadres supérieurs de santé qui assure cette mission.

2 Le second objectif concernant la formation et la préparation du personnel à l'entrée dans le nouvel hôpital du Taaone, a été totalement atteint.

Le transfert entre l'ancien hôpital Mamao et le CHT du TAAONE s'est très bien déroulé entre le 20 octobre et le 14 novembre 2010, sans aide notable pour le transport des patients encore hospitalisés entre ces 2 dates. L'installation dans les nouveaux locaux s'est faite sans problème particulier grâce à l'anticipation faite avec les équipes de soins sur la connaissance des locaux des services et des nouveaux matériels.

Cependant force a été de constater que les moyens attribués en personnel n'ont pas permis d'ouvrir l'ensemble des lits et que des réajustements ont dû être effectués au fur et à mesure des années, notamment pour les ASH, dont le nombre n'avait pas varié entre Mamao et l'ouverture du Taaone, alors que les surfaces ont globalement triplé et que les sanitaires sont passés de un par service, à un par chambre.

Par ailleurs, la diminution du taux d'occupation des services ne s'est fait ressentir que pendant 3 à 4 ans après l'entrée dans les nouveaux locaux, puisque depuis 2015 la problématique de sur-occupation des services est de nouveau d'actualité.

3 Le troisième objectif de formation et recherche, a été globalement atteint, même si l'intégration des nouveaux personnels infirmiers dans certains secteurs spécifiques comme le bloc, la dialyse, la réanimation et la néonatalogie reste longue (de l'ordre de 2 à 3 mois minimum pour les rendre opérationnels sans tutorat), quand ils n'ont jamais pratiqué dans ces domaines. Par ailleurs le travail en partenariat avec l'IFPS pour le tutorat et le suivi des étudiants infirmiers est toujours d'actualité car les difficultés rencontrées avec certains éléments des premières promotions LMD sorties à partir de 2013 ont montré les écueils du système à éviter. Un réajustement a déjà eu lieu puisque les nouveaux diplômés de 2016 se sont bien intégrés dans les services et le travail de partenariat avec l'IFPS se poursuit.

Le dernier tableau des effectifs validé lors du CA du 13 novembre 2015 fait état entre 2011 et fin 2015 d'un passage de 1042 à 1107 paramédicaux, soit une augmentation de 6,23% en 5 ans alors même que le service de Pédopsychiatrie a été intégré à l'établissement, que les services d'hospitalisation d'Hématologie, d'Oncologie et les unités de greffe rénale et de Soins Palliatifs ont été créés.

Les forces de l'établissement sont :

- son adaptabilité lui permettant d'absorber les surcharges de travail inhérentes aux épidémies ou à la diminution d'offre de soins des établissements de soins environnants,
- le professionnalisme des équipes de soins, même lors de situations de crises liées aux intempéries ou à de graves problèmes logistiques la pro-action dans le domaine de la santé, due à des origines variées des personnels de soins et à leur volontarisme.

Les faiblesses principales résident dans :

- l'insuffisance de prise en charge psychologique des patients,
- le manque de prise en compte du vieillissement de la population,
- l'insuffisance de structures d'aval pour les patients lourds,
- l'absence de transports sanitaires assis et couchés pris en charge par la CPS.

Tous ces constats nous amènent à décliner le projet de soins 2017-2021, en **5 orientations principales**, dont les plans d'actions objectivés par des fiches action, seront évalués avec un échéancier réalisable et atteignable.

3.4. Les orientations du projet de soins

Elles sont en lien avec le SOS 2016-2021 et ses grands axes, notamment pour:

- travailler avec l'ensemble des structures de santé du Pays,
- rapprocher la convalescence du domicile,
- renforcer les transports sanitaires,
- développer l'offre de santé mentale,
- poursuivre la prise en charge en oncologie,
- formaliser les parcours de soins et structurer les réseaux,
- lutter contre le surpoids et l'obésité,
- généraliser l'éducation thérapeutique, en complément des actions de prévention,
- créer une filière gériatrique entre CHPF et EHPAD futurs,
- participer à la mise en place d'un Dossier Médical Partagé.

Ces orientations tiennent compte de la politique Qualité de l'établissement et des améliorations réalisées ou en cours, pour répondre aux préconisations de la démarche de certification initiée en octobre 2013 et aux réserves faites par la HAS en juillet 2014. Elles concernent plus particulièrement :

- Le dossier patient,
- Les évaluations de pratiques professionnelles,
- Le parcours patient,
- La prise en charge en oncologie,
- Le circuit du médicament,
- L'humanisation des services d'hospitalisation en Psychiatrie,
- L'identitovigilance.

Une politique de soins centrée sur l'amélioration de la qualité des prestations aux usagers, nécessite une réelle reconnaissance et respect du statut des personnels hospitaliers, intégrant les grands principes suivants :

- Rigueur,
- Responsabilité,
- Professionnalisme,
- Autonomie.

Poursuivre une politique de Soins correspondant aux besoins de santé de la population de la Polynésie Française c'est dans le projet de soins, suivre les orientations suivantes:

1. FORMALISER LES PARCOURS DE SOINS (ADMISSION - HOSPITALISATION- SORTIE) :
 - a. Gestion des flux des patients (Gestionnaire des lits/ Salon de sortie/ Transports sanitaires /Hébergement/Différenciation urgences et programmé)
 - b. Informatisation des données du patient (DPU/DPI/CR/Transmissions ciblées)
 - c. Prise en charge psychologique des patients par un partenariat avec les Psychologues cliniciennes et le service social)
 - d. Education Thérapeutique (Limiter les récurrences/Autonomie)
 - e. Développer les réseaux (Périnatalité/Prématurité/Oncologie/Soins Palliatifs/ Cardiologie/Diabétologie/Prise en charge de l'Obésité/Néphrologie/Alzheimer)

2. DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE :
 - a. Hospitalisation de semaine,
 - b. Hospitalisation de jour,
 - c. Hospitalisation à domicile,
 - d. Soins de suite et de Réadaptation,
 - e. Soins palliatifs en réseau.

3. POURSUIVRE LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES :
 - a. Oncologie (Plan cancer/ Chimiothérapies délocalisées sur Taravao et Raiatea)
 - b. Santé Mentale (développement des CATTP, CMP, Familles d'accueil thérapeutique)
 - c. Soins Palliatifs en hospitalisation
 - d. Greffe rénale
 - e. Gériatrie

4. PROFESSIONNALISER LES SOIGNANTS TOUT AU LONG DE LEUR CARRIERE :
 - a. Evaluation des pratiques professionnelles/CREX/APP
 - b. Développement des compétences/Plan de formation
 - c. Estimation des besoins futurs/GPEC
 - d. Formation professionnelle continue

5. SOUTENIR UNE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT DU TUTORAT ET DU SUIVI DE LA FORMATION DES ETUDIANTS IDE, AS, PACES :
 - a. Centre de référence /Convention
 - b. Modalité d'apprentissage au CHPF
 - c. Parcours de stage
 - d. Evaluation /Recrutement

3.5. Les plans d'action

Chacune des orientations déclinée en thèmes fera l'objet de fiches actions accompagnées de leur programmation tout au long des 5 années du projet.

Nous présentons en annexe 2 les premières pour commencer et échelonnerons les autres sur les années 2017 à 2021 en fonction des priorisations qui seront faites par le projet médical et la direction générale.

4. AXE 2, VOLET 1 - LE PROJET RESSOURCES HUMAINES ET SOCIAL

La feuille de route fixée par Monsieur la Ministre de la Santé et de la Protection Sociale au directeur du CHPF pour 2017-2019 indique que celui-ci doit « *Conduire les évolutions managériales et structurelles nécessaires à la réorganisation de l'établissement, dans le cadre d'un dialogue social rénové et entretenu.* »

Elle précise que « *Dans cette perspective, la Direction des Ressources Humaines médicale et non médicale doit faire l'objet d'une réorganisation prioritaire afin de lui permettre de rendre à nouveau les services que l'établissement est en droit d'en attendre, tant en termes de qualité que de délais.* »

Par son action et sa compétence, en sa qualité d'initiatrice d'une politique de ressources humaines adaptée, la DRHAM concourt au premier chef à cet objectif.

Toutefois, avant de prétendre travailler sur cet objectif, il convient au préalable de remettre en ordre les fondamentaux de la gestion des ressources humaines au CHPF, à savoir la connaissance de effectifs et l'évaluation des besoins, la révision de maquettes organisationnelles, en lien avec la direction des soins et les responsables de services, notamment médicaux.

Sur cette base un plan d'action à moyen terme pourra être déployé.

Dans ce cadre, le directeur des ressources humaines du CHPF met en œuvre à compter du 1^{er} juillet 2017, sous l'autorité du directeur de l'établissement à qui elle rend compte de son action, les axes de travail suivants :

- 1. Connaître et agir sur les effectifs et maquettes organisationnelles, revoir la gestion du temps de travail grâce à l'outil *EQUITIME***
- 2. Développer et promouvoir la formation du personnel**
- 3. Veiller à la qualité de la gestion des ressources humaines médicales**
- 4. Assurer le suivi de la fonction ressources humaines et la qualité du dialogue social au travers du bilan social annuel**

4.1. Connaître et agir sur les effectifs et les maquettes organisationnelles, revoir la gestion du temps de travail grâce à l'outil *Equitime*©

L'audit DMRA rendu en novembre 2016 a mis en évidence que pour maintenir les maquettes organisationnelles actuelles, il manque du personnel. Ce manque théorique a été évalué à 62,88 équivalents temps plein (ETP) hors absentéisme avec des disparités par métiers.

	Présents	Besoins	Ecart
IDE	410	423,52	-13,52
AS	266	281,73	-15,73
ASH	121	126,65	-5,65
SF	45	48,54	-3,54
IBODE	34	36,4	-2,4
IADE	27	27,81	-0,81
Manipulateurs	33	34,12	-1,12
Techniciens de Labo	50	52,55	-2,55
ARM	8	9,68	-1,68
Ambulanciers/Chauffeurs	18	19,83	-1,83
Brancardiers	35	37,98	-2,98
Hotesses	7	6,58	0,42
Kinésithérapeutes	10	10	0
Cuisines	35	41,23	-6,23
Préparateurs en pharmacie	15	16,86	-1,86
Autres	33	36,4	-3,4
TOTAL	1147	1209,88	-62,88

Deux hypothèses ont été envisagées dans l'audit complémentaire réalisé en avril-mai avec l'ANAP :

- Maintenir les maquettes actuelles et procéder aux recrutements nécessaires pour chaque service.
- Revoir les maquettes actuelles selon les recommandations du rapport du cabinet Vogler.

Les maquettes actuelles peuvent en effet être optimisées. Cette optimisation rencontre deux freins non négligeables.

- Manque d'adhésion des équipes et fort attachement des horaires actuels.
- Taille des services : beaucoup de services sont de trop petite taille et consomment trop de personnel (effet de seuil).

La mission sur les locaux et regroupement de services pourrait permettre de résoudre une partie des problèmes.

GARANTIR LA QUALITE DE LA GESTION DES PLANNINGS ET RESPECT DES MAQUETTES D'ORGANISATION

Le non-respect des maquettes organisationnelles devrait être corrigé. Il consomme 22,44 ETP chaque année, en moyenne.

Les maquettes cibles ne sont pas toujours respectées sur le terrain. En effet, il est fréquent de voir sur les plannings un nombre différent d'agents de celui exprimé dans la maquette d'organisation.

En effet, à quelques exceptions près, les cycles sont construits avec une logique identique. Ils alternent une semaine à 36 heures et une semaine à 48 heures de travail.

Les cycles ne sont pas construits en tenant compte des besoins et des maquettes organisationnelles.

Cette construction n'intègre pas de notion d'autosuffisance pour la pose des congés annuels. Il n'existe pas de semaine blanche ou de modèle d'attente illustrant la pose des congés et l'auto-remplacement. Ceci impose à l'encadrement de « lisser » les plannings. C'est à dire d'imposer des repos ou des récupérations d'heures pour éviter les sureffectifs ou de modifier le cycle initial pour compléter un manque. Ceci est très difficile, les agents et les syndicats s'y opposant.

Ainsi on observe parfois un nombre différent d'agents sur les plannings à ce que prévoit la maquette.

ACTIONS

L'action immédiate à entreprendre serait de revoir les cycles de travail. Les nouveaux cycles devraient permettre de mieux répartir le personnel chaque jour (respect des maquettes) et d'intégrer la notion d'auto-suffisante.

- Construire des cycles de travail intégrant des périodes de flexibilité ou des « semaines blanches » ou un système à « bulle 0 ».
- Travailler sur le nombre d'ASH et sur les horaires de ce corps de métier. Les horaires en 11 heures ne correspondent pas aux besoins des services.
- Mettre en place une gestion rigoureuse du lissage des plannings. Le logiciel Equitime permet la création et le suivi d'indicateurs de lissage des plannings.

De façon générale, il convient d'imposer et contrôler le bon lissage des plannings. Cette tâche pourrait être confiée aux cadres supérieurs de département avec des objectifs et indicateurs de suivi. Il serait nécessaire de mettre en place en parallèle, des systèmes de régulation (mutualisation du personnel, Uniformisation des pratiques de récupérations et des repos aux agents...).

REVOIR LE DÉCOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL

Le système actuel de décompte du temps est basé sur la semaine comme période de référence. La réglementation plutôt conçue pour des agents travaillants en 8 heures par jours et 5 jours par semaine, est très propice aux contournements et petites « stratégies ».

Ce système est très favorable aux agents qui peuvent ainsi bénéficier d'heures supplémentaires en nombre très important.

ACTIONS

Les actions envisagées pourraient être, dans un premier temps, locales. En effet, la modification du mode de décompte du temps de travail implique une modification du statut de la fonction publique et n'est pas envisageable sans une importante phase de concertation.

Il convient donc, en premier lieu, d'harmoniser et de respecter les pratiques existantes.

Les points de vigilance sont la pose des congés annuels et les heures supplémentaires réalisées dans le cadre de retour sur repos.

Deux axes de travail sont à déployer :

1. **Créer un Guide du Temps de Travail**.

Ce guide pourrait être construit en concertation et négociation avec les partenaires sociaux. Il permettrait ainsi, en étant moins axé sur la législation (comme le guide en cours de rédaction) et plus sur les pratiques du CHPF :

- d'être un véritable référentiel pour configurer le logiciel Equitime ;
- de formaliser et d'**harmoniser** les pratiques, en particulier de pose des congés annuels.

2. **Configurer Equitime** au regard du GTT élaboré et validé. Ce paramétrage est essentiel pour maintenir équité et égalité entre les agents.

Le déploiement d'Equitime est la priorité 2017 de la direction des ressources humaines et de la direction des soins.

4.2. Développer et promouvoir la formation du personnel

Le CHPF déploie annuellement un plan de formation, sur la base d'une concertation interne et dans le cadre d'une procédure éprouvée.

Au-delà de cette procédure, force est de constater que la mise en place d'une véritable politique de formation demeure un objectif. Une des lignes de force de ce projet devra être de considérer les agents comme des partenaires aux contrats de formation passés avec l'établissement.

Dans ce cadre, la DRHAM veillera au respect des prévisions réalisées comme des enveloppes budgétaires allouées.

A cet effet, la DRHAM devra mettre en place une politique pluri annuelle de formation, en articulation entre les objectifs définis par le projet d'établissement 2017-2021, le projet médical et le projet de soins.

La priorisation des actions destinées à garantir le maintien des compétences et la mise à niveau voire la spécialisation des personnels sera négociée avec les partenaires sociaux, dans le cadre d'enveloppes budgétaires prévisionnelles affichées.

Cette politique devra être validée par le directeur, après concertation avec les partenaires sociaux.

4.3. Veiller à la qualité de la gestion des ressources humaines médicales

La qualité des recrutements et du suivi des carrières des personnels médicaux est un élément déterminant de la qualité des soins, de leur organisation, mais aussi de l'image de l'établissement. La complexité des statuts médicaux comme la sensibilité du public concerné font de ce secteur un point très sensible de la gestion de l'établissement.

Or, sur ce point, malgré les efforts du personnel dédié à cette fonction, le fonctionnement de la DRH est caractérisé par un manque d'anticipation des besoins et une insuffisante réactivité face aux demandes des responsables médicaux.

La DRH devra veiller à garantir un traitement compétent et rapide des dossiers.

Un soutien particulier devra être apporté au responsable du bureau des affaires médicales et à ses collègues, si besoin à travers une démarche de service et un coaching spécifique.

La qualité de l'information restituée aux médecins et aux internes, mais aussi à la CME, doit faire l'objet d'une attention particulière, ceci de façon à éviter les nombreux allers-retours des personnels concernés entre la DRH et leur lieu d'exercice.

La mise en place depuis début 2017 d'une réunion hebdomadaire entre la direction et le président de CME améliore la cohésion de l'action. Cette coordination doit être structurée et confirmée par la DRH.

4.4. Assurer le suivi de la fonction ressources humaines au travers du bilan social annuel et être le garant du dialogue social

L'établissement veille tout particulièrement à la qualité des relations sociales, tant avec les instances paritaires, la CME, qu'avec les organisations syndicales. Ces relations doivent être empreintes d'exigence et de rigueur dans la qualité de la préparation du dialogue au sein des instances (CTP, DP...). Le suivi attentif des personnels par la médecine du travail y contribuera également.

De même, compte tenu de l'importance des effectifs soignants et de leur situation particulière elle mettra en place un suivi attentif et régulier des dossiers en lien avec la direction des soins.

Ce dialogue doit trouver une restitution à travers le bilan social, document de synthèse essentiel, dont la production annuelle par la DRHAM doit être l'occasion d'un retour et d'une analyse des situations de travail.

Enfin, et c'est essentiel, le directeur des ressources humaines s'assurera de la bonne tenue pour le compte de la direction du CHPF d'un dialogue constant et constructif avec la DGRH, complément indispensable de cette démarche de dialogue social.

5. AXE 2. VOLET 2 - LE PROJET QUALITE

La qualité de nos organisations repose sur la satisfaction de nos patients mais aussi celle des familles, visiteurs et professionnels. L'atteinte de cet objectif ne dépend donc pas seulement de l'organisation des soins mais nécessite l'implication de tous les professionnels de l'établissement : soins, médicotechniques, techniques, administratifs.

La démarche qualité engagée au CHPF doit se traduire par une dynamique d'amélioration à tous les niveaux de nos organisations avec le souci permanent d'optimiser la qualité et la sécurité des prestations délivrées aux usagers (patients, familles, visiteurs, professionnels). L'engagement collectif et individuel qui a par le passé fait le succès de cette démarche doit rester constant, avec des objectifs et des réalisations concrètes.

Ainsi, dans le cadre du projet médical pour mesure le suivi et l'efficacité des mesures proposées, il est prévu de créer un tableau de bord associé à des indicateurs pertinents.

Cette politique qualité et gestion des risques a pour objet de décrire le système Qualité et Gestion des risques mis en place au CHPF. Elle détaille notamment les priorités fixées par la Direction Générale, CME et Direction des Soins en matière de qualité et gestion des risques et l'organisation permettant de s'améliorer sur ces thèmes.

5.1. Les domaines qualité et gestion des risques prioritaires

L'identification des domaines Qualité et Gestion des risques prioritaires repose sur:

- Le précédent programme d'amélioration de la Qualité et gestion des risques
- Le rapport de certification HAS V2010 (octobre 2013)
- Le manuel de certification HAS V2014 qui introduit notamment la notion de domaines qualité et gestion des risques prioritaires

16 domaines Qualité et Gestion des risques sont retenus :

- 1- Dynamiser le pilotage qualité et gestion des risques
- 2- Développer les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles
- 3- Finaliser la construction des plans d'urgence pour une meilleure gestion de crise
- 4- Maintenir la dynamique relative à la gestion du risque infectieux
- 5- Promouvoir les droits des patients
- 6- Faire du parcours patient un levier à l'amélioration des organisations (admission, sortie...)
- 7- Maintenir la dynamique relative à la prise en charge de la douleur
- 8- Faire de l'identitovigilance la priorité de tous
- 9- Disposer d'un dossier patient unique, partagé et de qualité
- 10- Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse
- 11- Soutenir la dynamique relative à la prise en charge des admissions non programmées
- 12- Optimiser la prise en charge du patient au bloc opératoire
- 13- Assurer la qualité et la sécurité des prises en charges dans les secteurs à risques et secteurs spécifiques
 - a. Radiothérapie
 - b. Médecine nucléaire
 - c. Imagerie interventionnelle

- d. Endoscopie
- e. Sécurité en gynécologie obstétricale
- f. Don d'organes

14-Coordonner la prise en charge des patients atteints d'un cancer

15-Faire face aux vols, violences, incivilités par une démarche de sûreté affirmée

16-Définir une politique de sécurité du système d'information

Focus : Audit sûreté (priorité qualité n°15)

Le Centre Hospitalier de Polynésie française est un établissement public et peut, en tant que tel, constituer une cible et être exposé à des risques majeurs de natures diverses : vol d'équipements sensibles ou de produits de santé, détournement de matières dangereuses, sabotage, détérioration ou destruction d'installation, agression, etc. Ces risques justifient le classement du CHPF en secteur d'activité d'importance vitale (SAIV).

De fait, la mise en œuvre de mesures de sûreté et de sécurité visant à préserver la continuité et la qualité des soins s'impose. Dans ce contexte, le Centre Hospitalier de la Polynésie française se doit de renforcer la sécurité des équipements, des personnes et des biens sur son site principal – bâtiment médecine-chirurgie-obstétrique – et ses entrepôts.

En vue d'identifier les forces et les faiblesses de notre organisation, un audit sûreté et sécurité est en cours de réalisation. Il vise notamment à :

- Réaliser un état des lieux approfondi du site
- Evaluer la maîtrise des différents flux
- Proposer des dispositifs de défense pour sécuriser les composants névralgiques
- Analyser notre système de contrôle d'accès
- Chiffrer le rapport coût / bénéfice du renforcement de la sûreté
- Proposer les actions correctives prioritaires

La première phase de l'audit soulève déjà un certain nombre de questions auquel notre établissement devra répondre :

- L'identification d'un responsable sûreté
- La définition d'une politique sûreté et sa communication à l'ensemble du personnel
- La création de zones d'accès restreint (ZAR)
- La modification des accès aux parkings et locaux
- La révision des systèmes de vidéo-protection
- L'amélioration des systèmes d'accès sécurisés (badges/ digicodes/ passes)

Le pilotage de la démarche

Le comité de pilotage (COFIL) qualité / gestion des risques est chargé du pilotage de la démarche. Le COFIL se réunit une fois par mois. Il est composé :

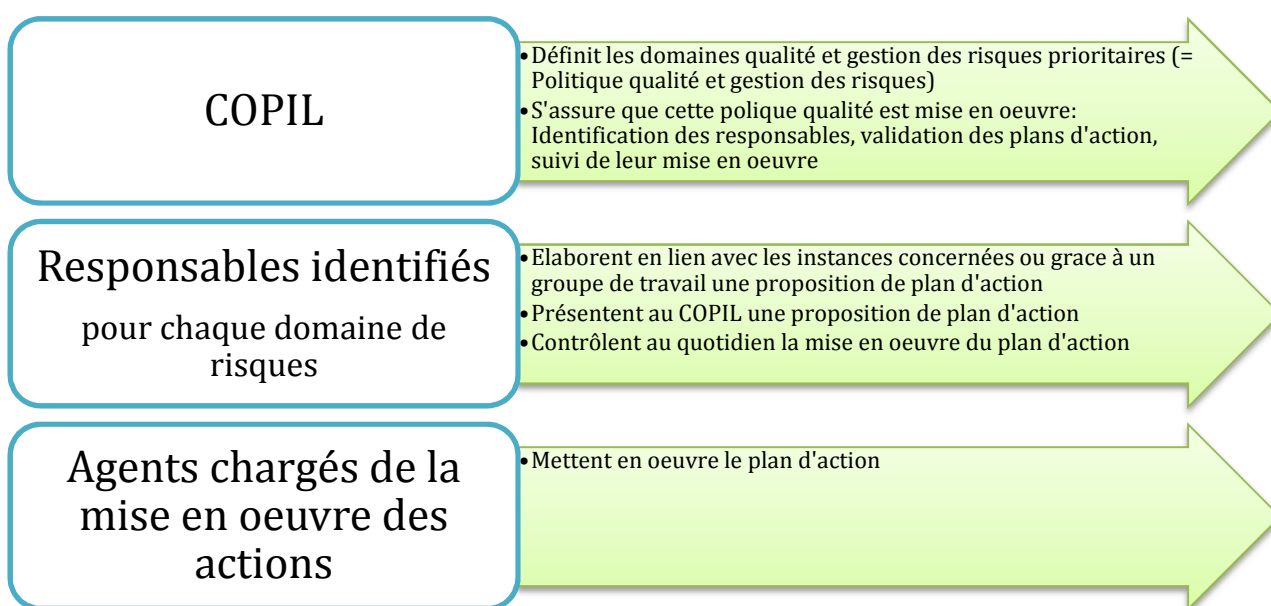
- Du directeur du CHPF
- Du président de CME
- Du directeur des soins
- Du directeur de la qualité, de la gestion des risques et de la communication

La déclinaison des domaines prioritaires en plan d'action

Afin de s'assurer de la déclinaison des domaines prioritaires en programmes d'action, le COPIL identifie pour chacun des domaines listés ci-dessus un responsable. Ces **responsables** sont chargés :

- **De proposer au COPIL des plans d'action détaillés** (responsables de la mise en œuvre des actions identifiés, échéances fixées...), construit en lien avec les instances concernées ou si nécessaire des groupes de travail dédiés.
- **De suivre la mise en œuvre des plans d'action validés par le COPIL.** Ces responsables seront invités à *minima* une fois par an en COPIL afin de faire part de l'avancée des projets.
- **De traiter les fiches améliorations qui les concernent** (recueil d'information, analyse des causes, identification des actions d'amélioration, mise en œuvre ou suivi des actions d'amélioration)

Une fois validés, ces plans d'actions viennent alimenter le **programme qualité et gestion des risques** de l'établissement. Afin de faire connaître les projets en cours au CHPF, ce programme est mis à disposition de tous les professionnels sur le portail Qualité/gestion des risques de l'établissement.



5.2. L'engagement des départements dans la démarche qualité / gestion des risques

De par leur activité, les unités de soins et départements peuvent être confrontés à des problématiques spécifiques, non partagées par le reste de l'établissement. La démarche par domaine Qualité et Gestion des risques (voir ci-dessus) ne répond que partiellement à ces problématiques (procédures de spécialité, événements indésirables liés à l'organisation du service...).

Afin de favoriser l'échange sur ces thèmes et en lien avec la cellule qualité, les conseils de département organisent des réunions au cours desquelles sont traitées les questions relatives :

- Aux événements indésirables déclarés ou en cours de traitement
- Aux procédures en cours de rédaction ou en projet
- Aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) : Indicateurs de pratiques professionnelles, revues de pertinence, audits...

Les modalités d'organisation de ces réunions seront formalisées dans les règlements intérieurs des départements.

Ces réunions permettent :

- De décider de thèmes Qualité et Gestion des risques à traiter prioritairement au sein du département : procédures, événements indésirables, thèmes d'évaluation...
- D'identifier des responsables
- De décider d'actions de communication au sein du département
- D'assurer le suivi de la démarche
- De favoriser l'expression des personnels de soins

5.3. La poursuite de la démarche de certification

Le CHPF s'est engagé en 2011 et de façon volontaire dans la démarche de certification par la Haute Autorité de Santé (HAS). Cet engagement doit être poursuivi afin de valoriser l'engagement de tous les professionnels dans la recherche d'une amélioration des pratiques et de la sécurité. Il s'agit en outre de bénéficier d'un regard extérieur sur nos pratiques et prouver à la population ainsi qu'à nos tutelles la qualité de nos organisations.

5.4. Améliorer la qualité, mieux communiquer

La communication du CHPF doit se structurer et s'améliorer.

le plan d'action en 6 points est fixé par la direction, il est confié à la direction de la qualité, gestion des risques et communication depuis le 1er juillet 2017

5.4.1. Renforcer la communication Web

Objectifs

- o Proposer au grand public des informations actualisées permettant de connaître le CHPF et ses projets
- o Faciliter l'accès au soin et la prise de rendez-vous

Actions

- o Mettre à jour le site internet
- o S'appuyer sur les réseaux sociaux comme vecteur d'information

5.4.2. Affirmer l'identité du CHPF et fédérer les équipes

Objectifs

- o Rendre les valeurs de l'établissement connues de tous
- o Mettre en avant les initiatives individuelles et collectives, professionnelles et personnelles

Actions

- o Définir les valeurs de l'établissement
- o Moderniser le journal interne

5.4.3. Rendre plus lisible au patient son parcours au sein de l'établissement

Objectifs

- Faciliter le parcours du patient

Actions

- Optimiser la signalétique de l'établissement
- Mettre en place des supports de communication numériques dans les secteurs de consultation
- Utiliser la chaîne tv interne du CHPF

5.4.4. Miser en interne sur l'information électronique

Objectifs

- Faire de l'intranet le carrefour de l'information au sein de l'hôpital
- Favoriser le partage de l'information et le travail collaboratif

Actions

- Créer un véritable intranet
- Fournir à tous les agents un accès à la messagerie électronique
- Moderniser l'annuaire CHPF

5.4.5. Faire du CHPF un lieu d'échange et d'apprentissage ouvert à tous

Objectifs

- Améliorer l'image de marque du CHPF
- Ouvrir le CHPF aux non-patients

Actions

- Définir chaque année les journées mondiales qui seront suivies par l'établissement
- Organiser au sein de l'établissement des événements ouverts à tous et portant sur des sujets qui concernent la population

5.4.6. Gérer les publications

Objectifs

- Harmoniser et rendre cohérent le dispositif
- Disposer de supports de communication attractifs, adaptés et facilement utilisables par l'ensemble des cibles

Actions

- Définir une charte graphique commune à tous les documents institutionnels
- Réaliser des supports de communication intégrant les chiffres clefs du CHPF
- Mettre en place une alternative au dossier partagé K:/PUBLIC

6. AXE 2. VOLET 3 - LE PROJET DE GESTION

Le Projet de gestion s'articule autour de deux priorités :

1. C'est d'une part le développement d'un dialogue de gestion entre la direction et les différents secteurs d'activité de façon à améliorer l'efficience ;
2. Et c'est d'autre part le développement de la comptabilité analytique, pour connaître les coûts et les modifier.

6.1. PRIORITE 1 - développer un dialogue de gestion de projet guidée par la recherche d'efficience

Le principe d'efficience dans l'utilisation des moyens doit être notre préoccupation constante. Il est à ce titre rappelé dans le projet médical et dans le projet de soins comme l'un des principes qui soutient notre action.

Compte tenu de son importance, nous considérons que c'est une des cinq valeurs fondatrices du projet d'établissement du CHPF

Selon le projet médical, l'établissement est organisé en unités médicales et départements :

- les unités médicales sont en charge de l'action dans leur domaine respectif grâce aux moyens nécessaires à leur fonctionnement qui leurs sont alloués. Ils disposent des outils nécessaires à l'évaluation de leur activité.

- les départements coordonnent les activités des unités médicales et émettent des avis sur les projets nouveaux et /ou transversaux. Ils coordonnent la répartition des moyens alloués à l'établissement au cours des commissions correspondantes ou chaque département sera invité et entendu avec le ou les responsables d'unités médicales concernées, afin de mener ces projets à terme.

L'ensemble des processus discuté en commission doivent **obtenir** l'avis favorable de la CME.

Pour négocier tout projet nouveau ou transversal, on utilisera une fiche Projet qui doit respecter les principes suivants :

- **Cohérence avec le SOS** : si oui, préciser avec quelle disposition.
- **Epidémiologie** : indiquer le nombre de nouveaux patients concernés ; éventuellement préciser si le projet induit une substitution d'activité existante.
- **Qualité des soins** : préciser quel est l'apport en termes de qualité, de durée au bénéfice du patient : préciser en quoi et comment
- **Impact sur le travail des équipes** : indiquer si le projet permet ou prend en compte une amélioration des pratiques professionnelles et /ou des conditions de travail : préciser en quoi
- **Innovation** : le projet comporte une innovation médicale, soignante, organisationnelle. Préciser laquelle
- **Economicité** : préciser si le projet comporte ou implique une organisation des soins plus efficiente : laquelle ou lesquelles ?

- **Transversalité** : indiquer par exemple l'impact sur d'autres activités, ou mise en place de réseau avec les professionnels ou établissements de santé extérieurs.
- **Moyens demandés** : chiffrage sur 5 ans des ressources à valider par la DRH et la Direction Financière
- **Moyens restitués** : engagement du responsable de projet : chiffrage à valider par la DRH et la Direction Financière

Le modèle de fiche-projet est porté en annexe.

Un exemple de projet nouveau, celui de l'hôpital de semaine, est présenté ci-après :

Illustration du contrat de département : La mise en place d'un hôpital de semaine en chirurgie

Le secteur d'hospitalisation chirurgie viscérale a un taux d'occupation supérieur à 90% et recourt fréquemment à l'hébergement dans d'autres secteurs de chirurgie. Afin d'offrir une alternative aux lits d'hospitalisation complète, le département de chirurgie défend la mise en place d'un secteur d'hospitalisation de semaine.

Le projet du département de chirurgie réalisé en lien avec la CME et la Direction des soins propose la mise en place de 5 à 10 lits d'hôpital de semaine en chirurgie urologique et digestive. Les effectifs nécessaires sont évalués à 1 IDE et 3 AS.

Le mode de financement du CHPF n'étant pas lié à l'activité, les ressources nécessaires au projet doivent être trouvées en interne. Dans ce contexte, un audit de l'ANAP réalisé au premier semestre 2017 a permis d'identifier des pistes de travail susceptibles de fournir au département de chirurgie les effectifs nécessaires à l'ouverture de l'hôpital de semaine. Ces propositions d'amélioration étant susceptibles d'impacter les équipes nécessitent une concertation au sein du département.

La volonté de créer un hôpital de semaine et les engagements à modifier les organisations pourraient être formalisés dans un contrat de département signé par toutes les parties prenantes. Il s'agit ici de rassembler autour d'un même objectif les représentants du personnel, les représentants de la CME, la direction des soins, la direction des ressources humaines, la direction des moyens généraux et la direction des affaires financières.

Faire de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion les instruments clefs de toute prise de décision de gestion

Rapport de la chambre territoriale des comptes de Polynésie française 2014

A cet effet, une mission d'audit a été diligentée par la direction et confiée à M. Yves Gaubert en février 2017. Le présent document en reprend l'essentiel pour en faire un des axes du projet d'établissement.

La comptabilité analytique hospitalière permet de connaître le coût de chaque fonction de l'hôpital.

L'hôpital ayant pour mission principale le soin, notre premier objectif sera de déterminer le coût des séjours hospitaliers dans les différentes disciplines médico-chirurgicales.

Ainsi, le coût de chaque séjour intègre les dépenses de personnels travaillant au chevet du patient (médecins, soignants, agents de service...) mais aussi dans les blocs opératoires, dans le service d'imagerie, les laboratoires, la pharmacie, la cuisine, la blanchisserie. A ces charges, il faut ajouter tous les achats de médicaments, les dispositifs médicaux (prothèses, compresses, pacemakers, réactifs de laboratoire...), l'énergie, l'eau, les denrées alimentaires... et enfin les coûts liés aux bâtiments et aux équipements (IRM, Scanner...)

Ceci vaut pour les séjours, mais aussi pour les passages aux urgences, les examens de laboratoires, les transports, l'administration ou le coût des repas...

Pour parvenir à calculer ces coûts, la comptabilité analytique doit « découper » l'hôpital par fonctions de production et chiffrer le coût de chaque unité produite.

Quel bénéfice le CHPF peut-il tirer de la comptabilité analytique?

- C'est d'abord un outil de dialogue avec les financeurs et les autorités de contrôle. En effet dans un environnement économique très tendu, il est de plus en plus difficile d'obtenir des budgets sans argument indiscutable.
- C'est un outil de dialogue interne : Nous devons partager les données de coûts et d'activité pour améliorer collectivement l'efficacité des services et l'efficacité globale de l'hôpital.
- C'est un outil de stratégie : Doit-on développer ou non une nouvelle activité, une nouvelle technique médicale ? Ces décisions ne peuvent être partagées que si elles reposent sur des données objectives.
- C'est un outil d'équité : Il s'agit de répartir au mieux les ressources notamment humaines sur la base de production de soins ou de services réalisés.
- C'est un outil de comparaison : Pour améliorer l'efficacité, la connaissance de nos coûts de production nous permet de comparer ce que nous faisons à des référentiels existants sur l'ensemble des activités.
- C'est un outil de mesure de la pertinence : Il permet d'évaluer par exemple le taux de recours à certains examens par unités médicales comparées à l'échelle de référence pour les mêmes séjours.

Un développement pragmatique

Comme toute activité humaine, la comptabilité analytique exige un temps d'apprentissage : Il faut d'abord apprendre à se tenir debout et à marcher, avant de pouvoir courir...

L'important est de commencer maintenant et d'avancer de manière continue. Ainsi au CHPF, 54% des charges sont des coûts de personnel, et le rapprochement des emplois à la valorisation des séjours d'une unité fournit déjà une information précieuse. Par exemple, en cuisine les coûts des matières produits et du personnel représentent près de 85% des charges. On peut ainsi aller à l'essentiel et avoir une première approche fiable des coûts en évitant une trop grande complexité.

6.2. Le diagnostic

L'analyse de l'existant a été réalisée à travers un audit réalisé en février 2017 à partir des documents administratifs disponibles et par entretiens, sur la base des données médico-économiques fournies par le service d'information médicale.

6.2.1. Les documents existants :

Le compte administratif retrace avec précision la gestion financière et comptable de l'établissement. Au CHPF, en matière de ressources humaines, comme le souligne le rapport de la DMRA de novembre 2016, l'information se limite au suivi budgétaire (Titre 1) et au tableau des emplois. Cette absence de données est aggravée par le fait que le bilan social n'est plus produit depuis l'exercice 2013.

L'information médicale est disponible et de qualité : elle est produite en routine depuis Près de 10 ans (en dehors de l'année 2014). Les séjours et séances (dialyses, radiothérapies, autres chimiothérapies, transfusions...) sont retracés par spécialités médicales. Ils intègrent également les activités de consultations et de plateau technique, des informations relatives à la file active et démographique. Enfin on connaît pour chaque unité médicale le nombre de journées.

Le fichier commun de structure : La création ou suppression d'unité est conforme aux règles, néanmoins, l'audit a mis en évidence un faible usage de certaines unités, voire des unités créées et non utilisées, comme par exemple l'UF « surveillante de bloc ». Il recommande de ne pas créer d'unité dans le seul but de faire reconnaître une fonction ou un poste.

Le schéma directeur du système d'information 2008-2012 prévoyait l'analyse des coûts des séjours mais malheureusement ceci n'a pas été réalisé.

Ainsi début 2017, aucun document n'est produit en routine, même si quelques travaux d'analyse ont pu être conduits ponctuellement.

6.2.2. L'analyse de données et les constats

Un modèle de financement du CHPF qui freine le développement de la comptabilité analytique, et conduit à une insuffisance d'objectivation dans les prises de décision.

Les outils d'analyse de gestion sont peu utilisés dans la prise de décisions, tant en matière de gestion interne que dans la relation avec le financeur.

Le financement par la dotation globale ne rend pas spontanée l'usage d'une comptabilité analytique.

Cependant, le CHPF réalise depuis plus de 10 ans la description de sa production médicale. Ce travail de qualité est remarquable compte tenu de l'absence d'intérêt à en tirer en termes de recettes.

Malgré cela, le travail sur les charges n'est pas commencé, en dehors de travaux ponctuels sur le plateau technique ou pour illustrer l'intérêt de développement de nouvelles prises en charge médicales sur le territoire.

L'absence d'usage effectif des données de production médicale, l'absence d'analyse de coûts ainsi que le changement de périmètre du calcul des charges et produits n'ont pas contribué à la mise en place d'outils de gestion.

6.2.3. Conforter le CHPF dans sa relation avec le financeur

Dans la relation du CHPF avec le financeur, l'audit a mis en évidence qu'à périmètre constant (c'est-à-dire en se référant aux patients relevant de la CPS) le financement de la dotation est inférieur à un financement théorique qui serait calculé à partir de l'activité calée sur les tarifs métropolitains affectés d'un coefficient de 1,39.

De surcroît, le coût des molécules et dispositifs médicaux onéreux sont intégrés pour la plus large part à l'enveloppe budgétaire du CHPF alors qu'ils sont payés en métropole en sus des tarifs et dont la croissance annuelle en valeur est comprise entre 5 et 10%

Pour mémoire, en 2016, cette mesure aura coûté 966 millions de francs au CHPF.

Par ailleurs, si le CHPF était financé en tarification à l'activité, son financement serait complété par des missions d'intérêt général¹ dont le financement représenterait de 10% à 15% de financements supplémentaires. L'évaluation au plus juste du coût de ces missions suppose de disposer de la comptabilité analytique.

6.2.4. Dynamiser le dialogue de gestion interne

L'audit a mis en évidence que le projet de développement de la comptabilité analytique ne suscite pas d'opposition. Il souligne que l'intérêt d'acteurs motivés et en capacité de la mettre en œuvre est un atout pour le projet.

Les points de progrès sont évidents :

- L'affectation des coûts des ressources humaines pour les personnels soignants repose sur des critères peu formalisés. Aucun rapprochement entre la première source de charge (plus de 54% de l'ensemble des charges) et la production n'est réalisée (journées, séjours, valorisation).

¹En T2A, des Missions d'intérêt général s'ajoutent aux recettes de tarification et représentent entre 7 et 15% du budget d'un hôpital : elles financent la permanence des soins, les activités de recours, les vigilances, les consultations VIH, l'éducation thérapeutique, les soins palliatifs, les consultations génétiques, la cancérologie pédiatrique, la coordination en cancérologie, la nutrition parentérale, le lactarium, la télémédecine, les dépenses pour les patients situation de précarité, l'addictologie, la prise en charge épidémique et de catastrophe, les chambres sécurisées pour détenus ...

- Un processus de comptabilité analytique aussi classique que le calcul du coût du repas pour les patients n'est pas en place. Bien que disposant de l'essentiel de l'information nécessaire le chantier n'est pas engagé
- Le système d'information est organisé par direction et par service. Il est peu adapté en l'état à l'analyse par fonction. L'information traitée est disponible pour un usage donné. Elle n'est pas facilement partageable.
- De manière générale les charges directes sont affectées à l'occasion des commandes à l'unité fonctionnelle concernée mais aucune charge directe de production interne n'est réaffectée aux unités consommatrices finales.

Forts de ces constats, il est temps de mettre en place un plan d'action permettant de garantir la faisabilité de la comptabilité analytique au CHPF

6.3. Plan d'action

Le projet de mise en place de la comptabilité analytique est un élément essentiel du projet d'établissement. Il sera conduit avec pragmatisme, sur la base d'une mise en œuvre progressive.

6.3.1. Mettre en place un groupe opérationnel

Le développement de la comptabilité analytique doit s'inscrire dans une démarche de projet. Ce projet par définition transversal doit être soutenu par un groupe opérationnel multidisciplinaire.

Coordonné par le Directeur des finances assisté d'un contrôleur de gestion, il sera composé de représentants des services suivants :

- Direction des systèmes d'information et de l'organisation
- Direction des finances
- Services médicaux (médecine et chirurgie)
- Direction des ressources humaines
- Direction des soins infirmiers
- Direction des moyens généraux
- Service d'information médicale
- Plateau technique (Laboratoires, Imagerie, Bloc, diététique...)
- Pharmacie
- Service qualité
- Bureau des entrées

6.3.2. Adapter en priorité le système d'information

Comme le système d'information est organisé par fonction de gestion, les outils et les accès à l'information sont légitimés par le rôle de chacun dans le processus.

Ainsi les informations relatives aux ressources humaines essentiellement orientées vers la rémunération ne sont pas disponibles pour les cadres soignants. Le système de gestion des

médicaments n'est pas accessible par le service d'information médicale. Le système de gestion financière ne peut répercuter les charges directes de sous-traitance de biologie...

L'objectif est donc de mettre à disposition de chaque unité toutes les ressources qu'il consomme pour sa production. Ce système doit permettre d'évaluer à échéance régulière les ressources consommées, de la même façon il devrait pouvoir disposer de son volume de production.

L'un des préalables du projet est de faire évoluer le Système d'information dans ce sens.

6.3.3. Communiquer sur les objectifs de la comptabilité analytique

Suivant les recommandations de l'audit, on commencera par la mise en place d'un outil de la comptabilité analytique relativement simple permettant de lancer la démarche et la montée en compétence. Les outils seront améliorés au rythme des productions et des analyses réalisées.

COMPTABILITE ANALYTIQUE : Nos 3 objectifs opérationnels

1. Renforcer l'analyse des coûts et suivre leur évolution. Le suivi des coûts des produits de santé sera un axe prioritaire compte tenu de la croissance de ce poste de dépenses lié au progrès médical.
2. Assurer un suivi stratégique de l'établissement de santé par grande fonction: départements médicaux, logistique...
3. Eclairer les décisions stratégiques sur des données objectives par exemple dans le choix de développement de prise en charge au CHPF d'activité jusque-là réalisées en métropole ou sous-traitées localement.

6.3.4. Mise en œuvre du projet

L'objectif est de produire dès cette année des premiers résultats utilisables et partagés.

Concernant l'activité médicale, le service d'information médical a produit la valorisation par service et unités. En conséquence la moitié du chemin d'analyse est déjà réalisé, il convient maintenant de compléter progressivement par les charges afférentes.

Voici la liste non exhaustive des activités qui pourraient faire l'objet d'intégration dans la comptabilité analytique dans la première et la deuxième vague.

- Services médicaux
- Services chirurgicaux
- Service d'obstétrique
- Accueil et Traitement des Urgences
- SMUR
- Dialyse
- Laboratoire 1
- Laboratoire 2
- Bloc Obstétrical

- Blocs Opératoires hors Bloc obstétrical
- Anesthésiologie
- Explorations Fonctionnelles
- Pharmacie
- Stérilisation
- Génie Biomédical
- Restauration-Production
- Blanchisserie

7. AXE 2. VOLET 4 - LE PROJET DE SYSTEME D'INFORMATION

Le projet du système d'information définit les grandes orientations qui permettront d'accompagner informatiquement les démarches majeures déclinées dans le projet d'établissement. Les grandes orientations devront permettre de poursuivre l'informatisation des unités et des services de soins, rendre les utilisateurs plus autonomes, sécuriser le réseau et l'accès aux informations médicales et améliorer l'accessibilité à l'informatique en général. Ce projet reprend pour partie le schéma directeur du système d'information et le complète.

Dans le cadre de la construction de son nouvel hôpital, le Centre Hospitalier de la Polynésie française avait lancé en 2002 son **1^{er} Schéma Directeur du Système d'Information et de Communication**. Encouragé par son fort taux de réalisation il fut actualisé pour la période 2008 – 2012, s'appuyant sur la même stratégie, basée sur un développement interne des fonctionnalités du noyau du système, autour duquel viennent se greffer des progiciels de spécialités. Le manque chronique de trésorerie et l'absence de recrutement ont amené petit à petit, le système d'information (SI) à stagner, puis à régresser, l'établissement n'étant plus en capacité de suivre le rythme des demandes d'évolution des professionnels de santé.

Ce constat fut consacré en 2015 par la deuxième actualisation du Schéma Directeur du Système d'Information et le retour de nos capacités à investir. Les orientations précédentes ont évolué et de nouveaux besoins ou priorités sont apparus.

Le CHPF souhaite désormais se comparer aux référentiels nationaux, être le support du plan cancer de Polynésie française, moderniser ses outils de travail et accélérer la mise en œuvre d'une démarche qualité propre au système d'information.

Cette situation intervient au moment où le système de soins semble faire l'objet d'une révolution extraordinaire liée au numérique. Elle sera intelligente (objets connectés et système d'analyse des données – Dr Watson) et massivement distribuée (accroissement du nombre de sources de données, délocalisation, ...) mais sera avant tout celle des données (les data) par l'explosion de la quantité à traiter.

Quatre grands axes se détachent : la dématérialisation avec comme objectif le « zéro papier » ; la mobilité, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, avec la projection des ressources de soins, tout en garantissant l'accès à l'information médicale, la réalisation d'actes à distance par le développement de la télémédecine et enfin le partage de cette information médicale, entre professionnels de santé, par la création de « groupements collaboratifs » et de réseaux de soins.

Tous ces changements ont le même objectif : améliorer la prise en charge des patients (performance et efficacité) tout en contrôlant les dépenses (environnement financier contraint).

Face à cet enjeu le dernier diagnostic stratégique a mis en avant les points forts et les points faibles du SI de l'établissement.

Les axes stratégiques structurant retenus sont les suivants :

- Une position régionale incontournable qui conduit le SI du CHPF à être l'outil central de partage des informations au niveau régional;
- Le SI doit permettre au CHPF d'être un établissement structuré et performant ;
- Le CHPF doit être le moteur de déploiement des moyens régionaux ;
- Le CHPF et le Pays ont besoin d'un SI performant pour accompagner le SOS et permettre la circulation de l'information

Les attendus du système d'information visent d'une part à consolider la situation actuelle en corrigeant les dysfonctionnements constatés et à doter l'établissement d'une plateforme technique (réseau, support) professionnelle sécurisée et d'autre part à lancer de nouveaux projets qui vont le préparer aux défis futurs (dématérialisation, communauté hospitalière, collaborations avec la médecine de ville et télémédecine).

Le SI doit être un outil d'aide et de support. En cet instant, il ne l'est pas suffisamment et le constat établi montre que certaines organisations ne fonctionnent pas de manière optimale.

Les principaux processus présentant des dysfonctionnements sont identifiés et les projets d'amélioration intégrés.

Globalement, très peu de processus liés au système d'information sont intégrés dans la démarche qualité de l'établissement et la Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation (DSIO) présente peu de procédures qualité liées à ses propres processus.

Les processus de développement informatique et de « Hotline » (service d'assistance aux utilisateurs) présentent de nombreux gains potentiels. Face aux nouveaux enjeux, aux contraintes budgétaires et à la réactivité croissante dont il faut faire preuve (évolutions technologiques de plus en plus rapides), il a été décidé d'industrialiser les activités de la DSIO et de quitter l'ère « artisanale » du presque tout « fait main ».

Cette politique se traduit, notamment, par la mise en œuvre d'outils automatiques de préparation des matériels, de diffusion des applications et par le remplacement des postes de travail lourds par des postes légers standardisés, objectif par l'analyse, via un outil automatique, des usages réels.

Il s'agit aussi de s'appuyer, dès que c'est possible, sur les solutions logicielles des éditeurs du marché de la santé, seuls capables aujourd'hui de suivre les évolutions des besoins fonctionnels et d'en faire profiter un ensemble d'établissements.

Les applications dont nous gardons la maîtrise en interne seront mises en sécurité et modernisées pour que l'ensemble de l'équipe de l'unité système d'information puisse les maintenir, avec un seul et même outil de développement, dans des délais raisonnables.

Un processus de ré ingénierie et de rétro documentation des applications « historiques » a commencé et se poursuivra jusqu'à atteindre cet objectif.

Pour chaque application « historique » nous déciderons, selon le cas, de la faire évoluer techniquement ou de la remplacer par un progiciel du marché, en l'absence de spécificités importantes (gestion de la pharmacie, gestion des stocks et logistique, gestion administrative des patients, gestion financière et comptable, ...).

Pour gagner en efficacité il est convenu de nommer des chefs de projets et référents fonctionnels, pour l'ensemble des projets, qui devront principalement être des personnes « métier » pour le suivi et le paramétrage des outils informatiques qui ne doivent plus être perçus comme ceux de la DSIO mais bien ceux des services qui doivent se les approprier.

C'est d'ailleurs un groupe de travail pluridisciplinaire qui a fait le constat du différentiel fonctionnel très important entre l'état d'avancement des établissements de métropole et le CHPF, en ce qui concerne le SI médical.

La gestion de projet va désormais s'appuyer sur un outil informatique partagé, formalisant une méthodologie commune, servant également d'outil de communication auprès des utilisateurs. Cette stratégie doit permettre des gains de productivité et de limiter les besoins supplémentaires en personnel de la DSIO qui reste légèrement sous dotée par rapport à ses missions.

L'effectif actuel des équipes de la DSIO est de 18.5 ETP qui représente :

- En poste budgétaire : 19 / 1775 soit **1,07 %**
- En ressources présentes : 17.5 / 1945 (1893 agents + 52 vacataires) soit **0.89 %**

Comparé à la dotation en ressources humaines des Centres de Lutttes Contre le Cancer (CLCC) qui est de **1,43 %** et à celles des CH de **0,73 %** et des CHU de **0,85%** (source DGOS, données 2015 de l'ATLAS 2017 des SIH : partie 5 - Dépenses et moyens humains consacrés aux SIH -) l'effectif de la DSIO semble bien dimensionné pour des fonctions de gestion technique et d'accompagnement des utilisateurs mais pas du tout pour des missions de développement. Il est rappelé que les établissements métropolitains d'où sont issues ces statistiques font régulièrement appel à la sous-traitance et externalisent plus facilement certains processus. Il est à noter aussi que plus aucun établissement de santé métropolitain, comparable au CHPF, ne développe encore ses outils de production de soins car cette politique n'est plus supportable financièrement et l'offre industrielle a atteint un niveau de maturité suffisant.

Le comparatif financier que nous avons établi en 2015, entre le coût de la solution actuelle et le coût d'acquisition d'un progiciel du marché, confirme cette analyse et plaide aussi pour l'acquisition de solution progicelle.

Ce comparatif donne les conclusions suivantes :

- coût de la solution actuelle : 206 millions cfp (soit 71 MXPf de prestations confiées à une société extérieure pour le Dossier Médical Patient hospitalier et 135 MXPf pour une moyenne de 2 ETP par an depuis 2007)
- coût estimé d'acquisition, de mise en place et de maintenance d'un progiciel : 150 millions).

L'établissement a donc pris la décision, conformément à sa stratégie d'industrialisation, d'arrêter le développement de la partie médicale du SI, pour aller vers du progiciel.

Le précédent Schéma Directeur (2008-2012) prévoyait déjà ce type d'orientation pour la production de soins.

Les demandes des utilisateurs tournent principalement autour des axes suivants :

- développer les fonctions médicales rapidement ;
- sécuriser les développements « maison » ;
- prendre en compte l'optimisation du bloc opératoire ;
- introduire une démarche qualité dans la gestion du SI.

Dans ce contexte et dans le cadre des orientations stratégiques visées, le développement du Système d'Information dans le Centre Hospitalier se fera de manière progressive. En s'appuyant sur l'architecture technique et fonctionnelle actuelle, **les premiers projets visent, avant tout, à rendre efficient et performant le SIH de l'établissement en tenant compte de la conjoncture financière contrainte.**

Les principaux axes stratégiques d'évolution retenus sont les suivants :

- Informatiser en priorité la programmation de bloc ;
- Choisir une solution du marché pour le Dossier Patient Informatisé qui soit interopérable, multi Etablissements juridiques, multi Etablissements de Santé, et ses modules annexes (urgences et dossiers de spécialité) ;
- Dématérialiser les supports avec pour objectif le « zéro papier »
- Mettre en œuvre un projet « qualité du système d'Information » ;
- Doter l'équipe informatique de moyens de productivité propres ;
- Organiser et sécuriser les développements « maisons » ;
- Participer activement aux projets de télémédecine mis en œuvre par le pays ;
- Participer activement au développement des réseaux de soins ;
- Partager l'information médicale avec les acteurs du secteur de la santé, y compris les patients, dans le respect de la réglementation ;

Des briques métiers complémentaires au DPPI (dossier patient informatisé interopérable) permettront de combler le reste du retard fonctionnel accumulé.

Les activités du CHPF sont atypiques et non classiques comparées au secteur de la santé métropolitaine. Elles sont comparables par certains aspects à celles d'un CHU mais notre fonctionnement diffère et se rapproche parfois de celui d'un CH. Il est nécessaire de choisir un outil, pour le dossier de soins, capable de répondre aux deux types de besoin et ne pas se laisser enfermer dans un outil trop spécialisé.

Le nouveau dossier de soins doit s'intégrer dans l'organisation future annoncée par le SOS. Le projet dépasse le cadre de l'établissement et intégrera les problèmes d'organisation sanitaire au-delà de notre structure.

Le SOS et le Schéma Directeur Stratégique du SI de Santé du Pays ont été validés au premier trimestre 2016 et la mise en œuvre d'instances de pilotage, impliquant les différents acteurs concernés, permettra de définir les évolutions nécessaires à une plus large collaboration entre les professionnels de santé.

Les principes de base suivants président à la mise en place des projets :

Limiter le nombre d'applications différentes: Partout où c'est possible, il faut privilégier l'extension des fonctionnalités des applications existantes plutôt que d'installer des solutions séparées pour chaque besoin. Les avantages de la concentration sur un nombre restreint de grandes applications sont évidents : intégration implicite des données communes, plate-forme technique unique et accessible partout, disponibilité d'expertise pour la maintenance, économie sur les licences et les développements, diminution drastique du nombre d'interfaces, garantie de la pérennité, etc.

Intégrer : il est en effet rare qu'une application ne nécessite pas une forme ou une autre d'intégration avec le reste du système d'information. La qualité et la cohérence du système d'information dépend directement de la capacité à faire réaliser ces interfaces, de manière fiable, simple et solide.

La gouvernance du système d'information (SI) est de la responsabilité d'un comité de pilotage du SI et du directeur général. C'est une partie de la gouvernance du Centre Hospitalier. Elle consiste donc dans le pilotage, les structures organisationnelles et les processus qui garantissent que l'organisation du SI soutient les objectifs et la stratégie de l'établissement.

Il a été décidé de promouvoir le système d'information par une démarche de communication orientée vers les utilisateurs. La démarche de communication sera formalisée dans un plan d'actions de communication qui devra s'appuyer sur différents outils et vecteurs qui restent à développer.

L'architecture fonctionnelle du système d'information-cible et le détail du projet de service sont portés en annexe.

8. AXE 2. VOLET 5- Projet logistique

La fonction logistique est une démarche globale et transversale qui doit intégrer afin d'être performante les notions de sécurité, d'hygiène, de traçabilité et également de fonctionnement en mode dégradé.

Le projet logistique 2017 du CHPF est orienté suivant deux grandes priorités :

- **la sécurité des personnes** et leur déplacement dans le bâtiment,
- **la sécurisation des activités**, notamment celles permettant de faire fonctionner le bâtiment et celles dépendantes d'approvisionnement extérieurs tels que la pharmacie, le magasin général, la cuisine.

Ce projet vise d'une part, à renforcer la sécurité, élément essentiel pour le fonctionnement d'un établissement hospitalier tant pour le personnel que pour les patients et, d'autre part, assurer une activité médicale continue en minimisant les risques liés aux défauts d'approvisionnement et à la performance des installations techniques.

Les actions à mettre en place s'inscrivent dans une volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients ainsi que la qualité du cadre de travail du personnel.

Il s'appuie également sur la collaboration interservices (PC sécurité, services techniques, DSIO, service achats, pharmacie, cuisine...) afin de développer au mieux cette politique de sécurité et de sécurisation de l'activité du CHPF.

8.1. Priorité 1 – La Sécurité des personnes

8.1.1. Sécurité des patients et du personnel

- Fermeture des accès extérieurs de la Nef de nuit
- Amélioration du poste de vidéosurveillance
- Installation de nouvelles caméras pour compléter le réseau existant de vidéosurveillance et vidéo protection
- Fermeture des accès au parking public de nuit
- Mise en place de contrôle d'accès dans certains services

8.1.2. Sécurité dans leur déplacement

- Amélioration de la signalétique existante
- Créer des procédures de déplacements des patients

8.2. Priorité 2 – La Sécurisation des activités

8.2.1. Sécurisation des approvisionnements

- a. Création d'une plate-forme logistique
- b. Mise en place de contrôle d'accès et de vidéosurveillance pour les locaux les plus sensibles

c. Sécurisation de la zone du quai de livraison

8.2.2. Sécurisation de l'activité

- Création d'une boucle d'adduction électrique de secours par le poste froid situé en toiture
- Extinction automatique d'incendie au poste de livraison EDT
- Extinction automatique d'incendie au local groupe électrogène
- Création d'une bâche tampon et réaménagement du local ultrafiltration de la PSY

8.2.3. Sécurisation des locaux techniques

- Fermeture et mise en place de contrôle d'accès aux portes d'accès extérieures du sous-sol
- Mise en place de contrôle d'accès pour l'accès au sous-sol après les heures ouvrées
- Mise en place de contrôle d'accès renforcés pour les locaux les plus sensibles

Ces différents axes sont détaillés dans le cadre de fiches actions accompagnées de leur programmation.

Compte tenu de l'importance de l'investissement de certains axes, un plan-pluriannuel d'investissement, découlant de la programmation des fiches actions, sera précisé lors de la mise en place de ce projet d'établissement. La réalisation des différents axes dépendra de ce plan d'investissement qui doit tenir compte de la réalité des finances du CHPF.

9. CONCLUSION

Le présent projet d'établissement constituera, après sa validation par le Conseil d'Administration, notre feuille de route collective.

Nous nous engageons dès maintenant à lui donner corps, à en assurer le suivi avec rigueur et professionnalisme, et à le faire progresser en l'adaptant autant que de besoin en fonctions des évolutions de notre environnement.

Certes, la préoccupation première des médecins et du personnel soignant reste la qualité, la sécurité et la continuité des soins apportées aux patients. Elle doit toutefois tenir compte de la contrainte financière.

Toute l'ambition d'un projet tel que celui qui est présenté est de concilier cette double exigence de qualité des soins et d'efficience.

Dès lors que cette conciliation a lieu, on peut parler de pertinence des soins apportés à la population.

L'objectif principal de ce projet est bien de renforcer cette pertinence. La réalisation des différentes fiches action d'ici 2021, annexées au présent projet devrait y contribuer. Le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre et des résultats escomptés permettront des réajustements souvent nécessaires.

Outre ce travail de gestion de projet, l'accompagnement de notre projet d'établissement ne peut être complet sans un travail de communication qui fait défaut. C'est le raison pour laquelle sera lancée dès 2017 une série d'actions qui sont déclinées dans notre projet.

Pour un certain nombre de fiches actions, il sera nécessaire de travailler avec les autres partenaires de santé concernés, publics ou privés, toujours en cohérence avec la feuille de route fixée par le Schéma d'organisation des Soins pour avoir une vision plus globale de la réussite des projets.

Les bilans annuels ou pluriannuels d'activité menés conjointement avec la communauté médicale et la direction générale, révéleront des réorientations éventuelles à prévoir en accord avec l'autorité sanitaire du Pays, en fonction des besoins de la population et des moyens alloués.

C'est pourquoi une évaluation à mi-parcours de ce projet soit en 2019 sera effectuée.