

# Projet médical partagé de territoire

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>1. METHODOLOGIE D'ELABORATION .....</b>	<b>6</b>
1.1 Rappel des orientations du projet médical partagé.....	6
1.2 Approche méthodologique de la 2ème phase .....	6
1.2.1 Organisation des travaux.....	6
1.2.2. L'approche transversale et territoriale.....	7
<b>2- LES PARCOURS DE SOINS ET ORGANISATION DES FILIERES .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Parcours du patient opéré suite à venue aux urgences pour traumatologie.....</b>	<b>7</b>
2.1.1 Les objectifs .....	7
2.1.2 État des lieux .....	7
2.1.3 Les difficultés et les ruptures de parcours.....	8
2.1.4 Les perspectives d'amélioration.....	9
2.1.5. Les conditions de réalisation .....	9
<b>2.2 Parcours de soins en cancérologie .....</b>	<b>10</b>
2.2.1. Note liminaire : cancérologie et programme régional de santé.....	10
2.2.2. Périmètre et objectifs.....	10
2.2.3 État des lieux (cf. annexe 2 § 3 structures) et présentation sommaire des difficultés .....	11
2.2.4. Perspectives d'amélioration du parcours de soins.....	11
2.2.4.1. Au sein de l'hôpital support du GHT.....	11
2.2.4.2. Articulation avec les établissements du GHT .....	12
<b>2.3 Parcours de soins adapté aux patients atteints d'accident vasculaire cérébral .....</b>	<b>14</b>
2.3.1 Etape de prise en charge .....	14

2.3.1.1	les phases de prise en charge.....	14
2.3.1.2	l'orientation des patients.....	15
2.3.2	État des lieux et difficultés.....	15
2.3.3	Organisation du parcours de soins du patient atteint d'un AVC.....	16
2.3.3.1	Identification des unités concourant au parcours.....	16
2.3.3.2	Identification des catégories de patients.....	17
2.3.3.3	Articulation entre les ressources du GHT et catégories de patients. : Les Patients de catégorie 2.....	17
2.3.3.4	Articulation entre les ressources du GHT et catégories de patients. : Les Patients de catégorie 1.....	17
<b>2.4</b>	<b>Parcours du patient âgé souffrant d'insuffisance cardiaque.....</b>	<b>19</b>
2.4.1.	État des lieux.....	19
2.4.2.	Dysfonctionnements constatés.....	19
2.4.3.	Perspectives d'amélioration à court terme.....	19
2.4.4.	Perspectives d'amélioration à moyen terme.....	20
2.4.5.	Indicateurs de suivi des actions entreprises.....	21
<b>2.5</b>	<b>Parcours du patient diabétique.....</b>	<b>21</b>
2.5.1.	État des lieux.....	21
2.5.2	Les dysfonctionnements constatés ou la rupture de prise en charge.....	23
2.5.3.	Les progrès accomplis au cours des deux dernières années.....	23
2.5.4	Les perspectives d'amélioration.....	24
<b>2.6</b>	<b>Parcours insuffisance respiratoire : mieux organiser la prise en charge de la B.P.C.O.....</b>	<b>25</b>
2.6.1	L'état des lieux.....	25
2.6.2	Difficultés constatées au niveau du GHT.....	26
2.6.3	Les perspectives d'évolution.....	26
<b>2.7</b>	<b>Parcours en pédopsychiatrie.....</b>	<b>27</b>
2.7.1	Prise en charge des adolescents.....	27
2.7.2	Périnatalité.....	28
<b>2.8</b>	<b>Parcours psychiatrique de l'adulte et notamment le sujet âgé.....</b>	<b>29</b>
2.8.1	Objectifs de la filière psychiatrique.....	29
2.8.2.	État des lieux (cf. annexe 4).....	29
2.8.3	Les difficultés recensées.....	29
2.8.4	Les objectifs et les pistes d'améliorations.....	30
2.8.4.1	Aide auprès des « somaticiens ».....	30
2.8.4.2	Prise en charge somatique.....	30
2.8.4.3.	Revisiter le découpage sectoriel en psychiatrie adulte. Une équipe de liaison nécessaire.....	31
2.8.4.4.	Mise en place d'une unité d'électro-convulsivothérapie (ECT).....	31
2.8.4.5	Mise en œuvre de modalités de prévention liée à la précarité.....	31
<b>2.9.</b>	<b>Parcours en addictologie : Organisation des soins pour le trouble de l'usage d'alcool et autres drogues et addiction comportementale.....</b>	<b>32</b>
2.9.1.	Etat des lieux et difficultés.....	32
2.9.2	Les ruptures de parcours ou dysfonctionnements repérés.....	33
2.9.3.	Perspectives d'évolution.....	34
<b>3-</b>	<b>LES STRUCTURES.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1</b>	<b>Les urgences et les soins non programmés.....</b>	<b>35</b>
3.1.1.	L'optimisation des relations avec l'hôpital de Tarare.....	35

3.1.2 Hôpital en tension et GHT .....	35
3.1.3 Complémentarité avec la Polyclinique du Beaujolais .....	36
<b>3.2 Les soins de suite .....</b>	<b>36</b>
3.2.1. Caractéristiques du domaine.....	36
Le territoire dispose en 2017 d'un certain nombre de lits avec une évolution attendue pour 2020. ....	36
3.2.1.1 Soins de suite et Contrats pluriannuels de moyens (C.P.O.M.) : les engagements.....	36
3.2.1.2 les évolutions attendues au niveau national.....	37
3.2.2. Principes d'organisation des lits de Soins de suite .....	37
3.2.3. Les conséquences en termes d'orientation sur le territoire .....	38
3.2.4 Articulations C.P.O.M. et projet médical de territoire .....	38
<b>3.3 Les unités de médecine du GHT .....</b>	<b>39</b>
3.3.1 Approche territoriale.....	39
<b>4- OUTILS ET PRATIQUES.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Consultations avancées et postes partagés.....</b>	<b>41</b>
4.1.1 Les principes .....	42
4.1.2 Synthèse des consultations avancées et postes partagés au 31/12/2016 .....	42
4.1.3 Synthèse des propositions dans le cadre du PMPT. ....	43
<b>4.2 Instance de régulation : un outil au service de la fluidité des parcours. ....</b>	<b>43</b>
<b>4.3 Équipe mobile de territoire .....</b>	<b>44</b>
4.3.1 Bilan de l'existant. ....	44
4.3.2 Perspectives d'évolution. ....	44
<b>4.4 Transmission des informations médicales entre les établissements.....</b>	<b>45</b>
4.4.1 À court terme : Accès aux dossiers.....	45
4.4.2 À moyen terme : le dossier médical commun dans un système d'information convergent.....	46
<b>4.5 L'hospitalisation à domicile.....</b>	<b>46</b>
<b>4.6 Les moyens au service de la continuité des soins. ....</b>	<b>46</b>
<b>5- L'USAGE DES PLATEAUX TECHNIQUES.....</b>	<b>47</b>
<b>5.1 Imagerie.....</b>	<b>47</b>
5.1.1 État des lieux .....	47
5.1.2 Difficultés de fonctionnement.....	48
5.1.3 Perspectives d'évolution .....	48
<b>5.2 Biologie .....</b>	<b>48</b>
5.2.1 État des lieux .....	48
5.2.2 Perspectives organisationnelles dans le cadre du GHT .....	49
5.2.2.1 Hôpitaux de Belleville et Beaujeu.....	49
5.2.2.2 L'hôpital de Tarare.....	50
<b>5.3 Pharmacie clinique.....</b>	<b>50</b>
5.3.1 État des lieux .....	50
5.3.2 Perspectives d'amélioration .....	51

5.3.2.1 Actions à court et moyen terme .....	51
5.3.2.2 Actions à plus long terme .....	51
5.3.3 Eléments de méthodologie .....	51
<b>5.4 L'hospitalisation à temps partiel .....</b>	<b>52</b>
5.4.1. Approche générale .....	52
5.4.2 Hospitalisation à temps partiel en médecine .....	52
5.4.3 Hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation .....	53
5.4.3.1. Villefranche : extension de l'hôpital : phase 2 .....	53
5.4.3.2. Hôpitaux de Tarare et Trévoux .....	53
<b>6- LES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES .....</b>	<b>54</b>
<b>7- LES PARTENARIATS .....</b>	<b>54</b>
7.1 Les établissements de santé .....	54
7.2 La médecine libérale .....	55
<b>8- LA QUALITE AU SERVICE DU PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE .....</b>	<b>56</b>
8.1 Les engagements de la politique qualité du territoire .....	56
8.2 Les évolutions attendues au niveau national et leur impact au niveau du GHT .....	56
8.3 Les outils qualité comme accompagnement à la mise en place du projet médical partagé de territoire (PMPT) .....	57
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
<b>CONTRIBUTIONS DES GROUPES DE TRAVAIL .....</b>	<b>58</b>
Annexe 1 : Parcours de soins du patient diabétique .....	59
Annexe 2 : Parcours de soins en cancérologie .....	59
Annexe 3 : Parcours insuffisant respiratoire .....	59
Annexe 4 : Filière psychiatrie adulte .....	59
Annexe 5 : Filière pédopsychiatrique .....	59
Annexe 6 : création d'un parcours de soins adapté aux patients atteint d'accident vasculaire cérébral. ....	59
Annexe 7 : Organisation des soins pour le trouble de l'usage d'alcool et autres drogues (héroïne, cocaïne, drogues de synthèse, opiaces, THC) et addiction comportementale .....	59

## Introduction

Le projet médical de territoire partagé (P.M.P.T.), socle de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire (GHT), précise la stratégie médicale qu'entendent poursuivre les établissements parties au groupement. Elle est étayée à la fois par les documents validés et approuvés tels les projets d'établissements, les besoins en santé constatés à partir des taux de fuite, les difficultés constatées ou ressenties et par le cadrage que définit le projet régional de santé approuvé.

La conception des soins, basée sur la notion de parcours est déclinée à travers les concepts de fluidité et de graduation des soins, ceci étant approché par filière de soins. L'organisation par filière d'une offre de soins graduée, de la proximité au recours, identifie les modalités de prise en charge coordonnée des patients par les professionnels de santé entre les différents établissements parties au groupement hospitalier de territoire. Les objectifs consistent à :

- garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- à mettre en place une gradation des soins hospitaliers ;
- à développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, orientées par les besoins de santé de leur bassin d'implantation. Les établissements de santé étant dans un champ de complémentarité et non de concurrence, la patientèle essentiellement concernée est la population de personnes âgées dont le parcours de soins, quelle que soit la pathologie, peut être amélioré.

Dans la lignée du document annexée à la convention constitutive, (juillet 2016) le projet médical partagé de territoire (P.M.P.T.), conforme à l'article 6132-3 du décret du 27 avril 2016, détaille de façon plus précise les 9 parcours (chapitre 2), après avoir présenté la méthodologie de travail (chapitre 1). Le projet s'est attaché à la notion de parcours qui renvoie à une notion plus individuelle et plus médicalisée, très proche cependant de la notion de filière sans en être synonyme.

Une filière « est un ensemble coordonné d'acteurs ou structures, organisés et articulés autour d'une pathologie ou une population, sur un espace limité appelé territoire. La filière se fonde sur les professionnels de santé pris au sens large, tandis que le parcours est centré sur le patient, usager ou citoyen. À chaque phase du parcours, l'ensemble d'une filière peut être sollicité, de même que pour chaque acteur d'une filière, l'ensemble du parcours peut être concerné directement ou indirectement. On ne peut bien organiser une filière de professionnels qu'avec une vision des parcours ».

Le parcours se définit comme le continuum de l'accompagnement global des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. L'approche parcours, qui se caractérise à travers une approche par population ou par pathologie consiste, à partir de la perspective de la personne ou de l'utilisateur ou des obstacles qu'il rencontre au long de son parcours, en la recherche de réponses aux besoins qui émergent au long de la vie avec un handicap ou une maladie chronique. Cette démarche associe les acteurs de santé et les usagers et nécessite l'action coordonnée des acteurs de la promotion de la santé, de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, en intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Elle ne consiste pas à tracer une trajectoire définie à des soins ou modalités d'accompagnement, mais à réorganiser le système de façon intégré pour réduire la probabilité d'occurrence d'un obstacle au recours à tel ou tel service approprié, et améliorer les parcours de santé et/ou de vie dans une logique de transformation de l'offre.

De ces réflexions sur le parcours, sont déclinées les conséquences en termes de structures (chapitre 3), d'outils (chapitre 4), de fonctionnement des plateaux techniques (chapitre 5) et de politique qualité (chapitre 8). Une politique territoriale devant prendre en compte les autres partenaires, le chapitre 7 évoquera les conventions susceptibles d'être signées conformément à l'article 9 de la convention constitutive du 1<sup>er</sup> juillet 2016.

## 1. Méthodologie d'élaboration

### 1.1 Rappel des orientations du projet médical partagé

Dans le cadre de la 1<sup>ère</sup> phase du PMT, (objectifs mentionnés au 1<sup>o</sup> de l'article 6132-3 du CSP) des principes tels le maintien des capacités hospitalières sans recherche de réduction vu les besoins, la complémentarité des activités, la conception des soins basée sur la notion de parcours, l'approche par filière avec graduation et fluidité des soins, l'optimisation du plateau technique ont constitué les guides structurants de la réflexion du PMT. Ces principes, au regard des potentialités d'évolution, ont conduit à souligner :

- l'amélioration nécessaire d'utilisation des lits de médecine sur la base d'une vision globale des forces du territoire pour traiter le patient au bon droit en fonction de son état, des ressources et compétences de l'établissement et de sa domiciliation
- le meilleur usage des lits de SSR en tendant de les spécifier et d'organiser les séjours sans pour autant prioritairement se baser sur la domiciliation des patients, même si la densification demeure un critère connexe à la spécialisation ;
- l'organisation des plateaux techniques pour mieux servir les besoins des établissements du GHT,;
- la nécessité de mieux travailler avec l'HAD ;
- le besoin de mieux intégrer la composante psychiatrique que ce soit dans le domaine des soins pédopsychiatriques que dans le domaine adulte (liaison notamment avec la gériatrie) ;
- et de préciser les modalités d'organisation des filières, telles la filière mère-enfant, filière de soins en cancérologie, filière addictologie, filière insuffisant respiratoire.

Enfin, le PMT dessinait par ailleurs les modalités de coopération avec le CHU et le CLB.

### 1.2 Approche méthodologique de la 2<sup>ème</sup> phase

#### 1.2.1 Organisation des travaux

Celle-ci correspond aux objectifs et organisation par filière mentionnés au 3<sup>o</sup> de l'article susmentionné. Cette phase conduite par le collège médical s'est déroulée à partir de début septembre 2016 en redéfinissant à partir des notions de flux, les parcours des patients.

- Parcours des soins en cancérologie ;
- Parcours des patients opérés suite à accident traumatique ;
- Parcours du patient souffrant de lésions cérébrales ;
- Parcours du patient âgé souffrant d'insuffisance cardiaque ;
- Parcours du patient diabétique ;
- Parcours insuffisance respiratoire (BPCO) ;
- Parcours en pédopsychiatrie ;
- Parcours psychiatrique de l'adulte et notamment le sujet âgé ;
- Parcours du patient en addictologie.

Chacun de ces parcours se base notamment sur une filière dans laquelle est présentée une offre de soins graduée entre les établissements et le cas échéant des partenaires externes. La filière ou parcours du patient intègre selon les cas :

- la permanence et la continuité des soins,
- les activités de consultations externes et notamment les consultations avancées,
- les activités d'hospitalisation quelles qu'en soient les modalités.

Chaque parcours a été confié à un praticien d'un des établissements du GHT sous la supervision d'un des membres du collège médical. Les praticiens concernés, selon leur fonction, et les cadres de santé des établissements ont été associés.

### 1.2.2. L'approche transversale et territoriale

La description des parcours à travers les filières de prise en charge aborde des questions plus générales et transversales, que ce soit :

- au niveau des outils et des pratiques : par exemple consultations avancées, instance de régulation, équipe mobile de territoire, poste de praticien partagé, traitement de l'information, gestion et répartition des « Bed Blockers » ;
- au niveau des structures : « profil dominant des SSR », usage des lits de court séjour, organisation des urgences ;
- au niveau de l'usage des plateaux techniques tels l'organisation de la biologie, de l'imagerie, de la pharmacie et de l'hospitalisation à temps partiel.

## 2- Les parcours de soins et organisation des filières

### 2.1. Parcours du patient opéré suite à venue aux urgences pour traumatologie

#### 2.1.1 Les objectifs

- Améliorer la prise en charge médicale des patients âgés accueillis aux urgences pour accident traumatique ;
- Mieux utiliser les compétences et les ressources (lits de médecine) du territoire en favorisant la mutation post-opératoire des patients à J2 ou J3 selon des conditions de qualité ;
- Réduire les IP-DMS de l'HNO Villefranche pour mieux utiliser les capacités existantes.

#### 2.1.2 État des lieux

- Il est réalisé 10 048 interventions chirurgicales au bloc d'HNO dont 2 804 en orthopédie avec les caractéristiques suivantes sur l'année 2015 : 2801 séjours pour 2 491 patients dont 46 % d'hommes avec un âge moyen de 62/67 ans et une DMS de 5,14 jours.
- Parmi les interventions effectuées au titre de l'orthopédie-traumatologie 922 (soit 33 %) le sont suite à un passage aux urgences pour accident traumatique avec des caractéristiques différentes, âge moyen étant de 68.3 ± 12.9 ans et surtout 423 (soit 46 %) ont eu lieu sur des patients âgés de 75 ans et plus.

Ce flux de population âgée venu par les urgences confronte l'HNO à des difficultés de fonctionnement qui rejaillissent sur l'environnement en termes de qualité et de fluidité des filières. En effet la diminution tendancielle des lits de chirurgie, la suractivité dans les lits de médecine, la croissance du passage par les urgences liée au vieillissement de la population, autant de facteurs qui peuvent entraîner une baisse de la qualité et une moindre fluidité du parcours. Parmi les conséquences de ce constat, il apparaît des retards à la prise en charge chirurgicale, une moindre qualité par rapport aux standards, du suivi médical en chirurgie, ceci étant particulièrement lié à la saturation des capacités d'hospitalisation au regard de la croissance d'activité.

En termes de capacités, les 354 lits de médecine (dont 26 de soins palliatifs) et les 28 lits de chirurgie orthopédique du territoire se répartissent comme suit :

Établissement	Nombre de lits de médecine	Observations
Villefranche	165	Y compris soins intensifs/ Non compris réa et UHCD, UPU, UPUG
Tarare	60	Non compris UHCD / dont 3 de soins palliatifs identifiés
Trévoux	59	Dont une unité de soins palliatifs de 10 lits
Belleville	15	Dont 4 lits de soins palliatifs identifiés et 3 lits EVC/EPR
Beaujeu	15	Dont 4 lits de soins palliatifs identifiés et 4 lits EVC/EPR
Grandris	15	Dont 5 de soins palliatifs
L'Arbresle	25	
	354	Dont 26 lits de soins palliatifs
Établissement	Nombre de lits de chirurgie orthopédique	
Villefranche	28 lits	
Total	382 lits	

### 2.1.3 Les difficultés et les ruptures de parcours

- L'étude de l'organisation dans le cadre de l'examen détaillé du parcours, montre des défaillances aux interfaces en termes de rapidité de prise en charge avec des délais d'attente avant opération peu compatibles avec les besoins des patients, et avec des risques d'altération de l'état de santé (surtout après le WE). Ce constat, qu'a permis l'étude approfondie des circuits, est en voie d'amélioration (modification du fonctionnement de l'astreinte, organisation plus visible du rôle des membres de l'équipe).
- Par ailleurs malgré les efforts engagés, la date prévisionnelle de sortie du patient qui permet l'anticipation et l'information des différents partenaires n'est pas définie de façon régulière. Une fiche de synthèse en cours de finalisation devrait permettre de valoriser cette action d'anticipation.
- L'insuffisance de lits de chirurgie et le rôle plus central des chirurgiens au bloc et en consultations entraînent une prise en charge médicale pour les patients polypathologiques de moindre qualité dans les unités de chirurgie. À l'exception d'un médecin généraliste présent dans une des unités sur la semaine, la qualité de prise en charge est considérée comme non optimisée.

- L'hospitalisation en unités de médecine pourrait être adaptée selon la spécialité, mais l'hospitalisation des malades de la discipline plus les transferts en provenance des urgences (accueil et UHCD) ne permet pas une grande fluidité.

Au regard de ces constats, l'approche du parcours a été orientée vers une perspective plus territoriale.

#### 2.1.4 Les perspectives d'amélioration

- Une des premières améliorations mise en œuvre au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2017 a consisté à anticiper les sorties en utilisant le logiciel trajectoire. Puis, d'organiser de façon plus fluide la continuité des prises en charge post urgence entre les chirurgiens.

L'objectif vise principalement à améliorer le parcours des patients en médecine en favorisant une prise en charge adaptée tout en améliorant la situation financière des établissements soumis à la T2A et en contribuant à la diminution de l'IP-DMS de l'hôpital support. Il s'agit donc de considérer le potentiel global et l'utilisation des capacités des établissements de proximité, ces derniers n'étant pas exclusivement dédiés à l'aval des urgences mais devraient alors répondre avec leurs moyens, aux besoins d'hospitalisation des patients du territoire. (cf. §3.3). En ce sens la cellule de régulation visée plus bas (§4.2) serait d'une aide significative pour contribuer à ces objectifs, en disposant d'une vision globale des lits utilisés et des prévisions de sortie des patients corrélés avec la caractéristique des unités de médecine.

Le périmètre concerne les patients âgés accueillis aux urgences pour accident traumatique et qui souvent présente un tableau polyopathologique. Il s'agit d'organiser une prise en charge de qualité dans la sécurité en post opératoire, le transfert pré opératoire (dans le cas de délais avant intervention chirurgicale) n'étant pas adapté vu la distance.

- État des lieux des établissements susceptibles de participer au parcours :

Les différentes unités sont en capacité de modifier leurs règles de fonctionnement selon leurs ressources :

- Trévoux : reçoit des patients en semaine, le samedi et dimanche matin ;
- Tarare : tous les jours ;
- Belleville/Beaujeu : en semaine y compris vendredi après-midi de 13 à 16 heures (au-delà fermeture de la pharmacie). Sur cet établissement le renforcement de son rôle dans la filière suppose un temps médical supplémentaire au vu des ressources actuelles.

#### 2.1.5. Les conditions de réalisation

Il convient tout d'abord de considérer les différences structurelles entre les établissements ce qui exige une démarche progressive construite sur le repérage des possibilités et l'ajustement.

Une orientation plus précoce en sortie de chirurgie suppose des règles consensuelles précises de façon à garantir la sécurité des patients. Organiser un parcours plus fluide et plus rapide (incidence DMS) avec une prise en charge médicale plus adaptée dans les établissements hors hôpital support suppose que les praticiens « receveur » disposent des informations nécessaires à la continuité des soins. Il s'agit donc de mettre à disposition des médecins des établissements du GHT (hors Villefranche), les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge à J0, J1+2 ou J+3 des patients relevant du périmètre défini.

Ce transfert d'information n'est pas homogène, ni dans l'espace, ni dans le temps :

- Villefranche et Tarare reçoivent les urgences et ont le même logiciel de gestion du dossier patient, ce qui permet la consultation directe du dossier et la mise en place de procédures identiques.
- Belleville et Beaujeu ne peuvent qu'accéder en lecture au dossier sous condition de respect des règles de confidentialité à fixer avec le D.I.M-T selon l'état du droit.

Mais dans tous les cas tous les services à court terme pourront accéder aux informations nécessaires pour traiter le patient dans le cadre d'un parcours fluide. En effet, une fiche de synthèse dénommée CASSIOPEE sera établie, saisie sur le logiciel DMU des urgences, une première partie étant remplie par les urgentistes en même temps que la clôture du dossier DMU. Cette fiche de synthèse récupérée par le secrétariat d'orthopédie sera retranscrite dans le DMC puis complétée selon chaque intervenant donnant une image rapide des patients mutés. Que l'on dispose d'un accès direct par Easily ou par le portail web, l'ensemble des médecins des établissements pourront consulter le dossier et la fiche de synthèse initialement remplie aux urgences.

En outre, le dispositif au niveau du territoire intégrerait une charte validée entre les services comportant pour chacun d'eux, les personnes référentes, les plages horaires de réception des patients en transfert, les modalités d'appel entre praticiens pour éviter la pression permanente, les impossibilités de prise en charge au vu de l'état des patients en précisant dans la plupart des cas qu'il s'agit de malades stables. La charte permet également de mieux connaître les interlocuteurs d'HNO ce qui facilite le retour en tant que de besoin. Enfin, les progrès dans la coopération pour des prises en charge fluide et graduée passent par la connaissance de l'amélioration du parcours objectivé par des indicateurs à définir dans la charte et à analyser dans les 12 mois suivant.

## 2.2 Parcours de soins en cancérologie

### 2.2.1. Note liminaire : cancérologie et programme régional de santé

Le projet régional de santé en cours d'élaboration pour 2017-2021, qui correspond au projet médical partagé de territoire définit des objectifs stratégiques résumés en deux formules :

- Favoriser l'accès à la santé
- Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé par une organisation en parcours, reposant prioritairement sur l'ambulatoire, et par le soutien à domicile :
  - la clarification de la porte d'entrée des parcours pour les usagers,
  - le développement des bonnes pratiques hospitalières alternatives
  - l'adaptation des plateaux techniques,
  - l'accompagnement des sorties d'établissement, grâce à une prise en charge décloisonnée,
  - le développement des accompagnements au domicile intégrant la dimension des soins et du social,
  - le développement de la politique de soutien aux aidants.

L'approche des parcours de soins en cancérologie sur le territoire Rhône Nord Beaujolais Dombes est rendue complexe par la multiplicité de localisation des cancers appelant différentes disciplines, et les nombreuses modalités d'intervention et de soutien dans le parcours de vie, de santé, de soins et d'hospitalisation des usagers.

### 2.2.2. Périmètre et objectifs

Les soins en cancérologie concernent tout patient pour lequel est diagnostiqué un cancer quelle qu'en soit la localisation ayant besoin d'une prise en charge coordonnée et graduée. Le vaste champ succinctement

rappelé exige de limiter l'approche du P.M.P.T sous l'angle des ruptures de parcours, et les possibles améliorations dans le cadre de la coopération organisée entre les établissements du GHT.

L'objectif : améliorer dans le cadre de l'utilisation des ressources des établissements du GHT le parcours de soins en cancérologie.

### 2.2.3 État des lieux (cf. annexe 2 § 3 structures) et présentation sommaire des difficultés

La description des structures existantes atteste d'un foisonnement des lieux de prise en charge. Le bureau de filière de cancérologie assure la coordination.

Cependant, l'augmentation continue du volume d'activité exige la recherche de solutions dans tous les aspects de la prise en charge compte tenu des difficultés auxquelles se heurtent les professionnels pour une prise en charge adéquate des patients.

- L'unité d'oncologie ambulatoire est saturée : à titre d'illustration, le nombre de séances de chimiothérapie a augmenté de 25 % entre 2015 et 2016, l'unité ne pouvant absorber la demande et conduisant à une relative désorganisation des unités de médecine qui réalisent des « chimiothérapies dites foraines ». Unités dont le fonctionnement est alourdi par les dysfonctionnements de l'informatique, les délais de réalisation de l'imagerie, ceci ayant des effets sur l'IP-DMS.
- Les ressources en médecin oncologue sont considérées comme insuffisantes.
- Les recrutements médicaux sont longs et difficiles concernant l'oncologie, l'hématologie, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs car les personnes compétentes sont peu nombreuses.
- La demande d'examens complémentaires liée à la croissance d'activité sature pour partie le plateau technique.
- Le passage par les urgences en première intention ou en cas d'aggravation que ce soit lors d'un séjour en SSR ou à domicile est considéré comme trop important.
- Le transfert en unité de soins de suite constitue un frein, malgré les progrès accomplis, notamment en cas de traitement par des molécules onéreuses.
- Les soins de support répondent à des besoins qui concernent principalement la prise en compte de la douleur, de la fatigue, des problèmes nutritionnels, des troubles digestifs, des troubles respiratoires et génito-urinaires. Malgré les progrès réalisés, les soins de support (diététique, kinésithérapie, service social), la prise en charge de la douleur, la prise en charge palliative manquent encore de ressources pour faire face à l'évolution de l'activité. La coordination est insuffisante en l'absence d'une équipe de Territoire en Cancérologie et pour les soins de support. Ceci a pour conséquences une insuffisance de temps d'échanges entre les établissements du GHT, un retard ou une mauvaise orientation en SSR et en unité, ou en lit de soins palliatifs.

### 2.2.4. Perspectives d'amélioration du parcours de soins

Vu l'étendue du champ et pour une plus grande lisibilité, sont distinguées :

- les actions concernant plus directement l'hôpital support, des établissements du GHT ( quand bien même l'approche doit rester systémique) ;
- les évolutions des uns (par ex l'anticipation des sorties) concourant à l'adaptation des autres (évolution des unités de SSR) pour améliorer la prise en charge.

#### 2.2.4.1. Au sein de l'hôpital support du GHT

- *l'extension de la prise en charge ambulatoire* : une extension est programmée au cours de l'année 2017 par modification de la structure lits (réduction des lits d'orthopédie installés dans le service de rhumatologie) et reconstitution partielle du potentiel perdu dans le service d'orthopédie et chirurgie de spécialités. Le nombre de places sera porté à 24 en 2017 dans l'attente du transfert au titre de l'extension de l'hôpital (Phase 2) au 4ème trimestre 2020. Dès 2017, un renforcement en personnel médical d'oncologue sera mis en œuvre en collaboration avec le Centre Léon Bérard.

- *Les accès directs sont difficiles du fait de la saturation des lits de médecine.* Des modifications sont possibles liées à la fois au développement de la chirurgie ambulatoire (ayant un impact supplémentaire sur le potentiel de lits d'hospitalisation) et à la mise en place de coopération plus poussée avec les établissements du GHT (cf. & 2.1. parcours du patient opéré).

- *la prise en charge immédiate* : il est prévu de dédier un espace de prise en charge sous forme de sous-secteur dans le futur secteur d'hospitalisation à temps partiel d'oncologie, permettant de recevoir en urgence des patients en provenance du domicile, mais suivis par l'établissement. Ces places sont également destinées aux soins de support avec personnel dédié.

- *L'amélioration de l'anticipation des sorties.* D'une manière générale, on note fréquemment une préparation insuffisante de la sortie des malades hospitalisés bien que des progrès existent, avec la mise en place d'objectifs de fixation de la date prévisionnelle de sortie par exemple à 40 % pour le pôle médecine.

- *Développement de l'onco-gériatrie* étayée par un projet de plateforme ambulatoire MCO partagée entre la neurologie et la gériatrie. Cette plateforme constitue le futur support de l'hôpital de jour de 5 lits projeté en 2020 dans le cadre des suites de la phase 2 (libérant des espaces dans le bâtiment Duquesne). En projet également l'intervention d'un onco-géronte à l'hôpital de Trévoux et de Tarare et un travail de préparation à la prise en charge en EHPAD et en USLD par intervention de l'équipe mobile de territoire.

- *Création d'une consultation de rééducation fonctionnelle pour la cancérologie* dans le cadre du projet d'extension de l'hôpital. L'utilisation de la rééducation et de la réadaptation à tous les stades de la maladie a un rôle à jouer en cancérologie bien en amont de la phase palliative exclusive, dès le début de la maladie. Ils participent à une meilleure tolérance des traitements curatifs ainsi qu'à une amélioration de la qualité de vie pendant la maladie, mais aussi après la maladie, pour les patients survivants.

- *Création de consultations avancées Douleur du Cancer et Soins Palliatifs à Trévoux et Tarare.* Les patients sont alors suivis au plus près de chez eux, laissant aussi sur Villefranche la possibilité de nouveaux consultants, la file active de consultants étant répartie dans les 3 sites.

#### 2.2.4.2. Articulation avec les établissements du GHT

L'hôpital de Tarare et dans une moindre mesure l'hôpital de Trévoux bénéficient d'un plateau technique et de consultations spécialisées. Il existe de plus à Tarare un service d'urgence et un scanner.

L'Hôpital de Belleville dispose de consultations spécialisées en endocrinologie et Alzheimer (consultations mémoire), mais sans plateau technique. L'Hôpital de Beaujeu, établissement de santé de proximité dispose de consultations mémoire, d'un équipement d'imagerie conventionnelle, mais sans autre plateau technique. L'Hôpital de Grandris n'a pas de plateau technique et bénéficie aujourd'hui d'un rapprochement plus étroit avec l'hôpital de Tarare. Ces établissements reçoivent surtout des personnes âgées, mais peuvent être amenés, en particulier au stade palliatif terminal (cf. 8 lits de soins palliatifs identifiés sur Beaujeu/Belleville) des personnes plus jeunes posant des problèmes complexes de prise en charge. Le personnel médical est moins important, d'où la difficulté de prendre des décisions collégiales au regard de la charge de travail.

Pourtant il est possible d'améliorer le dispositif sur plusieurs axes :

- *Un dossier médical commun* (cf. & 4.4) pour améliorer la communication et de l'information (déjà en place entre Villefranche et Trévoux).

-*Coordination de la filière.* Le « 3C » existant sur « l'ex CHT » est devenu coordination de filière sur le GHT (intégrant donc les établissements Belleville, Beaujeu, Grandris) dotée d'un bureau. Les objectifs du « 3C » restent inchangés et sont amplifiés par les axes d'orientation fixés par le P.M.P.T à savoir :

- Fluidifier le parcours de soins ;
- Éviter le passage aux urgences ;
- Accélérer le retour à domicile ;
- Améliorer la qualité et le confort des patients pris en charge.

- *La réponse positive à un appel d'offres de l'ARS* pour la Création d'une Équipe Médicale soins de support de Territoire dont l'objectif est d'optimiser au mieux la prise en charge en Soins Oncologiques et de Support des patients du Territoire de Santé atteints de cancer. Facilitant une offre de soins de support graduée en fonction des besoins du patient, de son origine géographique, elle doit permettre d'anticiper l'apparition de symptômes réfractaires ou de complications par un suivi ambulatoire si possible et limiter au maximum le passage par les Urgences. La coordination sera dotée à l'avenir d'un numéro de téléphone unique. Selon les ressources, elle pourrait être appelée à intervenir dans les Ehpad.

- *Amélioration de la concertation* : l'équipe extra hospitalière visée plus haut complète, pour partie, le dispositif existant, les équipes mobiles d'accompagnement et de soins de support (EMASP) positionnées à Villefranche et Tarare. Cet ensemble de compétences favorise sous forme de réunions de concertation pluridisciplinaire, la continuité de prise en charge des patients.

- *Le transfert des patients vers les unités SSR* s'est amélioré, mais reste encore difficile malgré la dominante « prise en charge cancer » de l'unité de médecine, puis de SSR de Trévoux, difficultés traduites par exemple par le délai d'intégration des malades gériatriques dans la filière après diagnostic en CSG, mettant aussi en évidence l'absence d'une compétence onco-gériatrique. L'entrée en SSR devra être anticipée (cf. & paragraphe précédent) selon une organisation à améliorer. Pour ce qui concerne le SSR et conformément aux intentions exprimées dans les maquettes des futurs Contrats d'Objectifs et de Moyens (CPOM) (cf. N° 3.2.3), le SSR de Trévoux est défini autour de la dominante « cancérologie ».

- *Organiser de façon plus lisible le transfert vers les unités de médecine* des hôpitaux de proximité de la même façon que ce qui est suggéré pour les patients opérés, tout en organisant mieux les possibilités de retour en MCO.

- *Améliorer le retour à domicile selon deux axes* : l'un avec le partenaire du GHT, l'association Soins et Santé (cf. & 4.5 hospitalisation à domicile), l'autre en anticipant le devenir du patient hospitalisé lors de la réunion pluridisciplinaire et intervention précoce de l'assistante sociale et de l'ergothérapeute pour favoriser le retour à domicile avec les aides et la surveillance nécessaire.

- *Mieux utiliser l'unité de soins palliatifs de Trévoux, les lits identifiés de soins palliatifs* : le GHT dispose de ressources en lits identifiés Soins palliatifs à hauteur de 3 à Tarare, 5 à Grandris et 8 à Belleville et Beaujeu soit 16 au total. L'unité de soins palliatifs de Trévoux de 10 lits situé à proximité immédiate du SSR oncologique doit jouer un rôle de référent accueillant les malades de son territoire mais aussi les patients atteints de cancer posant les problématiques les plus complexes (symptômes réfractaires, PEC psychologiques complexes).

### 2.3 Parcours de soins adapté aux patients atteints d'accident vasculaire cérébral.

L'Accident Vasculaire Cérébral est la première cause de handicap acquis de l'adulte en France, et la troisième cause de mortalité (la deuxième chez la femme). Il est également la deuxième cause de déclin cognitif derrière la Maladie d'Alzheimer.

Par ses conséquences, l'AVC relève donc d'une prise en charge nécessairement pluridisciplinaire, mettant en lien des acteurs professionnels spécifiques à chaque étape de l'évolution de la maladie.

Comme l'a montré le rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France, le parcours coordonné des patients ne peut se limiter à la phase initiale de l'AVC : en effet, si l'admission en unité neurovasculaire est un maillon essentiel de la prise en charge, celle-ci est également dépendante d'une filière d'aval, dont les soins de suites et réadaptation occupent une position stratégique, tant sur le plan du pronostic de récupération en post-AVC, que sur la fluidité de la filière.

L'analyse médico-économique issue des données PMSI de l'HNO-Villefranche place l'AVC au 3ème rang des GHM du site, derrière les maladies cancéreuses et les pathologies traumatiques, justifiant l'organisation d'une filière de soins spécifique, intégrant notamment une organisation coordonnée et lisible de l'aval de l'UNV.

Enfin, « l'aval de l'aval » des UNV, c'est-à-dire le secteur médico-social, USLD et EHPAD, devra également être pris en compte comme l'un des axes du parcours des patients les plus lourdement dépendants.

#### 2.3.1 Etape de prise en charge

##### 2.3.1.1 les phases de prise en charge.

La définition d'un parcours coordonné du patient atteint d'AVC a pour objectif principal l'organisation ; d'une trajectoire de soins lisible par tous les acteurs professionnels intervenant auprès de patients atteints d'AVC ischémique ou hémorragique. Celle-ci doit permettre de simplifier les échanges entre établissements du GHT susceptibles d'accueillir ces patients et au final de raccourcir les délais de prise en charge, à toutes les étapes du processus, au bénéfice des patients.

À l'échelle du GHT, la création d'un parcours coordonné du patient atteint d'AVC est associée à l'identification d'unités « compétentes », au sein desquelles l'ensemble des professionnels, médicaux et paramédicaux, devra développer des aptitudes spécifiques à la prise en charge de l'AVC.

Le parcours du patient est décliné selon plusieurs étapes décrites sommairement ci-dessous :

- La phase initiale qui regroupe les phases d'alerte, pré-hospitalière et hospitalière pour lesquelles les recommandations de l'HAS de 2009 sont claires (cf. document annexé paragraphe 3)
- La phase sub aiguë découpée en 3 phases d'évolution, la phase aiguë (avant le 14ème jour), la phase subaiguë, (14ème jour à 6 mois), la phase chronique après 6 mois. L'admission précoce en UNV pour la phase aiguë améliore sans contestation le pronostic fonctionnel. Quant à la rééducation précoce, la Haute Autorité de Santé recommande de débiter la rééducation motrice dès que possible, même si le niveau de preuve est aujourd'hui encore modéré en l'absence d'études randomisées.
- La phase post-AVC s'appréhende :
  - à travers les processus de rééducation-réadaptation constitués par l'ensemble des mesures ayant pour objet de rendre au malade ses capacités antérieures et d'améliorer sa condition physique et

mentale, lui permettant d'occuper par ses moyens propres une place aussi normale que possible dans la société. La réadaptation emprunte plusieurs voies que ce soit la rééducation motrice, la rééducation du langage, la rééducation dans le cadre des Troubles de la déglutition, la nutrition, la réduction du risque d'escarre, la rééducation cognitive avec des stades plus ou moins précoces et des intensités différentes mais en adoptant un principe de continuité tout ceci en fonction de l'évaluation réalisée sur le patient par l'équipe pluridisciplinaire

#### 2.3.1.2 l'orientation des patients.

- À partir de 4 parcours de soins en fonction de la sévérité des déficiences qui déclinent des orientations prioritaires :
  - **Catégorie 1** : 1 seule déficience, autonomie de marche, sans besoin d'évaluation de l'autonomie et de l'environnement (exemple : déficit isolé du membre sup, trouble isolé du langage sans déficit de compréhension) ;
  - **Catégorie 2** : plusieurs déficiences, ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche, potentiel de récupération, projet d'autonomie probable ;
  - **Catégorie 3** : Plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (troubles de mémoire, du langage ou des fonctions exécutives) et/ou troubles du comportement, potentiel de récupération limité, projet d'autonomie partielle ou impossible ;
  - **Catégorie 4** : accident gravissime, associant de multiples déficiences, aucun projet d'autonomie n'est envisageable (ex. : locked-in syndrome, EVC, EPR).

#### 2.3.2 État des lieux et difficultés.

- Prise en charge en phase aiguë : sur le territoire du GHT, l'activité neurovasculaire de HNO a pris en charge 644 patients ayant présenté un Accident Vasculaire Cérébral, dont 21 % ont bénéficié d'un séjour en SSR. 57 % des séjours en SSR ont été réalisés sur le territoire du GHT. L'âge moyen des patients était de 71,2 ans, 50 % étaient des hommes. L'UNV dispose des moyens nécessaires à son activité (cf. paragraphe 4 annexe 6) bénéficie du plateau technique, s'articule pour des gestes très spécialisés avec le CHU (trombectomie). Une collaboration entre l'Unité Neuro -Vasculaire- Soins Intensifs (UNV-SI) et le service de médecine polyvalente de Tarare existe, avec la possibilité de prendre les patients au 3 ou 4ème jour post-AVC, afin, une fois leur IRM réalisée, de compléter leur bilan sur Tarare.

Cependant des axes de progrès sont identifiés tels que :

- 80 % des AVC de Villefranche sont pris en charge en UNV-SI ;
- Le nombre de patients pris en charge dans le territoire du GHT est inférieur (1,54) à la moyenne nationale (2 pour 1000 habitants) ;
- La durée de séjour en UNV pour ces patients est supérieure à la moyenne nationale avec des délais de prise en charge en rééducation trop tardive ;
- Une étude-qualité réalisée sur les données 2014 de l'établissement de Villefranche met en évidence un manque d'évaluation par un professionnel de rééducation le premier jour ;
- Aucune unité de MPR – système nerveux n'existe au sein de notre GHT : 47 % des patients bénéficiant d'une prise en charge en hospitalisation au décours de l'UNV sont mutés dans des établissements spécialisés hors GHT pour leur prise en charge ;
- La durée médiane entre l'arrivée sur les établissements et la première demande de transfert est de 7 jours : une orientation plus précoce est nécessaire ;

- La médiane de délai entre la première demande de transfert et le transfert en SSR est de 8 jours : une prise en charge en rééducation plus précoce est nécessaire ;
- Les SSR n'ont pas d'orientation spécialisée et peuvent manquer de moyens paramédicaux type orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute ;
- Seuls 23 % des patients bénéficient d'une consultation post AVC (données 2014).

- Prise en charge subaiguë :

Cette période de l'évolution de l'AVC est, par définition, celle de la rééducation et de la réhabilitation. Elle nécessite également d'organiser l'orientation d'aval de l'UNV et d'en favoriser ainsi le turn-over.

- Les unités de médecine du GHT (cf. paragraphe 4.3 de l'annexe 6) peuvent constituer, en aval de l'UNV, et en l'absence de place disponible en SSR ou si l'état médical du patient ne permet pas son transfert en SSR, une prise en charge de transition entre la phase aiguë et la phase subaiguë.
- Les unités de soins de suite et réadaptation (21,3 % des patients hospitalisés à l'Hôpital Nord-Ouest pour AVC ont poursuivi leur séjour en service de SSR). Pour 57 % d'entre eux, l'hospitalisation s'est déroulée dans le territoire du GHT, pour 26 % l'hospitalisation s'est déroulée en service de SSR-MPR en raison, dans la plupart des cas, de parcours complexes et de sujets souvent jeunes, et nécessitant une rééducation intensive spécifique. L'offre de soins SSR du GHT est répartie sur l'ensemble des établissements, le territoire offrant un nombre de lits permettant d'envisager, au regard de l'activité neurovasculaire, l'accueil de patients provenant de l'UNV de l'HNO-V avec une garantie de fluidité pour cette unité. Tous les services de SSR proposent une évaluation de l'environnement à domicile pour la préparation du retour. Les compétences paramédicales de rééducation sont, d'un point de vue qualitatif, assez homogènes, bien qu'il existe des disparités sur les ratios d'encadrement entre les différents sites.

Cependant des axes de progrès sont identifiés liés pour partie à la non corrélation entre les moyens actuellement disponibles sur les établissements du GHT et les besoins issus des recommandations :

- L'insuffisance de praticien titulaire d'un DIU de médecine de rééducation (qualifiant MPR), un seul étant disponible sur le territoire ;
- L'aval de l'UNV n'est, à ce jour, pas formalisé. 43 % des patients nécessitant un séjour en SSR sont transférés hors du GHT ;
- Le nombre d'orthophonistes ne permettant pas une prise en charge suffisante ;
- Les sites de Trévoux et Belleville Beaujeu ne disposent pas de consultation avancée de neurologie, ni de plateau technique d'imagerie.

### 2.3.3 Organisation du parcours de soins du patient atteint d'un AVC

#### 2.3.3.1 Identification des unités concourant au parcours

La prise en charge initiale et dans les premiers jours de la phase aiguë bénéficie d'une organisation actuellement satisfaisante et conforme aux recommandations, et ne sera pas modifiée.

L'objectif du parcours est de permettre aux patients qui le souhaitent, d'effectuer leur rééducation dans le territoire du GHT avec une qualité de soins conforme aux recommandations professionnelles.

Ainsi, il est très souhaitable que soient identifiées les surspécialisations d'unités du GHT ou dominantes (cf. paragraphe structure 3.2) afin de permettre le renforcement des compétences médicales et paramédicales au bénéfice d'une amélioration de la prise en charge des patients atteints d'AVC.

Les unités surspécialisées ou dominantes « AVC » sont les suivantes parmi les unités rappelées ci-dessous :

- HNO-Villefranche : SSR spécialisé;
- HNO-Tarare : SSR polyvalent et Médecine A ;
- Château de Gkéteins : SSR polyvalent
- HNO-Trévoux : SSR polyvalent et court séjour médical
- Hôpital de Beaujeu : SSR polyvalent.

#### 2.3.3.2 Identification des catégories de patients

Deux typologies de patients sont distinguées :

- Patients nécessitant une rééducation intensive, compatible avec leur état médical, leur autonomie fonctionnelle, leur statut cognitif et dont le pronostic de récupération fonctionnel est important (cut-off à définir), patients dont l'état médical justifie également une proximité avec le plateau technique (exemple : nutrition intensive, comorbidités à risque de décompensation). Ils correspondent, pour l'essentiel, au parcours de catégorie 2 (cf. paragraphe 3.2.c).
- Patients dont l'état physique et/ou cognitif est incompatible avec une rééducation intensive quotidienne, ou dont le pronostic de récupération est plus limité que pour les patients. Ils correspondent, pour l'essentiel, au parcours de catégorie 3 (cf. paragraphe 2.3.1).

#### 2.3.3.3 Articulation entre les ressources du GHT et catégories de patients. : Les Patients de catégorie 2

- Patients admis au SAU de l'HNO-Villefranche
  - Admission à l'UNV après thrombolyse ou thrombolyse + thrombectomie si éligible ou directement si non éligible
  - Prise en charge UNV : bilan étiologique, rééducation précoce etc. 7-10 jours
- Patients admis au SAU de l'HNO-Tarare
  - Admission à l'UNV après thrombolyse ou thrombolyse + thrombectomie si éligible ou directement si non éligible
  - Patient non éligible à la thrombolyse/thrombectomie : en l'absence de place disponible (saturation UNV), admission en médecine A en attente de place
  - Prise en charge UNV : bilan étiologique, rééducation précoce etc. 7-10 jours
  - Demande d'admission en SSR validées à J3 post AVC
- Patients sortants de l'UNV

En raison de la proximité d'un plateau technique, de la présence de neurologues et de leur dimensionnement, 3 unités ont été identifiées pour recevoir les patients entrant dans le cadre d'un parcours de catégorie 2, en sortie d'UNV. Des préconisations de délais ont été formulées de façon à équilibrer fluidité du parcours et ressources des services.

  - SSR polyvalent – HNO-Villefranche : transfert à partir de J7-J10 post-AVC
  - Médecine A – HNO-Tarare : transfert à partir de J3-J4 post-AVC, et poursuite du bilan étiologique sur place.
  - SSR polyvalent – HNO-Trévoux : transfert depuis l'unité de court séjour médical à J10 post-AVC. Possibilité de transfert direct à J7-J10 post-AVC depuis l'UNV en l'absence de place disponible en court séjour médical

#### 2.3.3.4 Articulation entre les ressources du GHT et catégories de patients. : Les Patients de catégorie 1

- Patients admis au SAU de l'HNO-Villefranche
  - Admission à l'UNV après thrombolyse ou thrombolyse + thrombectomie si éligible ou directement si non éligible

→ Prise en charge UNV : bilan étiologique, rééducation précoce etc. 7-10

➤ Patients admis au SAU de l'HNO-Tarare

- Admission à l'UNV après thrombolyse ou thrombolyse + thrombectomie si éligible ou directement si non éligible
- Patient non éligible à la thrombolyse/thrombectomie : en l'absence de place disponible (saturation UNV), admission en médecine A en attente de place
- Prise en charge UNV : bilan étiologique, rééducation précoce etc. 7-10 jours
- Demande d'admission en SSR validées à J3 post AVC

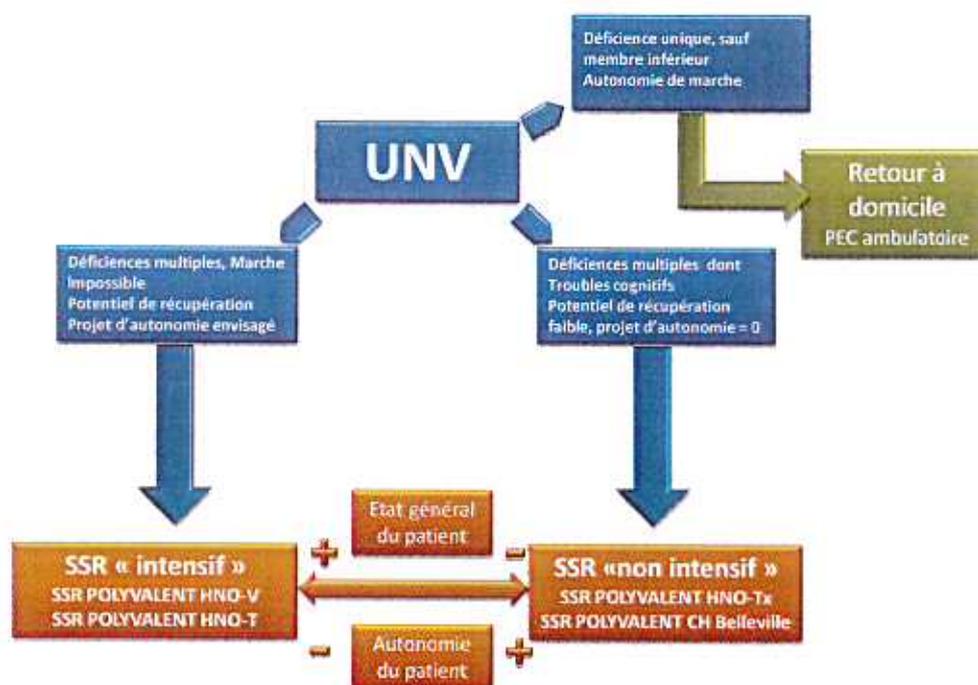
➤ Patients sortants de l'UNV

Les unités de SSR polyvalent de l'HNO-Trévoux et du centre hospitalier de Beaujeu accueillent les patients relevant d'un parcours de catégorie 3, dont l'état médical ou le pronostic fonctionnel ne permet pas d'envisager une rééducation intensive de type MPR.

Ces unités peuvent également accueillir des patients de catégorie 3 secondairement après un séjour de rééducation intensive dans les unités fléchées, en rapprochement de leur domicile.

Elles peuvent également accueillir des patients de catégorie 3 dont l'état général ne permet d'envisager une rééducation intensive précoce. Ces patients seront ensuite intégrés dans un parcours de catégorie 2 sur les unités fléchées du GHT.

### Parcours de soins du patient atteint d'AVC, après séjour à l'UNV



## 2.4 Parcours du patient âgé souffrant d'insuffisance cardiaque

### 2.4.1. État des lieux

Les patients insuffisants cardiaques sont atteints par un ensemble de symptômes dus à l'incapacité du muscle cardiaque d'assurer son rôle de propulsion du sang dans l'organisme. Elle peut survenir dans l'évolution d'un infarctus du myocarde, d'une angine de poitrine, d'une HTA, .... Sa fréquence augmentant avec l'âge constitue un segment d'activité important corrélé avec le vieillissement de la population.

En 2015, les hôpitaux de Villefranche, Tarare, Trévoux ont réalisés 858 séjours pour 652 patients provenant pour 55 % d'entre eux du territoire GHT. La DMS s'établit à 7,63 jours et l'IP.DMS à 1,16 ce qui exige une analyse plus approfondie par établissements. 48 % des séjours se terminent par un retour à domicile et 15 % en soins de suite. L'hôpital d'Alix (48 %) et l'hôpital de Trévoux sont les principaux destinataires.

La prise en charge du patient insuffisant cardiaque âgé sur le GHT concerne essentiellement la phase aiguë soutenue par une bonne collaboration/communication avec les cardiologues de Villefranche et les médecins des autres établissements, les urgentistes, les médecins de ville, et les médecins d'EHPAD. Concrètement cela se traduit notamment par l'existence d'un numéro Unique d'appel pour avis cardio 7 J/7, 24 heures /24 intégrant un fax des ECG avec interprétation.

### 2.4.2. Dysfonctionnements constatés.

- Des passages aux urgences inappropriés, notamment dus à la difficulté de procéder à des admissions directes en unité de cardiologie ;
- Un dispositif de prise en charge ambulatoire insuffisant au regard de la nature des patients ;
- Une saturation des lits liés à l'accès par les urgences et aux difficultés pour transférer les patients vers le SSR ;
- Des coopérations avec la ville encore insuffisantes par manque de connaissances et de temps pour améliorer la prise en charge graduée. Des patients mieux suivis à domicile pourraient éviter le passage par les urgences.

### 2.4.3. Perspectives d'amélioration à court terme

Du constat issu de la DMS et du flux de patients passant par les urgences, un plan d'amélioration à court terme est défini articulant la modification du flux d'entrées tout en activant le processus de sortie. Il s'agit :

- d'augmenter les admissions directes en hospitalisation en cardiologie à Villefranche ;
- d'activer les sorties en anticipant les dates de sorties prévisionnelles.

En fonction de ces objectifs, des actions complémentaires seraient à mettre en œuvre :

- Transfert rapide des patients hospitalisés en service de cardiologie à Villefranche vers les services de médecine polyvalente des hôpitaux de proximité. Ceci permettrait de libérer plus vite les lits de cardiologie (et donc de faciliter les admissions directes), en particulier pour des patients pas tout à fait stables mais ne relevant plus forcément d'un plateau de cardiologie. Ces patients pourraient alors bénéficier d'une prise en charge sociale sur leur territoire (pour ceux qui pourront rentrer au domicile avec un renforcement des aides) ou d'une orientation SSR depuis la médecine polyvalente. (cf. Paragraphe 3.3 unités de médecine) ;

- Augmenter les prises en charge en SSR polyvalent après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque en service de cardiologie (cf.3.2 Soins de suite) ou en service de Gériatrie. La proposition d'organisation consiste à organiser un suivi à 3 semaines (si moyens disponibles ; cf. infra). La prise en charge et le suivi à distance s'organiserait alors (selon les recommandations des cardiologues) au plus près du site de proximité ;

- Du constat des potentialités de réduction des entrées inappropriées à l'hôpital, des actions à court terme vers l'environnement sont également définies.

- Renforcer le suivi clinique des patients avec insuffisance cardiaque chronique (poids, des constantes cardio), en SSR, en EHPAD, à domicile (en lien avec les IDE et médecins libéraux) ;
- Renforcer le suivi biologique des patients en insuffisance cardiaque chronique (fonction rénale, hémogramme, ferritine, NT-proBNP...) ;
- Élaborer un annuaire de tous les partenaires recevant et traitant des patients insuffisants cardiaques âgés que ce soit au sein des hôpitaux du GHT ou en ville, et ce par métiers.

#### 2.4.4. Perspectives d'amélioration à moyen terme.

Les perspectives d'amélioration nécessitant des ressources complémentaires pour :

- Augmenter les plages horaires pour la réalisation d'échographie cardiaque à 48 heures sur des sites déjà existants conformément aux recommandations de bonnes pratiques pour être en mesure de répondre à la demande d'échographie cardiaque pour tous patients pris en charge dans un établissement du GHT, patients présentant une « poussée » d'insuffisance cardiaque. La réalisation de l'échographie cardiaque permet de définir le choix des traitements pharmaceutiques.

- Mise en place de consultations avancées de gériatrie générale ou de médecine polyvalente avec bilan médical et biologique et avec entre autre une évaluation cardiologique sur les différents établissements hospitaliers du GHT permettant ainsi de déceler en amont des pathologies telles que l'insuffisance cardiaque non prise en charge suffisamment en ville et mettre en place une veille pour le suivi cardiologique. (Ce qui suppose par ailleurs une amélioration opérationnelle de la coordination avec la médecine de ville). Ces consultations avancées pourraient également être complétées par des consultations de suivi à distance pour les patients connus et déjà pris en charge par le service de cardiologie notamment en utilisant les outils à disposition dans le champ de la télémédecine.

- Mise en place d'Hospitalisation de Jour avec plateau médico-technique dédié à l'HNO prévu à ce jour dans le cadre de l'extension de l'hôpital, l'ouverture étant prévue au 3ème trimestre 2020. Les personnes concernées étant les patients valvulaires pour une évaluation de leur atteinte valvulaire ou hypertendus pour un bilan de leur HTA, ainsi que les patients suspects de maladie rythmique (Brugada...), ainsi que les insuffisants cardiaques pour évaluation, perfusion de fer ou transfusion. Les possibilités d'anticipation de l'ouverture d'un hôpital de jour sont nécessaires mais nécessitent à la fois des ressources humaines et des locaux disponibles.

- Élaborer des protocoles de suivi de patients atteints d'insuffisance cardiaque de la personne âgée suite à un épisode aigu à 3 semaines, après sortie d'hospitalisation de MCO et /ou après pris en charge SSR Cardiologie afin de limiter notamment les ré-hospitalisation non programmées.

- Développer les actions de prévention en partenariat avec les autres acteurs notamment le suivi de patients cardiaques par les médecins généralistes et par les infirmières libérales. (Suivi du poids, de la

fonction rénale, dosage régulier du BNP, suivi des modifications de traitement, interactions médicamenteuses... etc.). Ce type d'action ciblée serait amplifié par la réalisation d'une soirée tous les deux ans à destination des professionnels de ville centrée sur l'insuffisance cardiaque.

- Organiser un enseignement annuel « Grand public » pour l'insuffisance cardiaque des personnes âgées.

#### 2.4.5. Indicateurs de suivi des actions entreprises.

- Nombre annuel de ré hospitalisation au sein d'une unité de court séjour du GHT pour insuffisance cardiaque pour les patients âgés de > de 65 ans ;

- Nombre de prises en charge aux Urgences pour insuffisance cardiaque pour les patients âgé ;

- Nombre d'entrées directes en service de cardiologie par mutation d'un autre établissement du GHT ou d'entrées directes du domicile pour insuffisance cardiaque des patients âgés ;

- Nombre de CS de cardiologie et / ou échographie cardiaque pour les patients en établissements du GHT ;

- Nombre d'échographies cardiaques réalisées dans les 48 heures après une prise en charge initiale aiguë par les urgences de HNO Villefranche et ou HNO Tarare, ainsi qu'à Trévoux dans l'unité de court séjour médical ou gériatrique.

## 2. 5 Parcours du patient diabétique

### 2.5.1. État des lieux

La prise en charge des patients diabétiques est organisée de facto de façon graduée en fonction des ressources et du rôle de chaque établissement au sein du GHT. Les données ci-dessous attestent d'un volume significatif de patients pris en charge selon des modalités d'entrées et de sorties différentes en fonction de leur état. Ainsi sur le GHT, sont dénombrés sur les 6 premiers mois de l'année 2016, plus de 2 100 séjours d'hospitalisation de patients diabétiques (pour 1 200 patients) ; mais 252 sont identifiés comme ayant le diabète en diagnostic principal.

*Données des patients diabétiques hospitalisés, toutes causes confondues, en court séjour médical sur les sites de Villefranche-sur-Saône, Tarare, Trévoux de Janvier à juin 2016, et Belleville, Beaujeu, Saint Cyr au Mont d'Or de janvier à septembre 2016.*

Indicateurs	Villefranche -sur-Saône	Tarare	Trévoux	Belleville	Beaujeu	Saint-Cyr au Mont d'or
Nb de séjours	1 434	284	266	x	x	16
Nb de patients	683	238	197	44	47	12
Age moyen des patients	67,73	72,15	82,06	82,7	83,1	52
% hommes	53 %	56 %	44 %	37,5 %	38,6 %	57 %

*Mode d'entrée des patients diabétiques hospitalisés, toutes causes confondues, en court séjour médical sur les sites de Villefranche-sur-Saône, Tarare, Trévoux de janvier à juin 2016, et Belleville, Beaujeu, Saint Cyr au Mont d'Or de Janvier à septembre 2016.*

Mode d'entrée	Villefranche-sur-Saône	Tarare	Trévoux	Belleville	Beaujeu	Saint-Cyr au Mont d'Or
Urgences	752	139	16	x	x	x
Domicile	633	124	56	13	22	11
SSR / SLD	10	5	24	7	7	x
Services de court séjour médical	37	16	171	24 (dont urgences)	18 (dont urgences)	1
Total nb de séjours	1 434	284	266	44	47	16

Ainsi l'hôpital de Villefranche qui dispose des ressources de spécialistes et du plateau technique reçoit dans l'unité spécialisée en diabétologie, endocrinologie et nutrition (UDEN) au sein du service de médecine interne, les patients souffrant d'un déséquilibre de diabète, de néphropathie diabétique, et les plaies de pied diabétique. Par ailleurs en liaison avec le pôle mère-enfant sont prises en charge les patientes présentant un diabète gestationnel. La majorité des patients diabétiques hospitalisés (76 %) viennent de leur domicile, correspondant donc à des hospitalisations programmées (demande de médecin traitant ou via la consultation d'endocrinologie), 5 % sont adressés par les urgences et 19 % sont adressés par des services de court séjour médical. 91 % de ces patients retournent à domicile.

La situation est différente dans les autres établissements selon la structure de l'établissement.

Ainsi à l'hôpital de Tarare qui dispose d'une compétence spécialisée et d'un service d'urgence, le mode d'entrée est constitué à 49 % par les urgences (40 % du domicile). La prise en charge est essentiellement ambulatoire (HDJ). Au SSR de Tarare, les patients diabétiques sont hospitalisés pour d'autres pathologies que le diabète. Ils sont majoritairement adressés par les services de court séjour médical de l'hôpital (71.8 %) ou externe (28.2 %). 80 % retournent à domicile. Sur les 238 séjours, 14 le sont avec un diagnostic principal de diabète.

À l'hôpital de Trévoux le diabète n'est jamais le diagnostic principal d'hospitalisation. Les pathologies diabétiques rencontrées sont le déséquilibre de diabète (prédominant), les hypoglycémies, de rares cas de pieds diabétiques, un bilan somatique chez un patient diabétique avant hospitalisation en psychiatrie, et de rares cas de diabète gestationnel. 70 % des patients sont adressés par les services de spécialité des autres hôpitaux du GHT dont en grande majorité les urgences et services post-urgences de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, 21 % des patients sont adressés par leur médecin traitant (domicile), 9 % des patients sont adressés par des SSR.

À l'hôpital de Belleville, la pathologie diabétique rencontrée est le déséquilibre de diabète au décours d'une autre pathologie, la majorité des patients (54 %) étant adressés par les unités d'urgences et de post-urgences de l'hôpital de Villefranche ou par les services de spécialités notamment par le service de médecine interne. 30 % des patients sont adressés par le médecin traitant, 16 % des patients sont adressés par le SSR. 48 % des patients sont transférés en SSR.

La situation est relativement identique à l'hôpital de Beaujeu dans lequel les patients sont adressés par les urgences et autres services de court séjour médical de Villefranche-sur-Saône dans 38 % des cas, par le médecin traitant dans 47 % des cas (domicile), et par transfert du SSR dans 15 % des cas. Le mode de sortie

principal (38 %) est le retour à domicile (EHPAD), 32 % sont transférés en SSR, 11 % sont transférés en service de court séjour et 19 % des patients décèdent.

Pour l'hôpital de Grandris et l'EHPAD de Villars les Dombes : les patients entrent en EHPAD pour des causes autres que le diabète : polyopathologies du sujet âgé, maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées dans 70 % des cas.

De même à St Cyr ou les patients diabétiques entrent pour une cause psychiatrique.

Pour les établissements du GHT à l'exception de Villefranche les avis téléphoniques sont réalisés sur les lignes directes des endocrinologues de l'Hôpital de Villefranche-sur-Saône. En fonction, une consultation ou une hospitalisation peut être réalisée sauf pour l'EHPAD de Villars les Dombes ou les avis diabétologiques sont pris à ce jour à l'hôpital de FLEYRIAT (hors GHT), par proximité géographique, avec possibilité de consultation voire d'hospitalisation si nécessaire.

En synthèse, il apparaît qu'existe sur le territoire un centre spécialisé, et des établissements dont la patientèle est plutôt constituée de patients en provenance des urgences ou des services de court séjour avec une nuance pour l'hôpital de Tarare qui, doté d'un service d'urgence, reçoit plus de patients diabétiques.

#### 2.5.2 Les dysfonctionnements constatés ou la rupture de prise en charge.

L'état des lieux clarifie le rôle que chacun joue dans le cadre d'une prise en charge graduée sur le territoire en fonction de ses ressources face à un nombre de patients important en termes de flux. Ce volume et les différents lieux de prise en charge suscitent des difficultés au sein du GHT qui résident pour l'essentiel en la multitude de protocoles de soins.

Par ailleurs, le service d'endocrinologie est encore mal connu par l'ensemble des médecins et ne joue pas dans tous les cas le rôle de centre de référence pour les avis spécialisés. Ceci est dû à l'évolution rapide des dernières années.

L'activité d'hospitalisation à temps partiel est encore récente et limitée en termes de volume par ses locaux.

#### 2.5.3. Les progrès accomplis au cours des deux dernières années

Compte tenu de la demande, le service s'est organisé sur plusieurs axes.

- le service de médecine interne a organisé une activité d'hospitalisation à temps partiel depuis le 05/10/2015 intégrant des patients diabétiques à raison de 16 patients par semaine.
- L'activité d'endocrinologie a déjà évolué au cours de l'année 2016-2017 avec la mise en place de consultations avancées, qui sont réalisées par les médecins endocrinologues de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône dans les centres hospitaliers de Belleville, Tarare et Trévoux. Une demi-journée de consultation est prévue dans chaque centre, avec un médecin référent par centre.
- Des ateliers d'éducation thérapeutique ont débuté au Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône depuis 2016 : ateliers diabète type 1 et 2, ateliers diabète gestationnel, ateliers d'insulinothérapie fonctionnelle.
- Afin de mieux répondre à la forte demande au sein du GHT pour les consultations de plaies de pied diabétique, des consultations de soins infirmiers en plus des consultations conjointes diabétologue/infectiologue/IDE ont été mises en place depuis 2015.

De même, des consultations infirmières d'éducation thérapeutique pour le diabète gestationnel ont été mises en place en 2015, en plus des consultations médicales.

- Depuis septembre 2015, un numéro de téléphone, de fax et de mail unique a été instauré ainsi qu'un formulaire standardisé mis à la disposition des médecins traitant et des centres hospitaliers du GHT pour les demandes d'hospitalisation en diabétologie sur l'Hôpital de Villefranche-sur-Saône, afin de fluidifier les prises en charge.

#### 2.5.4 Les perspectives d'amélioration

La rencontre des différents praticiens dans le cadre du PMP du territoire a permis de mesurer la bonne organisation mise en place et de proposer des axes d'amélioration dans le cadre du parcours tout en limitant le taux de fuite et favoriser les prises en charge de proximité. Un indicateur sur le taux de fuite constitue un moyen d'évaluation.

- Uniformiser les protocoles de soin du patient diabétique, notamment les protocoles d'insulinothérapie, au sein des services ;

- Redistribuer la demande type d'hospitalisation conventionnelle et de jour, et établir un formulaire type unique au sein du GHT à terme ;

- Intensifier le développement de l'éducation thérapeutique notamment au sein de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône et de l'hôpital de Tarare, et partager nos pratiques, l'indicateur de suivi étant le nombre d'ateliers d'éducation thérapeutique réalisés ;

- Projet de création d'ateliers diabète gestationnel tous les 15 jours avec diététicienne et médecin (pour un groupe de patiente présentant un diabète gestationnel) à partir de mars 2017, ainsi que des ateliers d'éducation thérapeutique pour les patients diabétique (sur le sport, alimentation, hypoglycémie, hyperglycémie, pied ...) pour un groupe de patients tous les 2 mois : IDE/médecin ou diététicienne/IDE ou diététicienne/médecin ;

- Extension de l'activité d'hospitalisation à temps partiel dans le cadre de plateformes qui facilitent sur une même plage temporelle la réalisation de diagnostics précoces en relation avec le médecin traitant, l'établissement de plans de soins personnalisés, mais aussi, la prévention, le suivi, l'éducation thérapeutique et la réadaptation des patients, garants d'une meilleure efficacité des thérapeutiques et finalement d'une plus grande qualité de vie des patients durant leur maladie. L'intérêt étant alors de pouvoir recevoir des patients des établissements du GHT pour bilan et orientation diagnostique. L'extension ne pouvant cependant être envisagée que dans le cadre de la libération d'espaces à Villefranche ;

- Par ailleurs le projet d'établissement de « l'ex CHT » dispose selon les ressources et l'approfondissement des besoins, de l'utilisation du plateau médico-chirurgical ambulatoire de Tarare qui permet, en relation avec les médecins spécialisés de Villefranche ou avec les spécialistes libéraux du territoire, de réaliser un certain nombre de bilans d'examen diagnostique. Dans le même esprit, il est également envisagé à l'hôpital de Trévoux de constituer une plateforme de consultations spécialisées gériatriques pour des thématiques spécifiques dans laquelle pourrait intervenir les endocrinologues.

## 2.6 Parcours insuffisance respiratoire : mieux organiser la prise en charge de la B.P.C.O

**Objectif général :** Réduire les hospitalisations par de fortes actions dans le champ de la prévention.

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie de fréquence élevée et en augmentation. C'est une maladie méconnue et banalisée par le grand public et le monde médical. En France, la BPCO touche 5 à 10 % des adultes de plus de 45 ans ; 2/3 des BPCO ne sont pas diagnostiquées ou le sont à un stade de handicap respiratoire. La BPCO est la principale cause d'insuffisance respiratoire chronique. La survenue d'exacerbations (définie comme une majoration des symptômes respiratoires, débutant de façon aiguë, durant plus de 48 heures ou justifiant une modification thérapeutique) altère le pronostic du patient. Ces exacerbations génèrent aussi des coûts de santé importants, du fait du recours à l'hospitalisation. Ainsi, la quasi-totalité (95 %) des patients consultant aux urgences pour exacerbation de BPCO est hospitalisée (12 % en soins intensifs). Près de la moitié (43 %) des patients hospitalisés pour une exacerbation va être ré-hospitalisée dans les 6 mois (pour la BPCO ou une autre pathologie)(M. Patout, RMR 2014 ; 31 :693-699).

### 2.6.1 L'état des lieux

On peut explorer le parcours du patient selon une vision temporelle (cf. tableau plus bas).

<b>PARCOURS DE SOINS des patients BPCO – VISION TEMPORELLE</b>
<b>Prévention primaire</b>
<b>Repérage, diagnostic</b>
<b>Traitement de fond de la maladie</b>
<b>Gestion des situations de crise</b>
<b>Transition hôpital domicile</b>
<b>Soins de support, soins palliatifs</b>

Comme le précise le document en annexe (p7) la prévention primaire (en premier lieu le sevrage du tabac) est portée par de nombreux professionnels sur le territoire. Des consultations de tabacologie sont organisées (p13).

Le repérage et le diagnostic sont encore certainement trop tardifs. La spirométrie est accessible sur les sites de Villefranche sur Saône, Tarare, Trévoux et au Centre Médical de Bayère.

Le traitement de fond de la maladie obéit à différents stades selon le patient. Un programme d'éducation thérapeutique mené conjointement avec le réseau SPIRO est proposé aux patients, à l'hôpital de Villefranche sur Saône et à l'hôpital de Tarare. Enfin, la réhabilitation respiratoire, une des principales composantes de la prise en charge du patient BPCO, est organisée de façon différenciée sur plusieurs centres d'activité (cf. p 13), tout en considérant que le maillage du réseau ambulatoire autour de Villefranche sur Saône reste insuffisant (un programme de réhabilitation respiratoire est accessible pour les patients BPCO sur le site de Tarare).

La gestion des situations de crise, à savoir les exacerbations, impacte directement l'activité hospitalière des urgences au service de spécialité. Le tableau ci-dessous dénombre la volumétrie de cette activité.

**Analyse des filière de soins - BPCO**

Sélection des séjours porteur d'un diagnostic principal "J41-Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aigüe des voies respiratoires inférieures" ou "J41-Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision"

bases pmsiplot au 14/10/2016

**Indicateurs 1ER Semestre 2016 - Ensemble des établissements CHT**

TOTAL SÉJOURS MCO Villefranche/Trévoux/Tarare	CH VILLEFRANCHE			CH TRÉVOUX			CH TARARE		
	Janvier à juin 2015	Janvier à juin 2016	Evol. 15/15	Janvier à juin 2015	Janvier à juin 2016	Evol. 15/15	Janvier à juin 2015	Janvier à juin 2016	Evol. 15/15
Nombre de Séjours	234	200	-15%	20	34	70%	70	70	0%
Age moyen par RSS	74,03	73,30	-1%	81,32	82,53	1%	74,89	73,87	-1%
% Hommes	65%	70%	8%	60%	68%	13%	73%	74%	1%
Nombre de patients (file active)	190	159	-16%	20	32	60%	51	59	16%
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RSS	7,34	7,39	1%	7,70	6,50	-16%	8,20	9,50	16%
Nombre de journées PMSI des RSS	1 718	1 477	-14%	154	221	44%	574	665	16%
Indicateur de performance basé sur la OMS Nat : nb journées standardisées (DMS nat) / nb journées	1,06	1,03	-3%	1,07	1,25	17%	1,24	1,06	-15%
Valorisation T2A	775 893 €	635 485 €	-18%	67 185 €	112 905 €	68%	286 060 €	286 155 €	0%
C.A. moyen par RSA	3 320,06 €	3 177,45 €	-4%	3 359,25 €	3 320,74 €	-1%	4 086,57 €	4 087,93 €	0%

Sur le premier semestre 2016, 304 séjours sur le territoire de « l'ex CHT » dans la majorité des cas, les patients ayant été admis par les urgences (72 %). 64 % des patients regagnent leur domicile après l'hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Les 36 % de patients se répartissent entre l'hôpital de Trévoux à hauteur de 38 % (P.M. existence d'une consultation hebdomadaire par un pneumologue). Les autres patients vont être pris en charge à Alix (13 %), Beaujeu (11 %), Belleville (11 %) et au centre médical de Bayère (8 %). Au vu du taux faible d'admission à Bayère, il est probable que les patients sont un peu plus jeunes et sont sélectionnés sur le bénéfice attendu de la réhabilitation.

### 2.6.2 Difficultés constatées au niveau du GHT

La majorité des hospitalisations des patients BPCO se fait par le biais des urgences dans un contexte d'exacerbation. D'après les données PMSI (cf. rapport), à Villefranche sur Saône, deux tiers des patients hospitalisés pour exacerbations de BPCO le sont dans un autre service que la pneumologie (par manque chronique de place en pneumologie). Cela engendre une demande spécifique pour les pneumologues : avis dans les services, consultation de suivi précoce à programmer, coordination de l'ETP à organiser. Favoriser l'ambulatoire et/ou les retours à domicile précoce demande également un temps de coordination important dont on ne dispose pas à ce jour en pneumologie (ni pour l'hospitalisation conventionnelle ni pour l'hospitalisation de jour). Les bilans d'insuffisance respiratoire chronique se font dans la majorité des cas en hospitalisation de journée avec là encore des difficultés de programmation par manque de place et besoin de coordination spécifique.

On a vu plus haut les difficultés d'accès pour une réhabilitation respiratoire en centre ou en ambulatoire (du fait du volume important de patients potentiellement concernés et du manque de structures proches). On pourrait pour des SSR conventionnels favoriser les relations avec les hôpitaux de Beaujeu et Belleville.

### 2.6.3 Les perspectives d'évolution

Les axes de prise en charge qui améliorent la santé et le pronostic des patients BPCO sont : le sevrage du tabac, l'éducation thérapeutique et la réhabilitation respiratoire. On sait aussi que la coordination de la sortie (organisation du suivi) diminue le taux de ré hospitalisation. Les enjeux sont donc aussi ceux du lien ville-hôpital.

Un groupe projet multidisciplinaire (qui rassemble des professionnels de santé du GHT mais aussi de la ville) travaille depuis un an autour d'actions visant à améliorer le parcours de soins ville-hôpital du patient BPCO. Ce groupe porte trois des projets listés ci-après.

- l'information grand public pour un diagnostic précoce

- Ce travail autour du dossier patient est un des trois objectifs du groupe projet multidisciplinaire « parcours de soins ville hôpital du patient BPCO ». Plan d'action (en cours) consultable dans la partie projet de ce document.

- développer un dossier patient spécifique

Ce travail autour du dossier patient est un des trois objectifs du groupe projet multidisciplinaire « parcours de soins ville hôpital du patient BPCO ». Ce dossier patient intégrera :

- La création d'un annuaire à destination des patients et des professionnels : identifiant et colligeant les cabinets de kinésithérapeute pratiquant le réentraînement à l'effort ; mais aussi les associations de patients pouvant proposer des initiatives de type marche nordique, gymnastique etc.... ;
- La check-list mentionnée ci-après ;
- Et d'autres données comme le plan d'action en cas d'exacerbation...

- faciliter la mise en œuvre de la réhabilitation respiratoire grâce à la venue sur le site de Villefranche sur Saône du centre médical de Bayère. La proximité au sein d'un même bâtiment pourra favoriser le développement des actions de réhabilitations comme convenu dans le cadre des accords de partenariat et notamment l'activité ambulatoire avec la création d'une unité d'hospitalisation à temps partiel SSR pneumo-cardio sous responsabilité du centre Bayère.

- Mise en place d'une prise en charge spécifique pour les patients hospitalisés pour une exacerbation de BPCO

- Le programme PRADO de la CPAM doit débuter le 6 mars 2017 dans un premier temps dans le service de pneumologie et de post urgence du centre hospitalier Villefranche sur Saône. Il s'agit de faciliter le retour à domicile dans les meilleures conditions possibles en organisant le suivi programmé systématique après l'hospitalisation : médecin généraliste dans la semaine et pneumologue dans les 2 mois, et en prenant les contacts avec IDE libérale du domicile, kiné du domicile...
- une liste d'objectifs (check-list) qui permet de s'assurer que la prise en charge des patients est optimale pour chacun des items abordés (sevrage du tabac, information sur la maladie, intérêt de la réhabilitation, gestion des exacerbations, vaccination...). Cette check-list suivra le patient dans tout son parcours.
- Ces projets sont en phase de développement, l'objectif étant de les étendre à terme à l'ensemble des établissements et services du GHT concernés.

## 2.7 Parcours en pédopsychiatrie

### 2.7.1 Prise en charge des adolescents.

- État des lieux : Il s'agit d'équipes transversales qui ont développé (I 06, et I10 qui seront regroupés sur un pôle unique à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017): une action sectorisée ambulatoire avec des prises en charge individuelles (consultations, psychothérapie) ou groupales, réparties sur

l'ensemble du territoire. Une collaboration avec le service de la pédiatrie de l'HNOV avec comme base le CATTP adolescents basé au sein de l'HNOV.

Le parcours du patient significatif est celui d'un adolescent admis aux urgences. Il y est vu en consultation par le pédopsychiatre de liaison qui prononce ou non une hospitalisation en pédiatrie. Lors de son séjour, une collaboration s'établit avec l'équipe ados pour un relais des soins auprès du secteur. La pérennité de ce dispositif sous les formes de financement existant est un atout sérieux dans le cadre de la coopération entre les disciplines de psychiatrie et pédiatrie pour une prise en charge conjointe et adaptée.

- Perspectives d'évolution : Il conviendrait d'augmenter la capacité de la pédopsychiatrie de liaison selon deux axes en créant un temps plein de pédopsychiatre de liaison, compte tenu de l'augmentation très importante des besoins et en augmentant la capacité d'accueil de jour couplée à une équipe mobile dans le cadre d'un Centre de thérapie brève dont le projet a été validé au CPOM du Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or.

La création du Centre de thérapie brève figure dans le projet d'établissement de St Cyr. C'est l'une des trois structures complémentaires pour l'ensemble du territoire avec un hôpital de jour pour adolescents psychotiques et/ou déficitaires à Tarare et un hôpital de jour adolescents-jeunes adultes dans le 9ème arrondissement.

### 2.7.2 Périnatalité

- État des lieux : une équipe en cours de constitution est amenée à intervenir à la fois dans le domaine de la prévention et des difficultés liées à la périnatalité et à la fois dans le suivi des 0-4 ans qui présentent des troubles de la personnalité et du développement. L'intérêt est d'installer un réseau qui permettra des liens entre les différentes institutions en charge des problématiques liées à la périnatalité (PMI, sages-femmes libérales, ADIAF, ADMR, psychiatrie adulte et pédopsychiatrie...).

Cependant des dysfonctionnements sont constatés au niveau de la maternité : il existe des consultations psychologiques mais leur capacité est notoirement insuffisante et leur mode d'action est rendu compliqué par le turn-over des patients. Ceci est particulièrement sensible dans des situations qui nécessiteraient un travail de prévention laissé de côté par manque de temps : les situations peu bruyantes où les difficultés apparaissent en différé, les accouchements traumatiques (hémorragies, bradycardie du nouveau-né, cancer du sein concomitant,...).

Au niveau de la néonatalogie : la problématique des grands prématurés nécessiterait des relais plus efficaces au moment du retour à domicile.

- Perspectives d'évolution : il est souhaité de développer des temps d'intervention conjoints avec les psychologues de la maternité et de l'équipe de périnatalité pour une prévention efficace dans les situations de grossesses pathologiques, de problèmes somatiques graves associés et d'accouchement traumatique. De même les interventions en néonatalogie pourraient être élargies pour assurer le relais avec la PMI et les prises en charge par l'équipe de périnatalité. Un accueil de jour pour les mères qui le nécessitent au centre de périnatalité serait utile dans le cadre de ce programme tout comme le développement des visites à domicile par l'équipe de périnatalité au-delà du seul territoire de Villefranche.

Pour cela, il est nécessaire de réaliser la dernière phase de l'installation du centre d'accueil en périnatalité, validé au CPOM de St Cyr.

## 2.8 Parcours psychiatrique de l'adulte et notamment le sujet âgé

### 2.8.1 Objectifs de la filière psychiatrique.

- La filière psychiatrique concerne la prise en charge psychiatrique et somatique des patients lorsque l'état du patient requiert un échange direct et immédiat d'information et/ou de compétences entre les professionnels de disciplines différentes sachant qu'une grande partie de ces patients sont traités de façon parallèle sans besoins d'échanges.

Pour mémoire, les objectifs de la filière consistent à :

- Assurer l'évaluation et l'orientation vers la prise en charge psychiatrique.
- Permettre l'orientation vers l'évaluation et éventuellement la prise en charge somatique adaptée.
- Limiter les hospitalisations en établissement de santé aux indications nécessaires.
- Garantir la poursuite des soins psychiatriques lorsque la prise en charge somatique impose un séjour en médecine, chirurgie obstétrique à Villefranche ou à Tarare.
- Garantir la prise en charge de psychiatrie de liaison des patients non psychiatriques mais présentant des symptômes psychiques ou psycho-comportementaux consécutifs à une prise en charge somatique.

### 2.8.2. État des lieux (cf. annexe 4)

L'organisation de la psychiatrie adulte, sous la responsabilité du secteur 69G34 couvre 55 % de la superficie du l'ancien département du Rhône avec 130 communes desservies. L'organisation de la sectorisation ne correspond pas aux contours du GHT, avec des communes à l'ouest du département articulé avec le GHT Loire, et deux communes intégrées au GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes, mais relevant d'autres équipes, l'une ( le G69-35) étant responsable du secteur de l'Arbresle, l'autre (le secteur ouest rattaché au centre psychothérapique de l'Ain (C.P.A.)), assurant la continuité des soins sur la commune de Trévoux.

À l'exception de ces particularités liées au découpage géographique, l'organisation de la psychiatrie adulte sur les communes du territoire du GHT correspond globalement aux besoins avec un équipement comportant 68 lits d'hospitalisation, un centre de consultation psychothérapiques à Gleizé entendu comme Centre médico psychologique (C.M.P) pivot, 5 C.M.P « satellites » (Tarare, Grandris, Bois d'oin, Beaujeu et Thizy), 2 hôpitaux de jour (Gleizé et Tarare). En outre, le G69-34 a mis en place des unités psychiatriques transversales centrées sur les urgences, le dispositif d'accompagnement de la crise (D.A.C.), l'équipe de liaison et de soins en addictologie(E.L.S.A), et l'équipe mobile de géronto psychiatrie.

Si le dispositif couvre une grande partie des besoins, il apparaît cependant que des améliorations sont possibles tant sur le plan de la couverture géographique, que sur l'articulation entre médecine somatique et médecine psychiatrique en termes de parcours.

### 2.8.3 Les difficultés recensées

Il est difficile de caractériser les difficultés dans la mesure où il existe de très nombreuses portes d'entrée dans la filière et aux toutes aussi nombreuses voies et lieux d'entrées dans le soin psychiatrique. Si le parcours du patient à domicile, aux urgences, hospitalisé en M.C.O. est bien identifié avec l'utilisation des structures existantes (CMP, DAC, EMG, ELSA, hospitalisation complète à Saint Cyr au Mont d'Or), il s'avère souhaitable d'améliorer l'articulation au décours des différents lieux de prise en charge.

- Face à des cas complexes limites entre somatique et psychiatrique les praticiens des établissements M.C.O. ont besoin d'un apport de conseil, d'aide et d'orientation. ainsi, les troubles des conduites majeurs consécutifs à une pathologie non psychiatrique (démence de tout type, maladie de Korsakoff, chorée de Huntington) ne relèvent pas d'un séjour en établissement psychiatrique. Dans

certaines situations exceptionnelles, après concertation préalable entre les psychiatres du CH de Saint Cyr au Mont d'Or et les somaticiens, un patient présentant des troubles des conduites majeurs consécutifs à une pathologie non psychiatrique peut être admis quelques jours à St Cyr pour une tentative d'adaptation de son traitement sédatif, avec engagement formel de son retour vers l'unité initiale

- Il n'existe pas de dispositif de psychiatrie de liaison pour les CH de Trévoux et Belleville ainsi que dans les SSR du territoire qui sont confrontés à des troubles psychiatriques chez leurs patients et ou résidents associés à des pathologies somatiques.
- La mortalité des patients psychiatriques est de 3 à 5 fois plus élevée que dans la population générale, 50 % des patients « psychiatriques » ayant une pathologie organique associée non diagnostiquée une fois sur deux. Ainsi, les patients pris en charge à Saint- Cyr au Mont d'Or sont le plus souvent des personnes qui outre leur fragilité psychique, ont un suivi somatique erratique voire inexistant.
- Absence d'une unité d'électro-convulsivothérapie (ECT) : un bilan avait mis en évidence pour l'activité de l'année 2013 une sous-prescription de 2,5 fois pour les patients habitant sur les secteurs de Saint Cyr au Mont d'Or, par rapport aux autres territoires rhodaniens.
- Difficultés dans la prise en charge des situations de détresse psychosociale et de précarité

#### 2.8.4 Les objectifs et les pistes d'améliorations

##### 2.8.4.1 Aide auprès des « somaticiens »

L'apport d'une compétence et un conseil d'orientation pour les situations complexes (par exemple, le cas des démences frontales) s'exprime sur trois axes :

- Amélioration de la collaboration entre l'équipe de géro-psy et l'équipe mobile de gériatrie installée à Villefranche par une implantation dans les mêmes locaux : ceci améliorera la coordination des actions de prise en charge tout en facilitant le recours aux consultations et examens spécialisés. Les difficultés rencontrées par les services de médecine avec des patients poly pathologiques associant des troubles psychiatriques nécessiteraient à moyen terme le développement de lits fléchés géro-psy à St Cyr au Mt D'Or, lits qui aujourd'hui existent mais dans des unités actuellement saturées. Par ailleurs les conditions d'admission dessinent un mode opératoire clair.
- Mettre en place un comité de suivi régulier des retours sur expérience (CREX) à partir des situations difficiles ou celles recensées par la cellule de régulation ;
- Nécessité d'un échange d'information notamment sur les cas « limite » commun à plusieurs disciplines dans la mesure où les praticiens de HNO ont besoin de conseils, de conduite à tenir permettant d'apaiser une situation conflictuelle ;
- Création d'une équipe de psychiatrie territoriale de liaison à même de soutenir les médecins de Trévoux et de Belleville.

##### 2.8.4.2 Prise en charge somatique

L'amélioration de la prise en charge somatique pour les patients hospitalisés à St Cyr au Mt D'or s'exprime sous condition de disposer des ressources dans le domaine souhaité, du suivi des pathologies cardiovasculaires chroniques, du dépistage des complications cardiovasculaires des traitements psychotropes et des maladies métaboliques et la prévention des infections associées aux soins grâce à un

temps de présence d'un praticien hygiéniste qui par ailleurs apporterait une expertise pour la validation des protocoles et des procédures de prévention des Incidents liés Aux Soins (IAS). Les consultations de cardiologie et de gynécologie prévues en 2011 au moment de l'adhésion de St Cyr à la communauté hospitalière de territoire n'ont pu être mises en place. La télé radiologie entre le CH de St Cyr et le CH de Tarare est opérationnelle depuis une convention d'août 2014, son évaluation étant positive en 2015 et permet de la pérenniser.

En outre, l'établissement de St Cyr souhaiterait que soit étudié la possibilité de réserver des créneaux pour ses patients hospitalisés en adaptant le rythme des créneaux prioritaires au flux des demandes en provenance de HNO. La possibilité émise par ailleurs d'accueillir un patient déficitaire pour un examen sous IRM le matin à jeun, et de le renvoyer à St Cyr le soir après son réveil est complexe car cela exige une structure de surveillance dans le cadre d'une unité d'hospitalisation de jour.

#### 2.8.4.3. Revisiter le découpage sectoriel en psychiatrie adulte. Une équipe de liaison nécessaire

Au contraire de la sectorisation de la pédopsychiatrie (qui ne pose pas de difficultés au vu de l'inexistence de structure pédiatrique à Trévoux), la sectorisation actuelle de la psychiatrie adulte questionne la continuité des soins et l'articulation des prises en charge entre « somaticiens » exerçant à l'hôpital de Trévoux et la psychiatrie qui n'est exercée que de façon réduite pour des questions de moyens par le secteur adulte dépendant du C.P.A. qui a fait le choix de regrouper les moyens sur Chatillon sur Chalaronne. Le découpage plus conforme aux contours du GHT avec création de moyens nécessaires (a minima un poste de praticien) favoriserait à la fois une amélioration des prises en charge des cas complexes hospitalisés en médecine ou SSR à Trévoux et à Belleville. L'adéquation entre les contours du GHT et la sectorisation adulte constitue une avancée significative dans l'organisation des soins du territoire. L'équipe de psychiatrie territoriale de liaison pourrait également assurer des consultations avancées de psychiatrie sur le GHT et la psychiatrie de liaison dans les structures délaissées. Cela permettrait d'améliorer le dépistage et la prise en charge des patients psychiatriques sans distinction de secteur psychiatrique au départ, avant de les orienter le cas échéant vers leur CMP de référence au sein du PRNO, ou vers un autre secteur de rattachement. Ce projet figure déjà dans le CPOM 2013\_2018 du CH de ST Cyr avec la question des moyens mobilisés par le CH de St Cyr suite à la fermeture du CMP adulte de Trévoux.

#### 2.8.4.4. Mise en place d'une unité d'électro-convulsivothérapie (ECT)

Dans un contexte de GHT comprenant plusieurs services d'anesthésie et un établissement de santé mentale (E.P.S.M.), il est souhaitable d'envisager un projet commun de mise en place d'actes d'électro-convulsivothérapie (ECT) sur indication d'un psychiatre du 69G34, lequel pourrait se déplacer auprès des patients, les actes étant réalisés dans une des unités d'anesthésie du GHT. Une étude d'organisation (structure juridique d'appui hôpital de jour ou consultation, nécessité de libérer du temps d'anesthésiste et financière (l'acte est classé et donne lieu à une facturation en T2A) est nécessaire pour valider un projet qui devra trouver son équilibre entre dépenses (0,4 ETP de psychiatre, une IDE, 0,50 secrétaire médicale, temps anesthésiste, équipement, matériel à usage unique ...etc.).

#### 2.8.4.5 Mise en œuvre de modalités de prévention liée à la précarité

Compte tenu de l'étendue du territoire et des nombreux îlots de pauvreté, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, il est probable que les priorités du futur projet territorial de santé mentale prennent en compte les modalités de soutien par la psychiatrie aux situations de détresse psychosociale et de précarité. Dans l'hypothèse d'un appel d'offres, le GHT pourrait être candidat pour la mise en place éventuelle d'une équipe mobile de précarité. (E.M.P) dispositif existant sous des formes variées sur la métropole, mais non

sur le nord du département. En se rendant auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion, et identifiées à risque, dans les quartiers difficiles en milieu urbain (Tarare, Villefranche, Belleville notamment) et dans les institutions sociales, l'EMP aura pour mission afin de faciliter le repérage précoce, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il sera indiqué. Les difficultés rencontrées par les services de médecine avec des patients polypathologiques associant des troubles psychiatriques nécessiteraient le développement de lits fléchés géro- psychiatrie, lits qui existent mais dans des unités saturées.

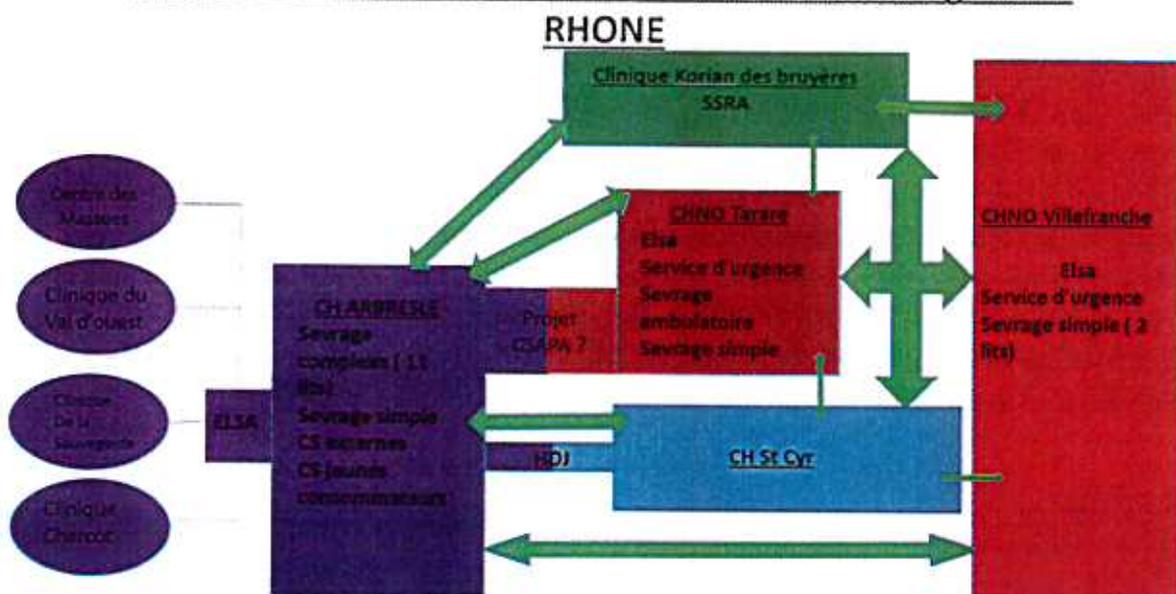
## 2.9. Parcours en addictologie : Organisation des soins pour le trouble de l'usage d'alcool et autres drogues et addiction comportementale

Le périmètre d'analyse du parcours concerne 6 établissements intervenant dans ce parcours, établissements de statut juridique différent, sachant que d'autres entités participent à ce parcours qu'elles dépendent des collectivités locales ou d'associations.

### 2.9.1. Etat des lieux et difficultés

Le schéma ci-dessous reflète la nature et les relations des établissements entre eux, chacun ayant une fonction spécifique.

## Organisation des structures de soins en addictologie GHT



- Ainsi, l'équipe de liaison et de soins en addictologie (E.L.S.A.) de Villefranche (c. annexe 7) créée en 2001 conjointement par l'hôpital de Villefranche et l'hôpital de St Cyr au Mt D'Or en application des circulaires de 1996, 2000 et de 2007 est centré sur la prise en charge des patients identifiés dans les services d'HNO de Villefranche comme ayant un trouble de l'usage d'alcool, mais aussi du tabac, du cannabis et autres addictions. 70 % des personnes suivies proviennent du territoire du GHT.

L'équipe oriente vers le CSAPA ARIA Jonathan, vers le Centre départemental d'hygiène sociale (C.D.H.S.) et le Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ANPAA. La liaison psychiatrique (ELU) a lieu dès les urgences : en outre l'ELSA peut utiliser deux lits de sevrage simple en hépato gastro entérologie.

De façon plus spécifique l'ELSA fait part de difficultés d'orientation des patients présentant des troubles neurocognitifs ainsi que ceux présentant une comorbidité psychiatrique vers le CMP Enfin, face à la croissance d'activité l'orientation est globalement complexe au regard de la file active par rapport à un effectif d'équipe et des carences du champ médico-social en addictologie de proximité.

- L'équipe de liaison et de soins en addictologie (E.L.S.A.) positionnée à l'hôpital de Tarare assure une activité de liaison et de suivi en l'absence d'un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Des sevrages simples sont réalisés dans le service de médecine ainsi que des sevrage ambulatoire (une fois par trimestre) . La liaison avec la psychiatrie s'effectue avec le CMP de tarare.

- L'hôpital de l'Arbresle a développé depuis de nombreuses années un dispositif quasi complet dans le segment d'activité addictologie (cf. annexe 7) avec 11 lits d'hospitalisation pour sevrage complexe (400 séjours/an) pour pluri addictions adressés pour moitié par les médecins généralistes et 30 % par les CSAPA. De nombreuses approches thérapeutiques sont mises en œuvre qu'elles soient psychothérapeutiques, sociales ou médicales. Par ailleurs sont organisées des consultations hospitalières (1600 /an) avec un suivi des patients du territoire en l'absence de CSAPA. Enfin, des activités de formation et enseignement en addictologie et de lien avec la justice sont également présentes.

Au regard de ces multiples activités couvrant tout le champ, l'hôpital de l'Arbresle fait état de difficultés liées à l'insuffisance de temps dédié à la psychiatrie du fait de l'importance des comorbidités et ce malgré le lien étroit existant avec l'hôpital de jour. la prise en charge de la filière de soins des patients du CH Saint Cyr présentant un trouble de l'usage d'un produit ou d'un comportement est susceptible d'amélioration. Par ailleurs il déplore le fait que seulement 29% des patients sont pris en charge dans les moins de 72heures dans le cadre de l'urgence.

- L'hôpital de jour intersectoriel (cf. annexe 7) : Le centre hospitalier de ST Cyr et l'hôpital de l'Arbresle ont mis en place une collaboration depuis 2005 permettant de fédérer les compétences et favorisant ensuite la création d'un hôpital de jour ouvert en 2013. Celui-ci propose des prises en charge groupale et individuelle par une équipe pluridisciplinaire, accueille des personnes nécessitant un appui pour le maintien de l'abstinence, vient en complément d'une prise en charge ambulatoire spécialisée (addictologie, psychologie, psychiatrie). Sa mission principale consiste en le maintien de l'abstinence et le soutien psycho social en mettant en place différents ateliers sur diverses thématiques

- La Clinique les Bruyères propriété du groupe Korian dispose de 87 lits de SSR (tous types d'addictions) et 14 lits de sevrage simple (à orientation alcool).

### 2.9.2 Les ruptures de parcours ou dysfonctionnements repérés.

- De manière générale l'organisation et la pérennité des différentes structures est rendu complexe du fait du manque de médecins lié à des difficultés de recrutement ;

- Du fait de la faiblesse numérique des CSAPA les ELSA de Tarare et de l'Arbresle jouent le rôle d'un CSAPA. Les CSAPA préexistants de Lyon et de Villefranche sont saturés et ne peuvent répondre de plus à la demande compte tenu de l'éloignement géographique ;

- les prises en charge en hospitalisation de patients présentant des troubles cognitifs associées à des complications somatiques rendent la prise en charge difficile au niveau d'un service de soins de suite et de réadaptation en addictologie (S.S.R.A.) ;

- la configuration des secteurs psychiatriques n'aide pas à une liaison optimisée avec cette discipline l'hôpital de l'Arbresle relevant du territoire Rhône Nord Beaujolais Dombes, alors que l'équipe psychiatrique, le pôle G35, dépend GHT LYON métropole ;

- Dans le domaine de la prise en charge en tabacologie réalisé par les ELSA, il apparaît que les structures sont mal connues que ce soient les structures hospitalières, les structures de 1<sup>er</sup> recours comme les professionnels de la santé et les unités d'aide à l'arrêt du tabac. Malgré les campagnes d'information et la mise à disposition de plaquettes, la population notamment les premiers visés à savoir les populations précarisées utilisent peu ces structures qui pour la quasi-totalité d'entre elles sont d'un accès libre et gratuit (par exemple les consultations du CD HS).

### 2.9.3. Perspectives d'évolution.

- Les difficultés de recrutement des médecins pourraient trouver un début de solution en organisant le partage des postes entre les structures concernées par cette activité.

- Le Projet d'un CSAPA hospitalier commun entre le HNO Tarare et CH de l'Arbresle avec un centre de délivrance de traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) dans les 2 établissements en complémentarité avec le projet bus méthadone du Centre Jonathan géré par l'association accueil, soins et prévention des addictions (Association ARIA). Projet qui prend en compte la précarité sociale de certains patients et les distances géographiques pour envisager la mise en place d'un bureau service des populations du GHT.

La reconnaissance d'un SSR identifié addicto soit au sens du projet médical partagé de territoire (notion de dominante) soit spécialisé au sens du décret du 17 avril 2008 (prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives) constituerait un complément utile pour des pathologies somatiques lourdes avec complications somatiques graves.

- De façon complémentaire, l'intérêt d'un SSR polyvalent (kinésithérapie, ergothérapie, neuropsychologue) à proximité d'un service d'addictologie aurait pour but de prendre en charge les complications somatiques lourdes, troubles cognitifs ne relevant pas de soin de suite visé plus haut.

- Les thérapeutiques de sevrage complexe avec comorbidités psychiatriques (60% associées aux conduites addictives) nécessiteraient une accentuation de la liaison psychiatrique.

- En termes d'évolution il serait intéressant de développer un projet tendant à organiser une offre de soin pour sevrage simple en péri opératoire avec les services de chirurgie, sachant que cet axe n'a pas été à ce jour partagé avec les équipes chirurgicales.

- Les relations entre le plateau technique de Tarare et l'unité de sevrage de l'hôpital de l'Arbresle pourraient permettre des prises en charge très rapide sur plateau technique au décours de l'hospitalisation à l'Arbresle (sous forme d'hôpital de jour).

- Il faut améliorer la lisibilité des structures de prise en charge de la lutte contre le tabac. Celle-ci s'est améliorée mais mérite une intensification de l'information auprès des personnes ressources que sont les soignants dans les établissements hospitaliers. L'offre transversale dans ce domaine pourrait être mieux portée par des soignants et notamment en maternité malgré les charges de travail auxquels ils sont confrontés. Pour l'hôpital de Saint-Cyr avec des patients très exposés aux risques « tabac » (70% de la population hospitalisée), il n'existe pas de structure de prise en charge intra-muros. L'offre ambulatoire devrait être renforcée notamment au niveau des CSAPA.

- Le développement de l'information et l'accompagnement des médecins libéraux sur la structuration et la graduation de l'offre en addictologie pourrait tendre à créer un site internet commun pour l'addictologie.

### 3- LES STRUCTURES

#### 3.1 Les urgences et les soins non programmés

Sur un total global de 95 389 admissions, les services d'urgences adultes (hors gynécologie et obstétrique) des établissements HNO accueillent en 2016, 57 169 patients dont 19 609 à Tarare et 37 560 à Villefranche. La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans représente 21.2% (7967 patients) de ce total avec une propension plus importante d'hospitalisation (61.6% contre 19% pour les patients âgés de 18 à 74 ans). En 4 ans le nombre de passages aux urgences s'est accru de 14.3%.

##### 3.1.1. L'optimisation des relations avec l'hôpital de Tarare.

Dans le cadre du GHT et conformément aux règles de bonnes pratiques définies en concertation avec les réseaux, les services d'urgence de Tarare et de Villefranche partagent les mêmes objectifs et tendent à utiliser les mêmes documents (fiche de suivi du patient accueilli et transféré par exemple) pour fluidifier le parcours interne et externe notamment dans le champ de la traumatologie. En outre, les modalités d'organisation et les pratiques médicales s'harmonisent entre les services d'urgence de Villefranche et Tarare, des praticiens étant en temps partagé dans l'un et l'autre établissement.

Dans le champ de la collaboration, il est objectivement clair que si la prise en charge en médecine ne pose pas de difficultés, il n'en est pas de même des patients pour lesquels est posé un acte chirurgical urgent. En effet dans ce cas de figure, le service d'urgence de Tarare qui organise le transfert se trouve souvent confronté à une impossibilité liée à l'absence de lits. Situation que connaît le service d'urgence de Villefranche qui, confronté à la même situation structurelle, peut cependant faire réaliser l'intervention et rechercher ensuite un lit, lit qui n'est pas toujours en adéquation avec la pathologie. La croissance du service d'urgence de Tarare, qui pourrait s'accélérer dans le cadre des éventuelles décisions liées au schéma territorial des urgences, pourrait conduire à une aggravation de la situation décrite plus haut.

##### 3.1.2 Hôpital en tension et GHT

Depuis plusieurs années, les hôpitaux traversent des crises liées à l'afflux aux urgences de patients notamment âgés. Les épisodes hivernaux ont tendance à se reproduire d'année en année ainsi que les épisodes estivaux dus à la fermeture de lits pour congés. L'insuffisance conjoncturelle de lits d'aval en aval des urgences met l'hôpital de Villefranche en tension obligeant à déprogrammer des patients, tout en constatant des conditions d'attente post diagnostic délétères pour les patients pour lesquelles des prescriptions d'hospitalisation ont été posées. Malgré les efforts internes d'organisation (renforcement de temps médical, définition de lits de suractivité de niveau 1 et 2, existence d'une UHCD, d'une unité post urgence, d'une unité post urgence gériatrique, équipe mobile de gériatrie ...) le volume de patients à hospitaliser ne diminue pas. Le report des entrées, outre l'altération de l'image de l'hôpital constitue un risque pour les patients attendus ainsi qu'une perte d'activité par rapport aux établissements moins contraint par la mission d'accueil de tout public.

Les établissements du GHT sans service d'urgence (Trévoux, Belleville, Beaujeu, Grandris) ont au cours des années précédentes contribué à faire face à cette situation endémique. Au cours de l'hiver 2016 (épisode grippal), les relations se sont accentuées et ces établissements ont aidé en mettant à disposition des lits d'aval.

Il s'agit pour les années à venir d'améliorer l'organisation pour :

- Éviter les multiples appels des cadres cherchant des lits ;
- Anticiper les difficultés à venir en positionnant des lits de suractivité dans les établissements du GHT ;

- Réguler la répartition des lits disponibles dans tous les établissements en même temps, de façon à limiter les déprogrammations.

### 3.1.3 Complémentarité avec la Polyclinique du Beaujolais

Des premières réunions ont été organisées pour réfléchir sur l'articulation entre les soins urgents et non programmés pouvant potentiellement ouvrir sur un partenariat plus global. Compte tenu de l'injonction reçue à la Polyclinique par l'ARS dans le cadre du droit des autorisations, l'ouverture de négociations était opportune car permettant de réfléchir à une bonne organisation des flux et d'usage des ressources au regard des flux de patients. L'HNOV (75 775 passages tout compris) et la polyclinique (16 000) ont tout intérêt dans le cadre du futur schéma territorial des urgences à imaginer des fonctionnements différents pour une amélioration globale du système.

- Cependant les échanges qui avaient été commencés par l'HNOV sur le fonctionnement des urgences en nuit profonde ou sur la question de la structuration d'un centre de consultations non programmées n'ont pu avancer au-delà d'une information réciproque mesurant les difficultés.
- L'autorisation d'activités ayant été renouvelée au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2017, les opportunités d'avancer à court terme sur ce sujet restent désormais limitées. Néanmoins dans le cadre de l'élaboration d'un schéma territorial de PDES d'ici le 1er juillet 2017, des axes de modification pourraient être envisagés à moyen terme, selon les évolutions de la réglementation et les engagements conventionnels des acteurs sous l'égide de l'ARS.

## 3.2 Les soins de suite

### 3.2.1. Caractéristiques du domaine

Le territoire dispose en 2017 d'un certain nombre de lits avec une évolution attendue pour 2020.

	HNO Villefranche	HNO Tarare	HNO Trévoux	Belleville	Beaujeu	L'Arbresle	Chateau de Gleteins	<b>TOTAL GHT</b>
Nombre de lits En 2017	57	30	69	43	31	<u>25</u>	65	<b>320</b>
Nombre de lits En 2020	35	30	81	34	40	<u>25</u>	50	<b>295</b>
Nombre de places prévues en 2020	15	5	5				10	<b>35</b>

#### 3.2.1.1 Soins de suite et Contrats pluriannuels de moyens (C.P.O.M.) : les engagements

Les maquettes proposées pour la préparation des C.P.O.M intègrent les éléments structurant du projet régional de santé. Les établissements ont la possibilité de s'engager sur un certain nombre d'items qu'il est utile de rappeler au regard des évolutions organisationnelles attendues des SSR du GHT.

- Amélioration de l'usage de l'outil Trajectoire pour les admissions ;
- Favoriser le développement de la prise en charge ambulatoire pour les admissions en SSR ;
- Identification des prises en charge de patients en état végétatif chronique (EVC) et état pauci relationnel (EPR) ;
- Identifier la prise en charge des patients en cancérologie ;
- Mettre en œuvre les missions de coordination SSR ;
- Contribuer au virage ambulatoire par la mise en œuvre d'une équipe mobile ;
- Mise en place du suivi des consultations post AVC ;
- Participer à la prise en charge des patients lourds (cf. « Bed Blockers »).

### 3.2.1.2 les évolutions attendues au niveau national.

Le secteur des SSR sera dans les prochaines années profondément modifié sous l'impact d'une tarification modulée à l'activité et la contractualisation à travers les CPOM orientée sur le développement de l'ambulatoire. Les crédits alloués au niveau national et infra régional ne sont pas appelés à augmenter et il faut s'attendre à une répartition des ressources en fonction des spécificités de chacun et du rôle joué dans le cadre territorial. Aujourd'hui existe deux grandes catégories de SSR issues de la réforme de 2007. Les SSR spécialisés correspondant aux ex-établissements de rééducation fonctionnelle et les SSR polyvalents et personnes âgées polypathologiques (PAP) identifiés autrefois en tant que moyen séjour. Or, le GHT ne dispose de SSR spécialisés (au sens juridique du terme) et adresse ses patients aux structures reconnues. Par contre le territoire compte un nombre de lits SSR polyvalents et PAP qui selon les dernières études de l'ARS ne sont pas appelés à diminuer (sauf réduction partielle des lits du château de Gléteins (cf. PMT 1<sup>er</sup> phase juillet 2016 paragraphe 3.1.5).

Cependant force est de constater une grande hétérogénéité de l'usage des lits SSR polyvalent et PAP en fonction des ressources et de l'histoire des établissements concernés. Ce qui conduira inéluctablement le financeur par le biais de la tarification à l'activité modulée à reconnaître de facto les spécificités/ les dominantes de tel ou tel soins de suite dans l'organisation territoriale. Le paysage d'avenir pourrait se composer de 3 niveaux avec des SSR spécialisés jouant un rôle au niveau régional, des SSR polyvalents ayant des spécificités de prise en charge reconnues financièrement et des SSR polyvalent de proximité.

### 3.2.2. Principes d'organisation des lits de Soins de suite

En tenant compte de cette probable évolution et des besoins du territoire, et dans la suite du PMP 1<sup>ère</sup> phase, de caractériser les soins de suite du GHT il importe de mettre de l'ordre dans l'organisation des SSR en mettant le patient au bon endroit en fonction des charges en soins et des capacités de récupération du sujet. De façon formelle on distingue ainsi le SSR « intensif » du SSR de proximité dans lequel il convient de renforcer le rôle de l'assistance sociale pour gérer au mieux le parcours.

Et de proposer la structuration suivante :

- de manière générale, 1/3 de lits reconnus comme spécifique du fait de la réalité constatée et/ou des projets des équipes soignantes dans une proportion minimale de 5 lits et maximale de 10 lits. Ceci ayant des conséquences d'organisation et des impacts financiers (consultations avancées, formation des personnels, renforcement médical, équipement).

Spécificité /dominante	Établissement « dominant »
Parcours Oncologie / onco -gériatrie	Trévoux
Parcours lésions cérébrales personnes âgées (A.V.C) rééducation de proximité	Beaujeu, Trévoux (SSR), Château de Gléteins
Parcours lésions cérébrales personnes âgées (A.V.C) Rééducation intensive	Tarare, Villefranche (Alix), Trévoux (unité court séjour )
Parcours patient opéré traumatologie vers SSR (appareil locomoteur)	Belleville, Beaujeu, Château de Gléteins
Parcours insuffisance cardiaque / cardio-gériatrie	Belleville, Beaujeu, Trévoux, Tarare
Parcours BPCO	Bayère
Parcours diabétologie	Belleville
Parcours patient « addict »	L'Arbresle, Les Bruyères (Groupe Korian)

- 2/3 de lits considérés comme des lits de proximité.

L'identification des spécificités/dominantes favorise une organisation plus lisible ainsi qu'une orientation adaptée des patients en fonction des besoins de rééducation définis sur une durée déterminée. Ceci a pour conséquence par ailleurs de modifier la perception générale du fonctionnement, .

### 3.2.3. Les conséquences en termes d'orientation sur le territoire

L'admission en SSR est déterminée par les besoins en rééducation des patients et oriente vers le SSR spécifique pour une durée définie si possible correspondant au « programme » de rééducation et ceci sans tenir compte de la domiciliation. À l'issue de la période de prise en charge spécifique, les patients sont réorientés sur le SSR proche de son domicile (avec gestion si possible des « réservations par trajectoire) car outre la proximité de la famille, le séjour SSR peut déboucher sur un hébergement en structure médico-sociale.

Si l'hospitalisation en SSR ne relève pas d'une prise en charge plus spécifique (cf. supra) le patient est plutôt orienté sur les lits SSR qualifié de proximité.

Concernant les patients identifiés «Bed Blockers», » (définition plutôt médico-social à l'admission) la cellule de régulation aura notamment pour missions de favoriser une équité inter-établissements selon des critères de suivi à établir et partager.

### 3.2.4 Articulations C.P.O.M. et projet médical de territoire

Sur la plupart des critères d'engagement et de suivi des CPOM en cours de préparation, les établissements du GHT à travers le projet médical poursuivent une politique cohérente :

- Virage ambulatoire : autorisations délivrées à Trévoux et Tarare (sans moyens) d'ouvrir des places de SSR ambulatoires, autorisations demandées pour Villefranche pour 15 lits de SSR ambulatoire (cf. extension de l'hôpital phase 2), dossier déposé par le Centre médical de Bayère en décembre 2016 ;
- Dossier déposé pour une demande de financement d'une équipe mobile SSR (mai 2016) et décision de l'ARS d'accepter le dossier déposé par l'Orsac (Ain) sensé collaborer avec les équipes du GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes ;
- Identifier la prise en charge des patients en cancérologie : (cf. dominante SSR cancérologie : Trévoux : 2.2.4.2) ;

- Pour les patients lourds : une orientation de recherche de répartition est souhaitée dans le cadre de la cellule de régulation ;
- Identification des prises en charge de patients en état végétatif chronique (EVC) et état pauci relationnel (EPR) ;
- Mettre en œuvre les missions de coordination SSR ;
- Mise en place du suivi des consultations post AVC.

### 3.3 Les unités de médecine du GHT

Le GHT dispose d'une capacité de 354 lits de médecine dont 26 de soins palliatifs. Une question se pose en termes de vision générale: comment renforcer le rôle des services de médecine des établissements (hors hôpital support)?

#### 3.3.1 Approche territoriale

Établissement	Nombre de lits de médecine	Observations
Villefranche	165	Y compris soins intensifs/ Non compris réa et UHCD, UPU, UPUG
Tarare	60	Non compris UHCD / dont 3 de soins palliatifs identifiés
Trévoux	59	Dont une unité de soins palliatifs de 10 lits
Belleville	15	Dont 4 lits de soins palliatifs identifiés et 3 lits EVC/EPR
Beaujeu	15	Dont 4 lits de soins palliatifs identifiés et 4 lits EVC/EPR
Grandris	15	Dont 5 de soins palliatifs identifiés
L'Arbresle	25	
	354	Dont 26 lits de soins palliatifs

Ce potentiel aujourd'hui utilisé avec des cycles de saturation, peut concourir à une optimisation générale en considérant le triple enjeu suivant :

- La viabilité financière des établissements de proximité soumis à la T2A : Les établissements disposant d'un relatif faible volume de lits de médecine avec une hétérogénéité de plateau technique sont désormais financés par le biais de la T2A et vu leur volume de lits, ils peuvent être rapidement mis en difficulté si le coefficient d'occupation n'est pas optimisé. C'est dans ce cadre et dans la trajectoire définie par leur projet d'établissement et le projet médical partagé du territoire que les hôpitaux de Belleville et de Beaujeu regroupent leurs lits de médecine pour parvenir à une taille critique ( 30 lits), une plus grande sécurité (permanence des soins ) et une orientation vers des prises en charge de première intention selon les orientations définies plus bas.

- La saturation de l'hôpital support : Celui-ci dispose d'un volume plus important mais se trouve confronté à un flux de patients dû à la présence des urgences d'une part et à une population de l'agglomération (72 284 habitants) représentant 24 % du territoire. La saturation régulière des services de médecine a des conséquences qualitativement dommageables pour les patients (hospitalisation provisoire en chirurgie, attente de rendez-vous d'hospitalisation).

- Le développement attendu de l'hospitalisation à temps partiel : les services de médecine évolueront progressivement vers la mise en œuvre d'hospitalisation à temps partiel utilisant les compétences et le plateau technique supposant alors un redéploiement de ressources.

### 3.3.2 Utiliser globalement les ressources du territoire : vers une modification du paradigme.

L'objectif vise principalement à améliorer le parcours des patients en médecine en favorisant une prise en charge adaptée tout en améliorant la situation financière des établissements soumis à la T2A et en contribuant à la diminution de l'IP-DMS de l'hôpital support. Il s'agit donc de considérer le potentiel global et l'utilisation des capacités des établissements de proximité, ces derniers n'étant pas exclusivement dédiés à l'aval des urgences mais devraient alors répondre avec leurs moyens, aux besoins d'hospitalisation des patients du territoire.

L'amélioration de la fluidité des parcours, notion admise par tous les établissements, consiste ainsi à modifier les conditions d'admission des patients âgées de façon à recevoir plus tôt des patients notamment de chirurgie, mais également de médecine spécialisée, tout en poursuivant comme actuellement une participation active à l'aval des urgences d'une part et des admissions directes du domicile, évitant le recours aux urgences d'autre part. En ce sens la cellule de régulation visée plus bas (§4.2) serait d'une aide significative pour contribuer à ces objectifs.

### 3.3.3 Les conditions d'un fonctionnement efficace et fluide.

Les hôpitaux dits de proximité (par opposition à l'hôpital support) développent une activité sur leur micro territoire en liaison avec la médecine de ville et les structures médico-sociales. Les profils des patients reçus, sous réserve d'une cartographie plus fine, concernent plus particulièrement les personnes fragiles souvent âgées, poly pathologiques, relevant des segments d'activité du type onco-gériatrie, maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle) et respiratoires, (BPCO), bilan des chutes, troubles cognitifs, soins palliatifs et douleurs chroniques, profils de patients qui sont traçés dans la description des parcours.

Une vision plus globale des forces du territoire revient à essayer de traiter le patient au bon droit en fonction de son état, des ressources et compétences de l'établissement et de sa domiciliation

Cela suppose une approche tendant à mettre à disposition un certain nombre d'outils facilitant la prise en charge tels que :

- le dossier médical commun ou à minima un courrier détaillé et l'accès au dossier et (cf. & 4.4)
- la possibilité d'accéder aisément par hot line au spécialiste de l'hôpital support.
- La mise à disposition des résultats d'imagerie et de biologie
- le développement de la télémédecine pour une aide au diagnostic
- le renforcement des ressources et/ou le développement des compétences infirmières et aides-soignants.

En fonction des orientations des unités de médecine peut être envisagé l'établissement d'un contrat précisant :

- Les conditions d'admission, c'est-à-dire le profil des patients sous forme d'un canevas inspiré du logiciel Trajectoire ;
- Des consultations avancées selon la dominante du service de médecine ;

- Des informations minimales souhaitées pour la continuité de prise en charge (cf. § 4.4).

### 3.3.4. Perspectives de structuration à Belleville /Beaujeu

Le projet médical de territoire, première étape (juillet 2016) avait établi le principe de modification des capacités des établissements du GHT. C'est dans ce cadre que les hôpitaux de Belleville et Beaujeu ont revu leur projet initial (cf. paragraphe 3.13.2) qui consistait à regrouper les lits de médecine de Beaujeu sur Belleville, avec augmentation correspondante de 9 lits de SSR sur Beaujeu dans le cadre de la fermeture du Château de Gléteins. Ce projet avait été différé, dans l'attente « des conséquences financières de la réforme susvisée (T2A) » : sachant par ailleurs qu'un projet alternatif a été récemment proposé, à savoir l'intégration de l'activité du Château de Gléteins au sein du plateau technique l'hôpital de Villefranche conformément à l'injonction ARS de 2014

Depuis la validation du PMPT du GHT de juillet 2016, le CH Belleville dispose du financement T2A pour son activité de médecine, ses services de médecine et SSR ont été sectorisés, et un nouveau praticien a été recruté. La réhabilitation du service SSR de Beaujeu était quant à elle à ce jour en attente, en raison de l'incertitude au sujet de l'avenir du Château de Gléteins.

En raison de l'urgence de la réhabilitation du service de soins de suite et de réadaptation de Beaujeu pour assurer une qualité de prise en charge des patients et une meilleure réponse aux besoins du GHT, les Etablissements de Belleville et Beaujeu ont réorientés leurs axes d'amélioration. En effet, compte tenu des possibilités financières, immobilières et organisationnelles du CH Belleville, les Hôpitaux de Beaujeu et Belleville ont acté le regroupement des lits de médecine de Beaujeu et de Belleville pour constituer une unité homogène de 30 lits à Belleville dans le courant du 1er semestre 2018.

Concomitamment, 9 lits de SSR de Belleville sont transférés à l'hôpital de Beaujeu dont l'opération de réhabilitation peut être engagée. A l'issue de l'opération de restructuration /rénovation de l'EHPAD de Belleville, l'hôpital de Belleville pourra engager l'instruction de la réhabilitation du secteur sanitaire.

Ces orientations permettent ainsi de maintenir le potentiel de lits de SSR du territoire tout en constituant une unité de médecine de 30 lits à Belleville. Cette unité, dont les objectifs correspondent aux orientations définies pour la médecine (cf. & 3.3) s'inscrit dans la dynamique du territoire telle qu'elle est décrite dans la description des parcours et dans les conséquences.

## 4- OUTILS ET PRATIQUES

### 4.1 Consultations avancées et postes partagés.

Objectif général : répondre aux besoins de proximité afin d'éviter des hospitalisations, tout en aidant à l'amélioration de la prise en charge notamment dans le cadre de la « dominante » du service de médecine ou de SSR.

#### 4.1.1 Les principes

Les consultations avancées de spécialistes et/ou les postes partagés dans les établissements dépourvus étant consommatrices a minima de temps médical (déplacement) doivent répondre à plusieurs principes tels que :

- Priorité aux patients hospitalisés en court séjour, SSR ou EHPAD ;
- Adéquation entre la dominante du SSR et la spécialité exerçant en consultations avancées afin de constituer un point d'appui de la prise en charge en SSR ;
- Engagement de pérennité des consultations avancées : maintien même en cas de difficultés à HNO (vacances, congés maladies ... etc.) dans le cadre d'un « effort partagé » (ex : 1 consultation sur deux maintenue en période de difficultés).

#### 4.1.2 Synthèse des consultations avancées et postes partagés au 31/12/2016

La stratégie territoriale conduite depuis plusieurs années avec l'hôpital de Tarare s'est concrétisée par la mise en place de consultations avancées avec des postes partagés. 9,5 ETP de médecins représentant 17 disciplines exercent à Tarare comme l'indique le tableau ci-dessous.

**Consultations avancées sur Tarare effectuées par des praticiens de Villefranche**

Spécialités	Jour de présence Hebdomadaire	et	Jour de présence par mois
Anesthésiologie	2 jours par semaine		
Cardiologie	4 jours par semaine		
Chirurgie vasculaire			2 demi journées par mois
Chirurgie générale	1 demi journée par semaine		
Chirurgie Orthopédique	2,5 jours par semaine		1 jour par mois
Dermatologie	1 jour par semaine		
Equipe mobile de Soins Palliatifs	1 jour par semaine		
Gastroentérologie	4 jours par semaine		
Odontologie	1 demi journée par semaine		
Ophthalmologie			2 jours par mois
ORL	1 jour par semaine		
Infectiologie	1 demi journée par semaine		
Pneumologie	1 demi journée par semaine		
Urologie	2 demi journées par semaine		
Endocrinologie gestationnelle	1 demi journée par semaine		
Gynécologie	4,5 jours par semaine		5 jours par mois
Pédiatrie			21,5 jours par mois
Neurologie	2 fois par semaine		

Cela n'a pas été le cas pour les autres établissements du GHT où les coopérations se mettront en place progressivement en fonction des besoins, de l'articulation avec les orientations des services de médecine et des ressources possibles. Au 31 /12/2016, 10 % (endocrinologie), 10 % (médecin gériatre : consultations mémoire) de temps partagé Belleville avec Beaujeu, 35 % à Trévoux (infectiologie, pneumologie, cardiologie et endocrinologie), 10 % à l'Arbresle (pédiatrie)

#### 4.1.3 Synthèse des propositions dans le cadre du PMPT.

- Le centre hospitalier de St Cyr au Mt D'or fait état de besoins dans le domaine cardiologique sous forme d'une consultation régulière regroupant les patients ;

- L'hôpital de l'Arbresle dispose d'un plateau de consultations auquel manque des spécialités telles que la diabétologie/endocrinologie, consultations mémoire, pneumologie. Par ailleurs une consultation de cardiologie permettrait probablement d'éviter l'importante fuite de population vers Lyon ;

- Le centre hospitalier de Belleville indique des besoins dans de nombreux domaines tels que : des consultations spécialisées de cardiologie, de médecine vasculaire, de diabétologie, d'infectiologie, d'angiologie, besoins qui devront être mis en relation non seulement avec les possibilités mais encore avec les éléments dominant des prises en charge.

#### 4.2 Instance de régulation : un outil au service de la fluidité des parcours.

En termes d'organisation générale et suite aux réflexions conduites au sein de la commission des séjours complexes, émerge l'idée d'une cellule territoriale dont le corollaire sera certainement, à terme, une politique d'admission coordonnée - voire commune - dans le respect des spécificités de chaque établissement du GHT. En effet, les établissements ne pourront durablement avancer sur les difficultés liées à l'aval des services de médecine, chirurgie, urgence, que s'ils partagent des règles d'admission (à la fois en SSR mais aussi en médecine, EHPAD/ USLD) et que puissent être répartis de façon plus équilibrée les cas difficiles, considérés alors comme un problème collectif. En outre l'évolution attendue des SSR nécessite une organisation lisible et partagée plus contraignante mais adaptée aux enjeux d'avenir.

Les hospitalisations conventionnelles non évitables étant en très grande majorité liées à la prise en charge de patients âgée polypathologiques, et pour optimiser les moyens, « la cellule de régulation » pourrait gérer à la fois le parcours des patients âgés au sein des services de médecine du GHT et les flux entre les SSR du GHT qui prennent en charge cette population.

La cellule de régulation et d'information aurait pour objet également de faciliter l'orientation des patients en médecine et en SSR selon les principes définis au paragraphe 3.2. Elle disposerait d'outils d'aide à l'orientation tel que l'état des lits en temps réel (proposition d'utilisation du site intranet développé par le DIM de l'hôpital de Cyr au Mt D'Or) et du thésaurus du logiciel Trajectoire, et un canevas de nature identique pour les services de médecine. Par ailleurs avec l'aide et le soutien de la cellule d'indicateurs de pilotage, la cellule de régulation disposerait d'outils de suivi tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

La cellule de régulation et d'information pourrait être pilotée par un cadre soignant 7/7 jours sous la responsabilité, en cas de difficulté, d'un médecin : soit un médecin plutôt spécialisé en rééducation non directement concerné par un des services, soit un médecin proposé par le collège médical, et qui changerait chaque année.

Enfin, l'expérimentation de ce dispositif pourrait débiter par la gestion des flux des patients de médecine ce qui permettrait à la fois de qualifier le fonctionnement mais aussi d'éviter la saturation des lits de

médecine de l'hôpital support du GHT( du fait des urgences médicales) alors que des lits sont disponibles dans le même temps dans les établissements du GHT.

### 4.3 Équipe mobile de territoire

#### 4.3.1 Bilan de l'existant.

- En 2010, une équipe mobile d'hygiène (EMH) destinée aux EHPAD a été créée. Cette EMH est adossée à l'Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière de l'hôpital support du GHT et intervient dans les EHPAD des secteurs de Tarare, Villefranche, Trévoux, Belleville et Beaujeu et permet aux Établissements de disposer d'un recours en matière de formation des personnels, d'élaboration de protocoles et procédures et d'expertise dans la lutte contre les infections associées aux soins.

- L'Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, créée en 2004, intervient en intra-hospitalier sur l'Hôpital nord-ouest Villefranche et à la demande dans les EHPAD des secteurs de Villefranche, l'Arbresle et Tarare en EHPAD, SSR ou à domicile. Elle a pour mission d'apporter des conseils aux équipes médicales et soignantes après une rencontre du patient et un examen de la situation.

- L'Équipe mobile de gériatrie intra fonctionne depuis octobre 2008. Elle est positionnée sur le site de Villefranche et vient en appui des dispositifs de ville. Il s'agit d'un dispositif qui permet de dispenser un avis gériatrique (après évaluation ou contact téléphonique) nécessaire à la bonne prise en charge des personnes âgées fragiles dans l'ensemble des services de l'établissement y compris aux urgences.

- L'Équipe mobile de gériatrie extra hospitalière a débuté en mars 2014 avec des missions semblables à celles de l'équipe mobile intra mais sur un territoire de santé plus large. Par son intervention, elle met à disposition des EHPAD et des médecins de ville une compétence spécifique auprès des sujets âgés. L'EMG extra hospitalière assure également une coordination avec les différents partenaires de la filière gérontologique du territoire de santé délimité par les établissements de Villefranche, Tarare, Trévoux (conseil général, services à la personne et avec les EHPAD).

- L'Équipe hospitalière de liaison en addictologie constituée en 2000/2001 (avec renfort financier en 2007) par les établissements de St Cyr au Mont-d'or et de Villefranche intervient dans les deux établissements, effectue des consultations externes et anime des groupes d'accompagnement. Des visites à domicile sont aussi assurées. La zone de recrutement correspond au territoire de santé de Villefranche. Deux lits d'hospitalisation à l'hôpital nord-ouest sont adossés au dispositif de prise en charge.

- L'équipe hospitalière de liaison en addictologie implantée à Tarare intervient en lien avec les urgences et les consultations externes en addictologie et s'adosse aux lits de médecine.

#### 4.3.2 Perspectives d'évolution.

Sont rappelés ci-dessous les souhaits exprimés par les équipes du GHT pour accentuer la prise en charge territoriale des patients :

- Équipe de psychiatrie territoriale de liaison (cf. §2.8.4.3.) ;
- Équipe mobile de précarité (cf. §2.8.4.5.) ;
- Équipe mobile SSR (cf. § 3.2.4.).

Par ailleurs les équipes transversales, qu'elles soient mobiles ou non, constatent que partageant les mêmes préoccupations autour des patients, il serait nécessaire d'organiser de façon plus lisible leur coopération.

Cette volonté des professionnels de partager leurs dossiers, leurs démarches qualité, leurs difficultés rencontrent cependant, à la fois l'inexistence de lieu d'échange et l'appartenance à des lignes hiérarchiques différentes.

Dès lors à l'image du « 3C », structure de coordination en cancérologie, il est prévu dans le temps de déroulé du PMPT de mettre en place une instance de coordination reconnue par tous les responsables, instance qui aurait pour vocation, de définir les actions communes et d'en faire le bilan.

#### 4.4 Transmission des informations médicales entre les établissements

La continuité de prise en charge exige la transmission rapide des informations de l'établissement adresseur quel que soit le lieu d'hospitalisation (en court séjour ou soins de suite). Les praticiens ont besoin, notamment dans le cas assez général de patients polypathologiques, des éléments de diagnostic et la synthèse des actes réalisés. Il en est de même pour les praticiens des plateaux techniques ou ceux exerçant dans les services de spécialité en cas de transfert. Cette fluidité des informations transmises s'appuie sur des exigences de confidentialité et sur des actions à court et moyen terme.

##### 4.4.1 À court terme : Accès aux dossiers

Deux axes d'amélioration sont définis :

- L'accès en direct au dossier détenu par un établissement. Chaque établissement dispose d'un dossier médical auquel il est possible d'accéder selon des règles précises en préservant la confidentialité. Les commissions médicales d'établissement définiront sur proposition du département d'information médicale de territoire, les règles d'accès pour les praticiens et ceci quel que soit le lieu d'exercice.

État des lieux des Dossiers patients informatisés déployés dans les établissements du GHT :

Site	Dossier Patient Informatisé (au 23/02/2017)
Villefranche	Cristal Link
Tarare	CIM + Actipidos
Trévoux	Cristal Link
Grandris	Osiris
Saint Cyr	Cortex
Belleville	Hôpital Manager
Beaujeu	Osiris

- L'amélioration du débit des liaisons informatiques : l'infrastructure de stockage des données de Villefranche a été entièrement renouvelée et dimensionnée afin de préparer l'hébergement des données des établissements hospitaliers du GHT. L'évolution permanente des besoins a conduit à privilégier une solution évolutive en termes de performances comme de volumétrie qui ne remette pas en cause l'investissement initial. Cette nouvelle infrastructure Haute Performance (« full-flash ») garantit un taux de disponibilité supérieur à 99,95 % et des débits très élevés. Afin de pouvoir bénéficier de cette infrastructure et partager les applications entre les différents sites, les établissements devront s'interconnecter via un réseau privé sécurisé dédié santé. Ce réseau intitulé ADHERMIP/MVPN garantit la sécurité et la rapidité des échanges de données de santé entre les établissements. Toutefois, la contribution financière de chaque établissement connecté n'est pas à ce jour connu en l'absence d'une étude plus détaillée par établissement. À noter, enfin que l'infrastructure technique de HNO Villefranche permet l'accès distant sécurisé aux SI à partir du domicile des professionnels de santé en cas de besoin.

#### 4.4.2 À moyen terme : le dossier médical commun dans un système d'information convergent

La mise en place d'un outil de dossier patient unique sur l'ensemble du GHT est un élément incontournable qui permettra d'atteindre les objectifs suivants :

- garantir la continuité de la prise en charge au sein du GHT ;
- améliorer la qualité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients par une informatisation complète et intégrée de la dispensation de soins, au sein de chaque unité de soins (externes et d'hospitalisation) et médico-technique et sociale de chaque établissement du GHT ;
- partager les informations et l'expertise entre professionnels des établissements du GHT mais également vers l'extérieur doit être au cœur du projet, dans une optique de complémentarité des compétences au service des patients.

La mise en place d'un dossier patient informatisé (DPI) unique permettra également de disposer d'un même environnement de travail et un partage transversal de données. Le dossier patient informatisé « Easily » est actuellement en cours de déploiement sur les établissements de Villefranche, Tarare et Trévoux. L'ensemble des briques fonctionnelles (Dossier Médical, Soins, Prescription, Bureautique, Agenda,...) sera déployé dans tous les établissements et services avant la fin du 1er semestre 2018.

Les établissements partis au GHT sont favorables à un Système d'Information (SI) convergent autour d'un même dossier patient informatisé (DPI) « Easily », il reste que la mise en œuvre se fera sous réserve d'une étude financière et de financements adéquats pour les hôpitaux de Belleville, Beaujeu, St Cyr, Grandris.

L'objectif est de tendre vers une unicité du système d'information médicale au sein du GHT. Les dossiers patients différents entre les unités complexifient la fluidité de l'information médicale. En terme de confidentialité, le système d'information médicale devra s'appuyer sur une stratégie de confidentialité, qui devra protéger les informations de toute indécatesse, tout en permettant la continuité de l'information médicale.

#### 4.5 L'hospitalisation à domicile.

Malgré la présence d'une antenne de l'association « Soins et Santé » opérateur reconnu et agréé dans le domaine de l'hospitalisation à domicile, le recours à cette modalité de prise en charge est peu utilisée par HNO Villefranche. Or, L'association Soins et Santé a manifesté sa volonté d'adhérer au GHT ce qui fut admis sur le principe. Néanmoins, il convient d'engager des discussions plus approfondies entre cet établissement et les équipes médicales d'hôpital Nord-Ouest afin de qualifier les modalités opérationnelles de coopération. Tout d'abord par une rencontre entre le médecin coordonnateur de l'HAD et les principaux prescripteurs, ce qui sera réalisé au cours du 4ème trimestre 2017. Puis une rencontre plus institutionnelle planifiée en fin de 2ème semestre 2017 entre les principaux acteurs afin d'élaborer une charte de fonctionnement cadrant la nature des patients, les délais de prise en charge, les informations nécessaires dans les deux sens ...etc.

#### 4.6 Les moyens au service de la continuité des soins.

La circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences a eu pour objectif de promouvoir l'organisation de la permanence des soins notamment à l'échelon territorial, permanence des soins qu'il convient de distinguer de la continuité des soins. Continuité et permanence des soins (PDS) sont toutes deux des obligations des établissements et des médecins, mais ces deux notions recouvrent des obligations différentes. La continuité des soins est mise en place suite à une interruption passagère de l'activité médicale en dehors des heures de consultations : la nuit, en fin de semaine, à l'occasion de congrès, de formations, pendant les congés ou les arrêts maladie. Elle est généralement prévisible et programmable. A contrario, la permanence des soins organisée par l'ARS définit des lieux de permanence liée aux urgences

HNO Villefranche et Tarare, disposant d'activités labellisées urgence organisent la permanence des soins dans le cadre de la circulaire précitée. Les autres établissements n'ont pas de dispositifs tels que définis par la circulaire sus nommée et organisent la continuité des soins avec les ressources dont ils disposent.

## 5- L'USAGE DES PLATEAUX TECHNIQUES

### 5.1 Imagerie.

#### 5.1.1 État des lieux

L'équipement des établissements du GHT s'établit comme suit. :

- L'hôpital de Villefranche dispose : de deux scanners dont un implanté aux urgences destiné à toutes les urgences et à l'activité interventionnelle, une salle de vasculaire et interventionnel avec CT et condition de bloc iso 7, une salle télécommandée, une salle radio os poumons capteur plan, une salle radio des urgences, 4 salles d'échographie (dont 1 pour la mammographie et bientôt 5 pour séparer le flux pédiatrique), un mammographe capteur plan avec table de stéréotaxie intégré et mammotome. Un dispositif dentaire avec con-bean intégré. Une table télécommandée ancienne qui ne sert qu'à la radio osseuse. Enfin une IRM sur le site, dans le cadre du GIE beaujolais Val de Saône (détenteur des deux autorisations du territoire à savoir celle de HNO est celle de l'IRM caladoise installée à la clinique. L'hôpital de Villefranche est adhérent d'un groupement d'intérêt économique dont il est partenaire à 50 %. Les deux machines sont dans des lieux différents et correspondent aux pratiques d'une part des praticiens hospitaliers d'autre part des praticiens d'exercice libéral. Elle est gérée par un GIE Imagerie du Beaujolais ;
- L'hôpital de Tarare dispose d'un scanner fonctionnant dans le cadre d'un GIE à Tarare, avec un cabinet de radiologie (composée de 2 radiologues), de deux salles d'échographie (dans les projets du nouvel hôpital), une salle télécommandée et une salle d'os en cours de changement ;
- L'hôpital de Trévoux dispose d'une salle « os » et une salle d'échographie ;
- L'hôpital de Belleville ne dispose pas d'équipement imagerie et adresse ses demandes aux cabinets de ville (surtout Belleville et Chatillon sur Chalaronne) ou en établissement de santé (surtout HNO) ;
- L'hôpital de Beaujeu dispose d'un appareil d'imagerie conventionnelle (5 ans) dans une salle de Radiologie, avec une salle de numérisation et de reprographie. Une convention avec les HCL prévoit une interprétation du lundi au vendredi 9h à 17h, à heure fixe lors de la transmission des clichés (délais réduits si besoin, après appel du téléradiologue) ;
- À noter que l'HNO Tarare et l'HNO Villefranche disposent d'un Pacs qui permet l'échange d'images entre les deux sites et une possibilité de télédiagnostic et de télé-expertise à distance pour certaines vacations sous condition de la présence d'un médecin au sein du service de Tarare pour assurer la sécurité des injections ;
- Par ailleurs sur le territoire le secteur privé (SERLAL à Villefranche composée des groupes installés à Gambetta, Anse, et Belleville plus un cabinet à Jassans-Riottier) gère des équipements de radiologie dont celui en partenariat avec HNO pour l'IRM. La SELARL est détenue à 85 % des parts par les radiologues de Villefranche. Le reste des 85 % de la part libérale est détenu par les médecins de Trévoux (9 %) et de Tarare (6 %). Les radiologues de Trévoux réalisent leurs scanners à la clinique de Rillieux avec un gros pourcentage des parts du scanner de Rillieux mais ne participent pas au GIE IRM de Rillieux ;

- Sur la commune de Tarare, le GIE « Scanner de Tarare » est à parts égales entre l'hôpital et les radiologues libéraux.

### 5.1.2 Difficultés de fonctionnement

Il ne s'agit pas à proprement parler de difficultés mais plutôt de possibilités d'évolution tant sur le plan de l'efficacité que de la cohérence territoriale, évolutions qui n'ont pu être à ce jour saisies. En effet, il n'existe pas aujourd'hui de collaboration forte entre les établissements du GHT, notamment entre Tarare et Villefranche du fait de la situation historique d'une part (participation au GIE des médecins libéraux de Tarare, recours à des praticiens avec discontinuité de fonctionnement) et des difficultés de recrutement de médecins radiologues dans le secteur public d'autre part. Pour les mêmes raisons, il n'existe pas de protocoles communs, ni de répartition des astreintes entre les praticiens.

### 5.1.3 Perspectives d'évolution

Le décret du 27 avril 2016 dispose de définir les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison notamment sur le plateau technique donc celui de l'imagerie. Or, les actes d'imagerie sont autant d'éléments constitutifs du dossier médical qui doit à l'avenir être partagé entre les différents établissements. Au-delà de cet objectif, la recherche de cohérence des protocoles utilisés, l'offre d'une diversité d'exercice médical des radiologues sur le territoire en temps partagés sont autant de facteurs améliorant la qualité et la pérennité de l'activité d'imagerie au sein du GHT. Ceci conduit également à un pilotage coordonné des activités pour organiser la réponse aux besoins en imagerie entre les établissements en tenant compte de leurs activités, des orientations fixées par le projet médical et des capacités de réponse aux besoins tant en ressources financières qu'en compétences susceptibles d'être mises en œuvre.

Sur la base de ces orientations, les axes de développement à court et moyen terme sont étudiés afin de poser les points d'équilibre permettant à la fois l'évolution et la pérennité de l'existant.

## **5.2 Biologie**

### 5.2.1 État des lieux

Le recours à la biologie est organisé de façon différenciée entre les établissements du groupement hospitalier de territoire :

- Le laboratoire installé à l'hôpital de Villefranche qui réalise XXX actes de biologie, répond aux demandes des services hospitaliers ainsi qu'aux prescriptions des médecins de l'hôpital de Trévoux, de l'hôpital du Val d'Azergues et de la résidence Pierre de Beaujeu. Les analyses qui exigent un niveau d'expertise spécifique, sont adressées soit au laboratoire Biomnis (300 000 B) (qui dispose d'un système fiable de transmission des résultats intégrés dans les dossiers médicaux, et une facturation claire) et aux Hospices Civils de Lyon (200 000B). L'anatomo-cyto-pathologie, est adressée au laboratoire Cypath situées à Villeurbanne ;
- Pour l'hôpital de Trévoux ainsi que pour l'hôpital du Val d'Azergues et la résidence Pierre de Beaujeu, l'acheminement des prélèvements est réalisé de 2 fois par jour par le service logistique de l'hôpital (qui dispose d'un chauffeur en principal et 1 secondaire en cas d'absence). En cas d'urgence, les établissements adressent directement leurs prélèvements en recourant à un taxi. Le retour des résultats des examens s'effectue (sauf la microbiologie), dans la journée. Pour l'hôpital de Trévoux, les examens sont intégrés directement sur Crystal Link ;

- L'hôpital de Tarare s'adresse à un laboratoire privé (Groupe Uniliens devenu LaboFrance, ex laboratoire G Melki) avec un volume d'actes prescrits de XXX. Des négociations ont été engagées afin de définir le terme de ce partenariat de prestations ;
- L'hôpital de Grandris Haute Azergues s'adresse également au laboratoire Uniliens avec un nombre de dossiers pour l'année 2016 de 755 dossiers pour l'EHPAD et de 1252 dossiers pour le service de médecine ;
- L'hôpital de Belleville s'adresse également à un laboratoire de ville (Novelab) pour un volume d'actes prescrits de 448 148B (Prévision : année 2015) ;
- L'hôpital de Beaujeu s'adresse également à un laboratoire de ville pour un volume d'actes prescrits de 361 111 B (Prévision : année 2015) ;
- Enfin de manière générale les établissements du GHT ne disposent pas d'une compréhension globale de l'écologie bactérienne des unités de soins du fait de l'adressage des prélèvements à différents laboratoires.

### 5.2.2 Perspectives organisationnelles dans le cadre du GHT

La perspective d'amélioration de l'organisation territoriale telle que visée par le décret du 27 avril 2016 doit prendre en compte la situation particulière de chaque établissement en poursuivant les objectifs suivants :

- Améliorer la transmission de l'information biologique dans le cadre du parcours du patient avec intégration des données dans le dossier médical (cf. Schéma directeur de l'information) ;
- Maintenir voire améliorer le niveau de qualité de la prestation biologique y compris la fonction de conseil.
- Rechercher l'efficience en termes de coûts globaux de production des actes ;
- Être en capacité de mettre en œuvre une politique globale d'approche des risques infectieux en disposant de données homogènes sur l'écologie bactérienne.

La situation des établissements étant différente, deux orientations générales peuvent être envisagées en excluant l'hôpital de St Cyr (éloignement, faible volume et prescriptions ne correspondant pas aux analyses réalisées à Villefranche). Pour l'hôpital de Grandris, la question est à approfondir en fonction du volume et des liens avec Tarare.

#### 5.2.2.1 Hôpitaux de Belleville et Beaujeu.

Dans le cadre du schéma directeur d'information, il est entendu que le dossier médical devrait être commun au sein du GHT sous conditions des ressources financières disponibles. Or, la fluidité des parcours patients et la nécessaire information souhaitée dans le cas de transfert de patients supposent la mise à disposition d'informations notamment médicales et biologiques.

La reprise des activités prescrites par les médecins des hôpitaux de Beaujeu et de Belleville, n'appelle pas de difficultés spécifiques dans la mesure où le périmètre d'activité est sensiblement identique à l'hôpital de Trévoux. L'organisation d'une ré-internalisation des examens suppose la mise en œuvre d'une logistique étendue, d'une préparation et d'une information auprès des infirmières et des médecins de ces 2

établissements, et la restitution des résultats par le biais des connexions H Print médecins. Un temps de préparation est nécessaire pour maintenir le niveau de qualité attendu.

#### 5.2.2.2 L'hôpital de Tarare.

L'hôpital de Tarare accueille les urgences et ne peut se contenter de 2 courses par jour. Il est donc nécessaire de réfléchir à l'organisation d'automates délocalisés (achetés ou mis à disposition) permettant la réalisation de la plupart des examens de biochimie et d'hématologie. Ceci suppose cependant la présence d'un technicien sur place ou d'une infirmière détachée à ce type de fonction de façon à s'assurer du bon fonctionnement des machines, de leur maintenance et de l'organisation de cette activité.

Cette activité de biologie délocalisée devrait être installée dans ou à proximité des locaux dédiés aux urgences sur une superficie de l'ordre de 20 m<sup>2</sup>. Ces équipements de biologie délocalisée, ne seraient destinés qu'aux examens d'urgence que ce soit ceux du service d'urgence ou ceux des services hospitaliers caractérisés par un réel degré d'urgence.

La ré-internalisation des examens de biologie de l'hôpital de Tarare, exige tout d'abord l'examen du contrat qui lie cet établissement à la société France Labo puis une préparation rigoureuse tant au plan de l'achat ou de la mise à disposition des équipements que de la formation des personnels des urgences chargés de cette fonction. Auquel s'ajoute le détachement/renforcement d'une technicienne du laboratoire de Villefranche qui assure la responsabilité de la réalisation des examens.

En conclusion, il est envisageable de traiter de façon différenciée les deux groupes d'établissements après s'être assurés de l'accord des directions et du corps médical. Puis d'engager à la fois les études d'organisation et leur traduction en impacts financiers.

### 5.3 Pharmacie clinique

#### 5.3.1 État des lieux

- Chaque établissement dispose d'une PUI ;
- 3 sites disposent d'une autorisation de rétrocession (dispensations de certains médicaments aux patients ambulatoires) ;
- Seule la PUI de l'établissement support est autorisée pour la reconstitution de spécialités pharmaceutiques (chimiothérapie) et la stérilisation de dispositifs médicaux ;
- Toutes les PUI du GHT adhèrent au même groupement d'achat. Une procédure d'achat commune à toutes les PUI concernant les gaz médicaux a été mise en place en 2017. Pour les produits de santé non couverts par le groupement, chaque PUI gère ses achats et ses marchés ;
- Même si plusieurs sites disposent d'un même système de gestion économique et financière et/ou du même dossier patient informatisé, le système d'information n'est pas homogène au sein des différentes PUI du GHT. Il ne permet pas d'assurer une continuité satisfaisante de la prise en charge pharmaceutique lors des transferts des patients d'un hôpital à un autre ;
- Certaines PUI ont mises en place une démarche d'harmonisation du livret thérapeutique ;
- Tous les établissements ont développé la dispensation nominative individuelle. Elle est complète pour quelques hôpitaux, partiel pour les autres ;
- Chaque PUI, à l'échelle de son établissement, est engagée dans la gestion des risques et le bon usage des médicaments et des DMS dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse du patient et du CBUM ;

- Toutes les pharmacies ont développé des missions de pharmacie clinique : analyse pharmaceutique d'ordonnance, conciliation d'entrée et de sortie, entretien pharmaceutique, éducation thérapeutique, revue de prescriptions ;
- Il existe une véritable richesse au niveau des formations proposées par les différentes PUI du GHT. Les publics concernés sont les préparateurs en pharmacie, les IDE, les aides-soignantes, les internes et les médecins. Une mise en commun permettrait d'optimiser l'efficacité du dispositif de formation (plus de personnel formé en une même séance) et un échange de pratiques intéressant.

### 5.3.2 Perspectives d'amélioration

#### 5.3.2.1 Actions à court et moyen terme

- Harmoniser les démarches de conciliation médicamenteuses à l'entrée et à la sortie du patient : méthodologie commune, harmonisation des documents supports en fonction des possibilités informatiques de chaque site avec pour objectif de pouvoir communiquer l'ensemble des documents de manière dématérialisée entre les sites (exemple de la messagerie sécurisée ZEPRA). Une trame commune a été définie pour les documents en lien avec la conciliation médicamenteuse destinés à être transmis aux professionnels non hospitaliers ;
- Base documentaire commune : création d'un espace numérique commun de partage des différents documents concernant le bon usage des médicaments et des DMS, recommandations thérapeutiques, bonnes pratiques, ... ;
- Partage de pratiques sur la gestion des risques et le bon usage des médicaments et des DMS dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse du patient et du CBUM. Développer des actions spécifiques et communes relatives aux médicaments à risque ;
- Mise en place du dossier pharmaceutique sur l'ensemble des PUI du GHT ;
- Livret de prescription chez le sujet âgé ;
- Livret des dispositifs de stomies ;
- Organisation et mutualisation territoriale des formations pharmaceutiques.

#### 5.3.2.2 Actions à plus long terme

- Harmonisation des systèmes d'information avec un dossier patient informatisé unique avec utilisation des mêmes modules pharmaceutiques (livret thérapeutique, validation pharmaceutique, dispensation individuelle nominative, traçabilités, gestion des dotations, stupéfiants, rétrocessions,...) ;
- Mise en place de l'automatisation de la préparation individuelle nominative des doses du patient avec robots de dispensation individuelle nominative ;
- Coordonner la prise en charge pharmaceutique du patient au sein du GHT en renforçant les liens avec nos confrères officinaux avec mise en place de la messagerie sécurisée ZEPRA Pharmaciens.

### 5.3.3 Eléments de méthodologie

- Chaque action est pilotée par un pharmacien chargé d'organiser et d'animer un groupe de travail ;
- Création d'une structure de concertation réunissant tous les pharmaciens du GHT 3 fois/an : présentation de l'avancement des différents travaux des groupes de travail, choix et répartition des thématiques de travail sur le bon usage des médicaments, les médicaments à risque, les recommandations thérapeutiques,... ;
- Mise en place d'un calendrier pour les actions dont la lisibilité est suffisante.

## 5.4 L'hospitalisation à temps partiel

### 5.4.1. Approche générale

L'hospitalisation à temps partiel ou hôpital de jour constitue un des enjeux de la loi de santé. Néanmoins les conditions financières de rémunération susceptibles d'être mises en œuvre (arrêté de starification du 28 février 2017 dans le cadre de la loi de finances de l'assurance maladie) en créant une catégorie de prestations pour financer les consultations pluridisciplinaires ou pluri professionnelles. Cette catégorie regroupe les soins non suivis d'une hospitalisation dispensée dans les établissements de santé représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la prise en charge d'affections dont la liste sera fixée par arrêté ministériel. Cette prestation implique l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux en présence du malade ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale. Il est certain que cette prestation intermédiaire se subsistera pour partie à l'actuelle facturation d'hôpital à temps partiel et risque d'impacter fortement à la fois sur l'organisation des unités de travail (service d'hospitalisation, secrétariat, plateau technique) tout en réduisant les recettes des établissements. Dans l'attente de l'appréciation précise des conséquences, il convient de rester prudent tout en maintenant la dynamique de prise en charge.

L'approche se situe résolument au niveau de la filière, la fluidité exigeant une utilisation optimisée des capacités de toutes natures en fixant des règles d'usage partagées en fonction des profils de patients et les soins requis. L'axe majeur étant de recourir le plus tôt possible au plateau technique dont la mission consiste à proposer un diagnostic et les thérapeutiques pour ensuite réadresser le patient dans la structure la plus proche de son domicile ce qui suppose les conséquences suivantes. (Réf. PMP juillet 2016 : paragraphe 2.2).

Ainsi une organisation territoriale des prises en charge ambulatoires de médecine toutes spécialités, pourrait consister pour ces unités de l'hôpital support en une mission de structuration des parcours et de formation/animation, l'élaboration de protocoles partagés de prise en charge et d'organisation tout en promouvant une définition d'une gradation des soins entre les différents établissements de santé et les partenaires du territoire. S'ajoutent dans ce cas des missions de formation des professionnels de la filière et des missions de diagnostic et d'expertise.

### 5.4.2 Hospitalisation à temps partiel en médecine

En 2015 a été créé une activité d'hospitalisation de jour de médecine axée notamment sur le rééquilibrage du diabète et les bilans. Les plateaux techniques disponibles pour l'HDJ sont l'angiologie, la cardiologie (échographie cardiaque, épreuve d'effort), la radiologie (radiographie, échographie, scanner, IRM), un rétinophtographe, une IDE d'éducation thérapeutique, une consultation diététique, un électrocardiogramme (ECG), des bilans sanguins. Avec 16 patients /semaine cette activité a montré tout l'intérêt de développer les alternatives à l'hospitalisation en médecine.

Des projets sont cadrés dans le cadre du projet d'établissement de Villefranche (déc. 2015) tel que :

- hospitalisation à temps partiel en cardiologie (associée à la pneumologie) : Les patients concernés sont les patients valvulaires pour une évaluation de leur atteinte valvulaire ou hypertendus pour un bilan de leur HTA, ainsi que les patients suspects de maladie rythmique (Brugada...), et les insuffisants cardiaques pour évaluation, perfusion de fer ou transfusion ;

- hospitalisation à temps partiel en Pneumologie (associée à la cardiologie) : bilan de BPCO (par exemple gaz sous VNI)..., cancer, fibrose pulmonaire mais aussi des thérapeutiques comme le xolair dans l'asthme sévère ;

- hospitalisation à temps partiel en Neurologie / gériatrie : patients qui présentent des troubles cognitifs ou des symptômes neurologiques subaigus, à visée diagnostique. Les hospitalisations de jour sont également envisagées sur des prises en charge thérapeutique parentérale lourde (exemple : Tisabry). En outre cet hôpital de jour assurera éventuellement la prise en charge de patients dans le segment onco-gériatrie. L'éducation thérapeutique sur les thèmes sclérose en plaques et possiblement l'épilepsie constitue également un axe dans le cadre de cette mise en place de l'H.T.P.

#### 5.4.3 Hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation

##### 5.4.3.1. Villefranche : extension de l'hôpital : phase 2

La phase 2 prévoit des activités de HTP SSR utilisant un plateau technique de rééducation.

- D'une façon générale l'HDJ SSR concerne tous les patients dont l'état requiert des soins et /ou un suivi non réalisable en secteur libéral dans leur totalité et nécessitant :
  - Un plateau technique de rééducation /réadaptation avec balnéothérapie, secteur d'entraînement à l'effort, local vélo ergométrique, posturo graphie, verticalisation, ergothérapie, neuropsychologie,... ;
  - Un plateau d'évaluation avec analyse de la marche, estimation des fonctions cognitives, évaluation des capacités fonctionnelles ;
  - Un espace d'appareillage orthopédique et de confection d'orthèse (besoins pour certains patients d'orthopédie, rhumatologie, neurologie) ;
  - Le soutien social et psychologique à chaque patient et en lien avec l'éducation thérapeutique.
- Le projet de 15 places d'hospitalisation à temps partiel SSR (domaine neurologique, polyvalent et personnes âgées poly pathologique). L'HDJ SSR va concerner toutes les situations de handicap ou de pathologies chroniques invalidantes, les hospitalisations à temps partiel pouvant intervenir avant l'hospitalisation (préparation à une chirurgie, à un traitement lourd tel une chimiothérapie), durant l'hospitalisation (amélioration de la récupération, prévention des rétractions...), en sortie d'hospitalisation complète (optimisation du retour au domicile, finalisation du parcours de soins) et à distance de toute hospitalisation complète (évaluation, suivi, adaptation de la prise en charge au domicile). Dossier déposé en fin d'année 2017 ;
- Projet de 10 places d'hospitalisation à temps partiel SSR spécialisé pneumologie cardiologie géré par le Centre médical Bayère : dossier en cours d'instruction à l'ARS.

##### 5.4.3.2. Hôpitaux de Tarare et Trévoux

- L'hôpital de Tarare a obtenu au 4ème trimestre 2016, sous réserve selon la décision de l'ARS ( en référence au programme régional de santé) de suppression de lits d'hospitalisation complète), une autorisation HTP SSR de 5 places, le but étant de permettre des sorties plus précoces en déchargeant le secteur d'hospitalisation complète tout en assurant un suivi, d'éviter des hospitalisations en s'adressant à une population et mettre en place une évaluation des situations d'handicap naissantes ou installées corrélés à un contexte pathologique ;

- L'hôpital de Trévoux a obtenu au 4ème trimestre 2016, sous réserve selon la décision de l'ARS ( en référence au programme régional de santé) de suppression de lits d'hospitalisation complète), une autorisation HTP SSR de 5 places pour traiter les troubles de l'équilibre et de la marche, patient oncologie état de dénutrition, douleur, accompagnement , les syndromes de fragilité gériatriques, plaies complexes chroniques, prévention des chutes, troubles cognitifs débutants...etc. ;

Compte tenu de la demande ARS de suppression de lits d'hospitalisation complète, ces unités n'ont pas été à ce jour ouvertes au vu des besoins grandissants en hospitalisation complète SSR des Établissements du GHT.

## 6- LES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

S'agissant des modalités de prise en charge des patients victimes de situations exceptionnelles et plus particulièrement dans le cadre du risque attentat, les établissements parties au GHT et la Polyclinique du Beaujolais ont travaillé de concert.

L'objectif est d'assurer la sécurité des soins :

- D'une part, aux patients à accueillir au centre hospitalier de Villefranche, hôpital de première ligne ;
- et d'autre part, aux patients à orienter auprès des établissements partenaires.

Un exercice volet attentat du plan blanc s'est déroulé le 29 novembre 2016. Il a permis de confirmer la coordination entre les établissements permettant de fluidifier les filières tant en amont (ex : prise en charge des patients en attente au service d'urgence de l'hôpital par la polyclinique) qu'en aval (ex : disponibilité des lits des établissements partis au GHT).

Des axes d'amélioration ont été relevés et feront l'objet de modifications prochaines dans le plan blanc.

Aussi, en lien avec l'ARS et les hôpitaux du département, l'hôpital étudie la possibilité d'accueillir des enfants en extrême urgence, urgence absolue et urgence relative.

## 7- LES PARTENARIATS

### 7.1 Les établissements de santé

- Le Centre Léon Bérard : sur la base du travail commun, une convention d'association doit être établie dans le courant du 1<sup>er</sup> trimestre 2017.

- Les Hospices Civils de Lyon : la convention d'association proposée et discutée a fait l'objet d'un avis favorable du comité stratégique le 15 décembre 2016 et a été signée le 31 mars 2017.

- L'Hospitalisation A Domicile : le comité stratégique a émis un avis favorable à l'établissement d'une convention de partenariat avec Soins et Santé. Cette convention outre les aspects de gouvernance délicat à définir vu les statuts et les contraintes différentes, doit aborder de façon très concrète les processus de prise en charge, les prés requis et les modes opératoires. Ceci sera engagé au cours du premier trimestre 2017.

- Le Centre médical de Bayère : le partenariat existe concrètement dans le cadre du parcours de Soins insuffisance respiratoire (BPCO). Par ailleurs il se traduit pour des raisons liées au programme régional de santé par la venue en 2020 des activités du CMB à l'HNOV dans le cadre de l'extension de l'hôpital, et la

déclinaison du partenariat sur la base d'un protocole tripartite avec l'ARS. Ce partenariat sera finalisé par une convention d'association au GHT dès que l'établissement en aura fait expressément la demande.

- **L'hôpital de l'Arbresle** : de nombreux aspects de convergence dans le cadre du projet médical (centre périnatal avec hébergement, « SSR spécifique » filière addictologie) conduisent à une convention d'association avec cet établissement qui a manifesté une intention et doit faire délibérer son conseil d'Administration sur la base d'une convention de partenariat en cours de discussion.

- **Le Château de Gléteins (groupe Korian)** : L'ARS a demandé par injonction en 2014 à ce que « Le centre de Gléteins, et le centre de Bayère se rapprochent de l'hôpital Nord-Ouest pour proposer et mettre en œuvre un projet médical de territoire. La constitution d'un pôle unique avec plateau technique commun devra être étudiée ».

Dès lors un projet de convention de partenariat, souhaité par le groupe Korian (cf. lettre du 18 mai 2017) basé sur une convention bipartite et une convention d'occupation temporaire de l'espace public concrétise l'intégration de 50 lits de soins de suite et de réadaptation en d'hospitalisation complète et 10 places d'H.T.P., lits et places qualifiés de polyvalent, dans le nouveau bâtiment. Le Château de Gléteins qui reçoit actuellement environs 250 patients par an en provenance d'HNO orientera ses prises en charges sur l'appareil locomoteur et les troubles neurologiques avec rééducation de proximité Cette activité transférée permet la mutualisation de fonctions (plateau technique de rééducation) et l'amélioration de la coordination des flux d'entrées par la mise en place d'une commission d'admission commune. Ce partenariat qui s'inscrit dans les orientations du PMPT a reçu le soutien de l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes (cf. courrier du 17 mai 2017).

- **Autres établissements** :

- Le centre de post cure « les Bruyères » à Letra (groupe Korian), qui contribue à la filière addictologie, le travail sur l'organisation de la filière étant en cours.
- Les EHPAD publics du territoire ont été contactés et réunis en mai 2016 afin de définir les besoins des établissements MCO et SSR pour rendre plus fluide la filière globale et comprendre les raisons pour lesquelles il est peu fait appel à l'hospitalisation à domicile. À ce jour, les EHPAD, qui par ailleurs rencontrent des difficultés de recrutement médical, n'ont pas manifesté un intérêt pour envisager une convention de partenariat avec le GHT.
- La Polyclinique du Beaujolais à Arnas : les contacts ont été rétablis avec la nouvelle direction et des discussions engagées pour évaluer des coopérations « gagnant/gagnant » organisation « coopérative des urgences, permanence des soins, chirurgie, pouvant déboucher éventuellement sur une adhésion au GHT en qualité de partenaire.

## 7.2 La médecine libérale

A l'exception du travail réalisé dans le cadre de la BPCO, les relations avec la médecine libérale ont été peu évoquées tout en considérant l'indispensable lien qui unit les établissements de santé et les professionnels de ville. S'il existe déjà des rencontres organisées telles les Rencontres du Beaujolais, il convient de mieux structurer ces relations en partant du besoin c'est-à-dire celui du patient à travers les parcours de soins comme cela a été décrit dans le cadre de l'insuffisance cardiaque par exemple.

Ainsi, après avoir décrit l'existant des relations organisées, il est nécessaire d'accentuer l'existant en améliorant les outils de communication dans l'approche de chaque parcours, sans se focaliser

prioritairement sur les attentes des professionnels de ville et de l'hôpital. Partager la vision de chacun y compris les usagers à travers les parcours constitue le fil rouge des actions pour l'avenir.

## 8- LA QUALITE AU SERVICE DU PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE

Si la « qualité des soins est l'affaire de tous », il n'en reste pas moins que l'article R 6144-2 du code de la santé publique indique que La Commission Médicale d'Établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Celle-ci relève donc de chaque établissement avec une volonté d'harmonisation et de cohérence au sein du GHT étayée par le projet médical partagé de territoire.

### 8.1 Les engagements de la politique qualité du territoire

Le management de la qualité et la gestion des risques participe par l'apport d'outils d'harmonisation, d'évaluation et d'analyse des pratiques, à l'amélioration des parcours des patients tels que décrits au chapitre 2. Cette démarche intègre l'accompagnement des professionnels afin de promouvoir la culture sécurité des soins et l'indispensable travail coopératif permettant de limiter les ruptures de parcours et les pertes de chance pour les patients. L'offre de soins graduée de la proximité au recours, multiplie les acteurs et rend nécessaire la communication auprès des professionnels médicaux de 1er recours sur les projets et organisations (ex : le n° unique pour éviter les passages aux urgences, l'annuaire insuffisance cardiaque, BPCO, diabète ...), tout en recueillant les avis des patients à travers les outils disponibles et le fonctionnement de la commission des usagers du GHT.

Si le projet médical évoque peu à ce jour les perspectives qu'ouvrent l'intégration des nouvelles technologies (télé médecine, applications médicales sur les pathologies, GED partagée, My HNO ...) il n'en reste pas moins que la dynamique des projets sur les parcours et l'évolution technologique inciteront à les considérer de façon plus active dans la gestion des parcours. Il sera alors nécessaire de réfléchir à la mise en place des actions d'accompagnement pour aider à ces modifications des pratiques

### 8.2 Les évolutions attendues au niveau national et leur impact au niveau du GHT

Le décret du 27 avril 2016 conduit à préparer une certification commune à l'horizon 2020, avec un compte qualité commun s'appuyant sur des objectifs partagés répondant aux critères du manuel qualité HAS de la certification version 5.

Cette évolution amène à concevoir une nouvelle structuration en respectant les instances propres aux établissements, de celles favorisant un pilotage plus territorial conforme à l'esprit et au texte. À ce titre, une fonction de coordination devra être mise en place pour harmoniser et rendre cohérent les programmes, les démultiplier et les accompagner avec l'aide de l'ensemble des responsables qualité des établissements. .

La place et l'organisation des responsables qualité au sein de la coordination de la fonction qualité devront permettre de relayer le projet médical partagé de territoire dans chaque établissement et ainsi d'accompagner les actions, faciliter et fluidifier la communication entre les professionnels tout en innovant dans ces moyens de communication et de fonctionnement.

### 8.3 Les outils qualité comme accompagnement à la mise en place du projet médical partagé de territoire (PMPT)

La qualité et la sécurité des soins étant au cœur des orientations définies par la loi du 26 janvier 2016, le projet médical partagé de territoire intègre de fait ces concepts. Que ce soit les propositions d'indicateurs sur les parcours (diabète, BPCO..), l'extension aux autres parcours, l'organisation de staff EPP par exemple pour la concertation en soins palliatifs, la convergence des protocoles d'imagerie, d'antibiothérapie, de traitement des diabétiques ...etc., l'établissement de documents pour fluidifier les sorties et les parcours, la réalisation d'un livret thérapeutique commun, la mise en place du dossier médical commun, toutes ces actions sont construites pour améliorer la qualité d'ensemble des prises en charge.

L'accompagnement par la coordination qualité du territoire utilise des méthodes maîtrisées par les responsables qualité des établissements et suivent une démarche qui débute par :

- Un plan ou l'élaboration d'un programme annuel d'actions par filière, plateau technique et actions transversales (ex : DPI) définissant les actions d'harmonisation des pratiques (organisation et protocoles) et d'évaluation (indicateurs, audits, EPP). Ce programme annuel étant validé à la fois par les CME et le collège médical du GHT ;
- Qui se traduit ensuite par un accompagnement des parcours dans le cadre des filières et des instances dans l'élaboration des documents (par exemple : sortie des patients : critères incontournables avant mutation et documents médicaux à la sortie du patient (dossier patient), protocoles communs de prise en charge par pathologie,...) ou l'aide au déploiement de nouveaux outils et l'évolution des pratiques qui vont en découler
- Comme l'outil de mise en commun de la disponibilité des lits en temps réel et par établissement avec des seuils d'alerte et procédures de suractivité partagées ;
- Ensuite de s'assurer de la réalisation et de la convergence entre ce qui est attendu et ce qui est réalisé ;
- Dans le domaine de la gestion des risques comme partager les EIG (relatifs aux filières du GHT) et commencer des analyses communes, accompagner la création des CREX RMM (ex CREX géronto psy), suivre le type de signalements d'Événements Indésirables Graves (EIG) par filière, les actions correctives mises en œuvre et les intégrer dans le bilan du programme annuel ;
- Dans le périmètre du PMPT suivre la réalisation du projet (indicateurs qualité gestion des risques par filière tels que l'indicateur de délais en cancérologie (prescription et réalisations de l'imagerie), taux de ZEPRA (nb de documents envoyés via ZEPRA/nb de patients sortant), taux et conformité des programmes personnalisé de soins en cancérologie, taux de date prévisionnelle de sortie prévue par séjour par pôle pour tous les services de médecine, chirurgie, SSR... S'ajoute également la possibilité de piloter des évaluations (audits, patients traceurs, analyse de pertinence..) Le GHT permettra d'établir des évaluations croisées entre les établissements ce qui constitue une vraie richesse ;
- Enfin, organiser des retours réguliers aux acteurs de la filière au plus proche des équipes.

## CONCLUSION

Au vu des évolutions auquel sera confronté à l'avenir le système de santé, le collège médical, qui assure au titre de l'article 11 de la convention constitutive du GHT l'élaboration et le suivi du Projet Médical Partagé

de Territoire, estime que le document présenté constitue une première étape, certes importante, mais qui mérite continuité. En effet, si le travail de concertation, d'analyse et de réflexion ciblés sur les parcours de soins dominants a permis de cadrer les priorités, élaborer des pistes d'évolution et esquisser les lignes d'actions, il n'en reste pas moins nécessaire de continuer la démarche collective d'approfondissement et de mise en action.

Dans les mois à venir il s'agira :

- De se mettre en lien et travailler avec nos partenaires territoriaux de la médecine de ville, généralistes et spécialistes. Deux pistes d'extension du collège médical ont été envisagées : l'une via le conseil de l'ordre d'une part, car il a déjà travaillé un projet territorial appelé Bassin de proximité Santé ((BPS), et d'autre part le collège de généralistes enseignants du fait de leur impact sur la formation des internes en Médecine Générale. A cette occasion il faudra distinguer l'articulation Public-Privé qui concernerait implicitement les relations entre établissements et/ou fédérations, de l'articulation ville-hôpital concernant les médecins de ville et les soins primaires (mais aussi les maisons de santé pluridisciplinaires s'il y a lieu) sur le territoire. L'articulation avec les établissements publics et privés trouve naturellement sa place dans l'objectif d'accessibilité aux soins pour tous et de parcours de soins non-segmentés du domicile au domicile, médico-social inclus.
- D'anticiper les exigences et aussi les pièges du trio « efficience/qualité/indicateurs de financement » à venir, en testant tout de suite la solidité et le bien-fondé des parcours définis dans le Projet Médical Partagé de Territoire. Par exemple en bâtissant dans chaque parcours (avant injonction) une analyse qualitative et PMSI « dans la vraie vie », via des patients traceurs du parcours territorial.
- D'aller au-delà de la simple régulation des lits amont-aval en fonction exclusivement de l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IPDMS), en cherchant à combiner l'adéquation patient/structure avec la pertinence des prises en charges, mais aussi la viabilité économique durable d'établissements de taille et de recrutement différents. « Bed-blockers » et Bed-management sont à traiter à cette occasion comme un seul sujet territorial, là aussi dans la vraie vie, en évitant les solutions simplistes ou d'affichage.
- De bien définir les principes d'une participation médicale forte (à travers le collège) aux projets d'investissements territoriaux, à l'attractivité médicale et paramédicale ainsi qu'à l'innovation nécessaire au parcours territorial.

## **Contributions des groupes de travail**

Annexe 1 : Parcours de soins du patient diabétique

Annexe 2 : Parcours de soins en cancérologie

Annexe 3 : Parcours insuffisant respiratoire

Annexe 4 : Filière psychiatrie adulte

Annexe 5 : Filière pédopsychiatrique

Annexe 6 : création d'un parcours de soins adapté aux patients atteint d'accident vasculaire cérébral.

Annexe 7 : Organisation des soins pour le trouble de l'usage d'alcool et autres drogues (héroïne, cocaïne, drogues de synthèse, opiaces, THC) et addiction comportementale



# Parcours de soin du patient diabétique au sein du Groupement Hospitalier Territorial Rhône-Nord-Beaujolais- Dombes

Novembre 2016



## **GROUPE DE TRAVAIL**

**Superviseur :** Dr Philippe SAYOUS, [philippe.sayous@ch-belleville.fr](mailto:philippe.sayous@ch-belleville.fr)

**Animatrice :** Dr Corinne LANGRAND, [clangrand@lhospitalnordouest.fr](mailto:clangrand@lhospitalnordouest.fr)

Dr Veronika CHIKOVA (médecin à l'hôpital de Beaujeu)  
Dr Jérôme NOVAT (médecin à l'hôpital de Beaujeu)  
Dr Philippe SAYOUS (médecin à l'hôpital de Belleville)  
Mme Myriam MERCIER (cadre de santé de l'EHPAD à l'hôpital de Grandris)  
Dr Sylvie BRYSSINE (médecin à l'hôpital de Saint Cyr au Mont d'Or)  
Dr Chantal SIMONET (médecin endocrinologue à l'hôpital de Tarare)  
Dr Bogdan FLOREA (médecin, chef du pôle de médecine polyvalente à l'hôpital de Tarare)  
Mme Fabienne GRISONI (cadre supérieure de santé à l'hôpital de Tarare, responsable pôle médecine, bloc, ambulatoire, consultation, pharmacie, urgence, radiologie)  
Mme Valérie LEBOVICS (cadre de santé de l'Hôpital de jour à l'hôpital de Tarare)  
Mme Laurence INIAL (cadre de santé des unités médicales B et C à l'hôpital de Tarare)  
Mme Amandine DUVAUCHELLE (infirmière d'éducation thérapeutique - diabète et BPCO - à l'hôpital de Tarare)  
Dr Elise CHAUDESAYGUES (médecin en court séjour médical à l'hôpital de Trévoux)  
Mme Isabelle Dauvergne (cadre supérieur de santé à l'hôpital de Villars les Dombes)  
Dr Corinne LANGRAND (médecin endocrinologue à l'hôpital de Villefranche-sur-Saône)  
Mme Frédérique MARCHANDEAU (cadre de santé du service de médecine interne/endocrinologie à l'hôpital de Villefranche-sur-Saône)  
Mme Caroline CHERPIN (infirmière d'éducation thérapeutique du service de médecine interne/endocrinologie à l'hôpital de Villefranche-sur-Saône)

## TABLE DES MATIERES

<b>1. Centres hospitaliers et services principaux impliqués dans le parcours de soin du patient diabétique.....</b>	<b>3</b>
a. Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.....	3
b. Centre hospitalier de Tarare.....	3
c. Centre hospitalier de Trévoux.....	3
d. Centre hospitalier de Belleville.....	4
e. Centre hospitalier de Beaujeu.....	4
f. Centre hospitalier de Grandris.....	4
g. Centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'or.....	4
h. Centre hospitalier de Villars les Dombes.....	4
<b>2. État des lieux descriptif : le parcours de soin du patient diabétique sur les différents sites du GHT Rhône Nord .....</b>	<b>5</b>
a. Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.....	5
i. Diabète déséquilibré et bilan de diabète .....	6
ii. Pied diabétique .....	7
iii. Diabète gestationnel .....	7
b. Centre hospitalier de Tarare.....	8
c. Centre hospitalier de Trévoux.....	9
d. Centre hospitalier de Belleville.....	10
e. Centre hospitalier de Beaujeu.....	11
f. Centre hospitalier de Grandris.....	11
g. Centre hospitalier de Saint-Cyr-Au-Mont-D'or.....	12
h. EHPAD de Villars les Dombes.....	12
<b>3. Les améliorations possibles.....</b>	<b>15</b>
a. Les projets récemment réalisés et en cours.....	15
b. Les projets à venir.....	15

# 1. Centres hospitaliers et services principaux impliqués dans le parcours de soin du patient diabétique

## A. CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE-SUR-SAONE

Service de Médecine interne et Unité de Diabétologie, Endocrinologie et Nutrition (UDEN) :

Chef de service : Dr Gary DAVID

Cadre de santé : Mme Frédérique MARCHANDEAU

Médecins endocrinologues : Dr Marie Astrid CHALLAN BELVAL, Dr Amandine DECKER-BELLATON, Dr Julia DULAC, Dr Corinne LANGRAND

Médecins internistes : infectiologues : Dr Gary DAVID, Dr Thomas CHROBOCZEK, interniste : Dr Julie LE SCANFF

Secrétaires en endocrinologie: Mme Marielle BERARD, Mme Edmée PONCET

Le service comprend 24 lits d'hospitalisation conventionnelle en médecine interne et 9 lits d'hospitalisation en endocrinologie dont 5 lits d'hospitalisation conventionnelle et 4 lits d'hospitalisation de semaine. Il comprend également un hôpital de jour en endocrinologie : 4 patients par jour sauf le mardi.

## B. CENTRE HOSPITALIER DE TARARE

Service de pôle de médecine unité A, B, et C :

Chef du pôle médical : Dr Bogdan FLOREA

Cadre de santé : Mme Fabienne GRISONI (cadre supérieure) et Mme Laurence INIAL

Médecins référents en diabétologie : Dr Chantal SIMONET (endocrinologue), Dr Bogdan FLOREA

Secrétariat centralisé

Le pôle médical comprend 55 lits d'hospitalisation.

Le SSR de Tarare comprend 30 lits d'hospitalisation.

## C. CENTRE HOSPITALIER DE TREVOUX

- Service de court séjour médical :

Chef de service : Dr PEILLON

Cadre de santé : Mme Elisabeth MUNIER

Médecins : Dr PEILLON, Dr CHAUDESAYGUES, médecin généraliste référente en diabétologie (DIU diabétologie et maladies métaboliques), Dr REVEST

Secrétaire : Mme Valérie DA COSTA

- Service de court séjour gériatrique :

Chef de service : Dr Annick ALLAIN

Cadre de santé : Mme Marie ROBERT

Médecins : Dr ALLAIN, Dr FRAISIER, DR HAMY-GIRAUD

Le pôle médical regroupe le court séjour médical (22 lits), le court séjour gériatrique (24 lits), le court séjour et le SSR d'oncologie (18 lits). Le pôle SSR comprend le SSR gériatrique (27 lits), le SSR polyvalent (28 lits), les soins palliatifs (10 lits). L'EHPAD de REYRIEUX dépend de l'hôpital de Trévoux. Les patients diabétiques sont principalement hospitalisés dans les services de court séjour médical, et gériatrique, mais aussi en SSR polyvalent, et SSR gériatrique.

## **D. CENTRE HOSPITALIER DE BELLEVILLE**

Responsable du secteur sanitaire : Dr Philippe SAYOUS  
Cadre de santé : Mme Christine NAZARET, Mme Mariam PAYET  
Médecins : Dr Christian BURTIN, Dr Philippe SAYOUS, Dr Stéphane PETIGNY  
Secrétaires : Mme CHAMPIER, Mme DUBUIS  
L'hôpital comprend 15 lits de médecine et 43 lits de SSR.

## **E. CENTRE HOSPITALIER DE BEAUJEU**

Service de court séjour médical :  
Chef de service : Dr Angélique COULON  
Cadre de santé : Mme Carole GOILLON  
Médecins référents du parcours de soin : Dr Véronika CHIKOVA, Dr Jérôme NOVAT  
L'hôpital comprend 15 lits de court séjour médical, 31 lits de SSR, et 4 lits de soins palliatifs

## **F. CENTRE HOSPITALIER DE GRANDRIS**

- Service de médecine :  
Chef de service : Dr Khaled BELGACEM  
Cadre de santé : Mme Karine CHAPON GRIVOLAT  
Secrétaire : Mme Valérie LOUP

- EHPAD :  
Chef de service : Dr Geneviève POURTIER  
Cadre de santé : Mme Myriam MERCIER, Mme Valérie DROUIN  
Secrétaire : Mme Valérie LOUP

L'hôpital de Grandris comprend 10 lits de court-séjour, 5 lits de soins palliatifs, 130 lits d'hébergement permanent dont 2 unités sécurisées (une de 22 lits et une de 14 lits), 2 lits d'hébergement temporaire, 5 places d'accueil de jour, et 2 places d'accueil de nuit.

## **G. CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-CYR-AU-MONT-D'OR**

Séjour de psychiatrie :  
L'hôpital comprend 3 pôles de psychiatrie adulte dont les responsables sont Dr Corinne BORELLO, Dr Pierre-François GODET, Dr Louis CLAVE ; et 2 pôles de psychiatrie pédiatrique dont les responsables sont Dr SUCHET, Dr CHABUET.  
L'hôpital compte 163 lits d'hospitalisation.

## **H. CENTRE HOSPITALIER DE VILLARS LES DOMBES**

EHPAD :  
84 lits dont 2 lits en séjour temporaire  
Cadre supérieur de santé : Mme Isabelle Dauvergne  
Les médecins généralistes de chaque patient interviennent sur l'EHPAD.  
Médecin coordonnateur attendu en 2017.

## 2. État des lieux descriptif : le parcours de soin du patient diabétique sur les différents sites du GHT Rhône Nord

### A. CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE-SUR-SAONE

L'hôpital de Villefranche-sur-Saône présentant un service de spécialité en diabétologie, endocrinologie et nutrition (UDEN), la prise en charge est davantage détaillée. Nous avons standardisé la prise en charge avec des intervenants et des numéros de téléphone ou de fax référents, pour permettre un accès aux soins le plus rapide et le plus efficace possible. (Données chiffrées de Janvier à Juin 2016)

En 2016, 1134 patients diabétiques ont été hospitalisés à Villefranche-sur-Saône, dont 265 en raison de leur diabète (diagnostic principal) dans le service d'endocrinologie.

Sur l'hôpital, les patients diabétiques hospitalisés toutes causes confondues sont adressés majoritairement soit par les urgences (52%), soit par le médecin traitant (domicile) (44%). Alors qu'à l'UDEN, la majorité des patients diabétiques hospitalisés (76%) viennent de leur domicile, correspondant donc à des hospitalisations programmées (demande de médecin traitant ou via la consultation d'endocrinologie), 5% sont adressés par les urgences et 19% sont adressés par des services de court séjour médical.

Le mode de sortie majoritaire est le retour à domicile : 75% des cas pour l'ensemble des diabétiques de l'hôpital, et 91% pour les diabétiques hospitalisés à l'UDEN. Seul 1.7% des patients de l'UDEN sont transférés en SSR, sur l'hôpital ou à l'extérieur. 7.2% des patients de l'UDEN sont transférés vers d'autres services de court séjour médical au sein de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône.

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées à l'UDEN sont le déséquilibre de diabète (27%), la néphropathie diabétique (14%), et les plaies de pied diabétique (11%).

Au SSR de Villefranche-sur-Saône, les patients diabétiques sont hospitalisés dans 5% des cas pour des ulcères chroniques, et dans 3% des cas en raison de leur diabète. Ils sont majoritairement adressés par les services de court séjour médical de l'hôpital (85.9%). Dans 7.1% des cas, ils viennent de leur domicile, et dans 7.1% des cas d'un SLD. Le mode de sortie est le plus souvent le retour à domicile (59.3%). Plus rarement, le patient est transféré dans un service de court séjour interne (12.8%), ou dans un SSR externe (11.6%). On observe 3.5% de décès (données de janvier à novembre 2016).

*Tableau 1 : Données comparatives entre les patients diabétiques hospitalisés sur l'hôpital de Villefranche-sur-Saône toutes causes confondues (de Janvier à Juin 2016) et les patients diabétiques hospitalisés dans le service UDEN (de Janvier à Août 2016).*

Indicateurs	Patients diabétiques sur l'ensemble des services de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône 2016	Patients diabétiques dans le service d'endocrinologie et maladies métaboliques 2016
Nb de séjours	1434	276
Nb de patients	1134	265
Âge moyen des patients	67,73	59,19
% hommes	53%	54%

## i. Diabète déséquilibré et bilan de diabète

### 1. *Mode d'entrée*

- Les patients diabétiques sont adressés soit en consultation d'endocrinologie, soit en hôpital de jour, soit en hospitalisation conventionnelle.
- **Par le médecin traitant / Domicile** : Un numéro de téléphone unique a été mis en place avec une secrétaire référente, Mme Edmée Poncet : 04 74 09 23 53, fax 04 74 09 23 56, mail endocrinologie.cs@lhospitalnordouest.fr.  
Les médecins traitants du secteur ont reçu par voie postale l'annuaire de l'hôpital avec coordonnées directes des médecins endocrinologues.  
Les demandes de consultation ou d'hospitalisation se font soit par appel téléphonique, soit par mail, soit par fax auprès du secrétariat. Des formulaires types de demande pour l'hôpital de jour, et l'hospitalisation conventionnelle ont été transmis aux médecins généralistes du secteur, avec les informations minimales requises (cf annexe). Les demandes urgentes sont réalisées par appel téléphonique sur les lignes directes des médecins endocrinologues.
- **Par la consultation d'endocrinologie** : l'hospitalisation peut être programmée après une consultation auprès d'un des médecins endocrinologues.
- **Par les urgences de Villefranche-sur-Saône** : après l'admission aux urgences, le patient est ensuite muté en endocrinologie ou passage transitoire par l'unité de post-urgence en l'absence de place immédiate dans le service. En cas d'absence de place en endocrinologie et si nécessité d'une pompe à insuline, le patient est transféré préférentiellement en médecine interne où les infirmières (IDE) sont formées à ce dispositif et à l'éducation du patient diabétique. En période de suractivité et faute de place, le patient diabétique peut être transféré dans d'autres services médicaux de l'établissement. Un avis auprès des endocrinologues est alors réalisé (téléphone ou fax).

### 2. *Prise en charge du patient diabétique à l'hôpital*

- **Le service comprend 4 médecins endocrinologues**, 3.2 équivalent temps plein (ETP), 2255 consultations en endocrinologie du 01/10/15 au 15/10/16.
- **L'hospitalisation de jour** est créée depuis le 05/10/2015 : 16 patients par semaine, 302 HDJ du 05/10/15 au 15/10/16.  
Les plateaux techniques disponibles pour l'HDJ sont l'angiologie, la cardiologie (échographie cardiaque, épreuve d'effort), la radiologie (radiographie, échographie, scanner, IRM), un rétinophotographe, une IDE d'éducation thérapeutique, une consultation diététique, un électrocardiogramme (ECG), des bilans sanguins.
- **L'hospitalisation conventionnelle** comprend 4 lits d'hospitalisation de semaine, 5 lits d'hospitalisation conventionnelle. Les plateaux techniques disponibles sont identiques à l'HDJ (cf supra) dont des sessions d'éducation thérapeutique pour le diabète. En sus, il est possible de mettre en place des pompes sous cutanée à insuline de façon transitoire ou définitive (IDE formée). **Critère d'hospitalisation** : si HbA1C > 9%.

### 3. *Suivi après hospitalisation*

Après l'hospitalisation, le suivi du patient peut s'effectuer :

- soit par un suivi ambulatoire auprès du médecin traitant.
- soit par une consultation infirmière d'éducation thérapeutique du service avec possibilité de consultation rapprochée à la sortie d'hospitalisation dans un délai inférieur à 1 mois.
- soit par un suivi ambulatoire par un endocrinologue traitant ou endocrinologue hospitalier du service (à 3 mois, 6 mois ou 1 an).

## ii. Pied diabétique

### 1. *Mode d'entrée*

- **Par le médecin traitant / Domicile:** Le parcours est identique à celui décrit ci-dessus. Les demandes de consultation ou d'hospitalisation se font soit par appel téléphonique, soit par mail, soit par fax auprès du secrétariat ou directement auprès des médecins endocrinologues en cas d'urgence. Une consultation ou une hospitalisation est possible dans les 48 heures suivant l'appel du médecin en fonction du degré d'urgence.
- **Par la consultation d'endocrinologie et consultation pied diabétique:** l'hospitalisation peut être programmée dans les 24h après la consultation si nécessaire.
- **Par les urgences de Villefranche-sur-Saône :** après l'admission aux urgences, le patient est ensuite muté directement en endocrinologie ou après passage transitoire par l'unité de post-urgence en l'absence de place. En cas d'absence de place en endocrinologie, le patient est transféré préférentiellement en service de médecine interne auprès de l'équipe d'infectiologie.

### 2. *Prise en charge du patient avec plaie de pied diabétique à l'hôpital*

- **Consultation « pied diabétique » :** On compte 514 consultations du 01/01/16 au 31/11/2016. Evaluation de la gravité de la plaie, soins locaux (déterSION, pansement), évaluation et prescription du chaussage, éducation du patient. Ces consultations sont réalisées soit par une IDE spécialisée (Diplôme Universitaire (DU) plaies et cicatrisation, Université Lyon Claude Bernard) en autonomie avec possibilité d'appel à un endocrinologue référent en cas de nécessité ; soit en consultation conjointe IDE spécialisée / endocrinologue (DIU pied diabétique, Université Paris VI); soit en consultation conjointe IDE spécialisée / endocrinologue / infectiologue.
- **Hospitalisation conventionnelle :** en cas de gravité, les patients sont hospitalisés dans le service UDEN ou de médecine interne. Les soins locaux (déterSION, pansement) avec décharge optimale sont réalisés, ainsi que l'évaluation et la prescription du chaussage, et l'éducation du patient. Une biopsie osseuse peut être réalisée si nécessaire en partenariat avec le service de chirurgie orthopédique (Dr Ousmane Fall). Un colloque se tient tous les jeudis avec l'équipe d'infectiologie. Un avis infectiologue en urgence est également possible.

### 3. *Suivi après hospitalisation*

- **Retour à domicile :** prescription de soins locaux à réaliser par IDE à domicile, prestataire de service si antibiothérapie intraveineuse à domicile, ou HAD soins et santé.
- **Consultation de suivi « pied diabétique » :** possibilité de suivi rapproché (délai à une semaine) selon les modalités décrites ci-dessus.
- **Soins de suite et réadaptation :** les patients sont principalement adressés aux SSR de Trévoux, Belleville, Beaujeu, et Alix.

## iii. Diabète gestationnel

La prise en charge de la patiente présentant un diabète gestationnel est essentiellement ambulatoire. Les hospitalisations conventionnelles en diabétologie ou gynécologie ne sont réalisées qu'en cas de grossesse compliquée, de diabète d'équilibre difficile ou d'éducation impossible en ambulatoire.

### 1. Mode d'entrée :

**Depuis la consultation d'une sage-femme, d'un gynécologue ou du médecin traitant** qui prescrit le test HGPO pendant la grossesse.

Si le diagnostic de diabète gestationnel est positif, un formulaire standardisé de demande de consultation rapide est faxé en endocrinologie au 04 74 09 23 56. Un rendez-vous est fixé par le service d'endocrinologie dans les 15 jours-3 semaines. La secrétaire d'endocrinologie envoie au préalable à la patiente une ordonnance pour le lecteur de glycémie capillaire, un carnet de glycémie, une feuille de conseils diététiques et les consignes pour la réalisation de 6 contrôles de glycémie capillaire par jour, les objectifs glycémiques spécifiques au diabète gestationnel. La patiente nous communique ses glycémies capillaires (fax ou mail) après une semaine de réalisation, dans l'attente du rendez-vous. Des consultations médicales d'urgence sont également possible en cas de nécessité (dans la semaine).

### 2. Prise en charge de la patiente avec diabète gestationnel à l'hôpital

**La première consultation** est réalisée par une IDE d'éducation thérapeutique formée pour le diabète gestationnel le plus souvent, ou par un endocrinologue dans les 15 jours-3 semaines suivant la demande. En cas de déséquilibre glycémique important, la consultation IDE est complétée par une consultation auprès du médecin endocrinologue qui peut prescrire une insulinothérapie et/ou une hospitalisation. 630 consultations d'IDE ETP ont été réalisées du 01/01/2016 au 30/11/16.

**Les consultations de suivi** sont réalisées par une IDE d'éducation thérapeutique le plus souvent ou par un endocrinologue, à rythme mensuel ou plurimensuel. La mise en place de l'insulinothérapie est réalisée en ambulatoire.

**Une hospitalisation de courte durée** est réalisée en cas de nécessité.

Un monitoring fœtal par une sage-femme à domicile est prescrit systématiquement à partir de la 32<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée ou plus précocement si nécessaire.

Un test d'hyperglycémie provoqué par voie orale est prescrit systématiquement 3 mois après l'accouchement et après arrêt de l'allaitement.

Les consultations d'IDE thérapeutique dans le cadre du diabète gestationnel sont en place depuis octobre 2015. Auparavant les patientes étaient suivies exclusivement par les médecins endocrinologues. La création de ces consultations IDE a permis de répondre à la forte demande de consultation dans des délais rapides.

## B. CENTRE HOSPITALIER DE TARARE

(Données du pôle médical de Janvier à Juin 2016)

L'hôpital de Tarare est pourvu d'un médecin endocrinologue, Dr Chantal SIMONET, qui assure des consultations de diabétologie, de plaie de pied diabétique, de diabète gestationnel, la prise en charge des patients hospitalisés en pôle médecine et en hôpital de jour, et des avis dans l'hôpital.

Les docteurs ADDALA, DJEDDOU, et BORDIER ainsi que les IDE Mme RONZON-GONDARD et Mme DUCHET réalisent des consultations de plaies de pied diabétique (DU plaies et cicatrisation, Université Lyon Claude Bernard).

Mme DUVAUCHELLE est IDE d'éducation thérapeutique, à 0.5 ETP. Elle intervient dans les services du pôle médical et de SSR sur appel téléphonique. Des ateliers sont réalisés tous les

2 mois, en partenariat avec l'association DIALOGS, comprenant une diététicienne, un podologue, et le Dr SIMONET, pour un groupe de 10 patients.

Les patients sont le plus souvent hospitalisés pour d'autres pathologies que le diabète sur l'hôpital de Tarare avec avis de diabétologue nécessaire pour diabète déséquilibré ou plaie de pied diabétique auprès du Dr Chantal Simonet. En 2016, 238 patients diabétiques toutes causes confondues ont été hospitalisés sur l'Hôpital de Tarare, dont 14 en raison de leur diabète (diagnostic principal).

La prise en charge des patients diabétiques à l'hôpital de Tarare est essentiellement ambulatoire (HDJ/consultation). Les patients sont adressés dans les 3 unités du pôle médical. Les avis auprès du diabétologue sont demandés par prescription informatique.

En 2016 (sur 6 mois), 51 patients diabétiques ont eu un hôpital de jour et 14 ont été pris en charge en hospitalisation conventionnelle. On compte 271 consultations de diabétologie dont 81 de plaie de pied diabétique et 62 de diabète gestationnel.

Mode d'entrée en hospitalisation conventionnelle : 40% des patients ont été adressés par leur médecin traitant (domicile), et 49 % sont adressés par les urgences de Tarare, 11% ont un mode d'entrée autre.

Mode de sortie : Le mode de sortie principal est le retour à domicile dans 80% des cas.

Au SSR de Tarare, les patients diabétiques sont hospitalisés pour d'autres pathologies que le diabète. Ils sont majoritairement adressés par les services de court séjour médical de l'hôpital (71.8%) ou externe (28.2%). Le mode de sortie est le plus souvent le retour à domicile (66.2%), un transfert dans un service de court séjour externe (18.9%) ou interne (10.8%), ou un transfert dans un SSR externe (2.7%). On observe 1.4% de décès (données de janvier à novembre 2016).

*Tableau 2: Données des patients diabétiques hospitalisés sur l'hôpital de Tarare, toutes causes confondues comparées aux patients hospitalisés en raison du diabète en hospitalisation conventionnelle, et en hôpital de jour, de Janvier à Juin 2016*

Indicateurs	Patients diabétiques sur l'ensemble des services de l'hôpital de Tarare	Patients avec diagnostic principal de diabète en hospitalisation conventionnelle	Patients diabétiques en hôpital de jour
Nb de séjours	284	x	x
Nb de patients	238	14	51
Âge moyen des patients	72,15	64% des patients ont moins de 65 ans	41% des patients ont moins de 65 ans
% hommes	56%	43%	61%

### C. CENTRE HOSPITALIER DE TREVOUX

(Données des courts séjours de Janvier à Juin 2016)

L'hôpital de Trévoux ne dispose pas de service de spécialité en endocrinologie. Cependant, le Dr Elise CHAUDESAYGUES est médecin généraliste référente en diabétologie, au service de court séjour médical et a l'obtention d'un DIU de diabétologie et maladies métaboliques.

Elle a pu mettre en place des protocoles de soins pour le patient diabétique au sein de l'Hôpital de Trévoux.

Mme SORDILLON est IDE (DU plaie et cicatrisation) responsable des soins des plaies de pied diabétique.

Les patients sont hospitalisés préférentiellement dans le service de court séjour médical et de court séjour gériatrique, et en Soins de Suites et Réadaptation.

En 2016 (sur 6 mois), 197 patients diabétiques ont été hospitalisés sur l'hôpital de Trévoux : le diabète n'est jamais le diagnostic principal d'hospitalisation. Les pathologies diabétiques rencontrées sont le déséquilibre de diabète (prédominant), les hypoglycémies, de rares cas de pieds diabétiques, un bilan somatique chez un patient diabétique avant hospitalisation en psychiatrie, et de rares cas de diabète gestationnel.

En cas de nécessité, des avis téléphoniques sont réalisés sur les lignes directes des endocrinologues de l'Hôpital de Villefranche-sur-Saône. En fonction, une consultation ou une hospitalisation peut être réalisée.

Mode d'entrée en hospitalisation : 70% des patients sont adressés par les services de spécialité des autres hôpitaux du GHT dont en grande majorité les urgences et services post-urgences de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, 21% des patients sont adressés par leur médecin traitant (domicile), 9% des patients sont adressés par des SSR.

Mode de sortie : Le mode de sortie principal est le retour à domicile dans 53% des cas. 27% des patients diabétiques sont transférés au SSR de l'hôpital de Trévoux, et 10.5% des patients sont transférés dans un autre service de court séjour médical du GHT.

Au SSR de Trévoux, les patients diabétiques sont adressés dans 3% des cas en raison de leur diabète. Ils sont majoritairement adressés par les services de court séjour médical de l'hôpital (67.5%) ou externe (30.7%). Dans 1.2% des cas, ils viennent de leur domicile, et dans 0.6% des cas d'un autre SSR. Le mode de sortie est le plus souvent le retour à domicile (56.7%), un transfert dans un service de court séjour interne (23.1%) ou externe (12.6%), un transfert dans un SSR externe (2.1%), dans un SLD interne (3.5%), en psychiatrie (0.7%), en HAD (0.7%). On observe 0.7% de décès (données de janvier à novembre 2016).

## **D. CENTRE HOSPITALIER DE BELLEVILLE**

(Données du court séjour médical de Janvier à Septembre 2016)

Le centre hospitalier de Belleville ne dispose pas de service de spécialité en endocrinologie. Le Dr Philippe Sayous est référent en diabétologie sur l'hôpital.

Motif d'hospitalisation : Les patients sont hospitalisés pour des pathologies autres que le diabète : seul 4 séjours ont un diagnostic principal « diabète » sur les 44 patients diabétiques hospitalisés en 2016.

Pathologie diabétique rencontrée: La pathologie diabétique rencontrée est le déséquilibre de diabète au décours d'une autre pathologie.

Mode d'entrée : La majorité des patients (54%) sont adressés par les unités d'urgences et de post-urgences de l'hôpital de Villefranche ou par les services de spécialités notamment par le service de médecine interne. 30% des patients sont adressés par le médecin traitant, 16% des patients sont adressés par le SSR.

Modalité de prise en charge du diabète : En cas de déséquilibre de diabète, les avis sont pris soit auprès des endocrinologues de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône (avis téléphonique

ou consultation ou demande d'hôpital de jour via le formulaire standardisé à faxer), soit auprès du Dr Cécile DUBEST, endocrinologue à la polyclinique du Beaujolais à Arnas.

Un protocole d'insulinothérapie interne, supervisé par le Dr SAYOUS, est mis en place sur l'hôpital de Belleville.

Mode de sortie : Dans 48 % des cas le patient est transféré en SSR ou en soins palliatifs, 20% des patients rentrent à domicile, 16% sont transférés en service de court séjour et 16 % des patients décèdent.

Suivi : consultation auprès d'un endocrinologue (cf. supra) ou du médecin traitant.

## E. CENTRE HOSPITALIER DE BEAUJEU

(Données chiffrées du court séjour médical de janvier à septembre 2016)

Le centre hospitalier de Beaujeu ne dispose pas de service de spécialité en endocrinologie.

Motif d'hospitalisation : Les patients sont hospitalisés pour des pathologies autres que le diabète : altération de l'état général, dénutrition, soins palliatifs, sevrage éthylique. Quelques patients sont hospitalisés en SSR à Beaujeu dans le cadre d'une plaie de pied diabétique. Seul un patient avait un diagnostic principal de diabète sur les 47 patients diabétiques hospitalisés en 2016. Il s'agit de sujets âgés : 83ans en moyenne.

Pathologie diabétique rencontrée : la plus fréquente est le déséquilibre de diabète.

Mode d'entrée : les patients sont adressés par les urgences et autres services de court séjour médical de Villefranche-sur-Saône dans 38% des cas, par le médecin traitant dans 47% des cas (domicile), et par transfert du SSR dans 15% des cas.

Modalité de prise en charge du diabète: le régime diabétique est peu prescrit car les patients sont âgés et souvent dénutris. Un protocole d'insulinothérapie est mis en place selon les patients. Le bilan des complications du diabète est réalisé (sauf le fond d'œil : adressé à Villefranche-sur-Saône ou à un ophtalmologue traitant).

En cas de difficulté d'équilibre glycémique, un avis téléphonique aux endocrinologues de Villefranche-sur-Saône est pris (lignes téléphoniques directes des médecins)

Mode de sortie : Le mode de sortie principal (38%) est le retour à domicile (EHPAD), 32% sont transférés en SSR, 11% sont transférés en service de court séjour et 19 % des patients décèdent.

Suivi : le suivi est assuré par le médecin traitant.

## F. CENTRE HOSPITALIER DE GRANDRIS

Le centre hospitalier de Grandris ne dispose pas de service de spécialité en endocrinologie.

Ce centre ne dispose pas de département d'information médicale.

Motif d'hospitalisation en service de médecine : Les patients sont hospitalisés pour des pathologies autres que le diabète : altération de l'état général, dénutrition, troubles cognitifs, affections cardiovasculaires, pathologies infectieuses, parfois plaies diabétiques et soins palliatifs.

Mode d'entrée : médecine de ville, services d'urgences de Tarare et de Villefranche-sur-Saône, Centre Léon Bérard (Lyon), Clinique de la Sauvegarde (Lyon).

Modalité de prise en charge du diabète: Les avis diabétologiques sont pris auprès du Dr Simonet à l'hôpital de Tarare : consultation, hôpital de jour, consultation de plaie de pied diabétique si nécessaire.

Suivi : suivi par le médecin traitant ou le Dr Simonet.

A L'EHPAD, en 2016, 30 résidents étaient diabétiques sur 130, avec un âge moyen de 84 ans. Parmi eux, 12 étaient sous insuline, 11 sous traitement oral, et 7 sous régime diabétique élargi. Des régimes diabétiques souvent élargis en fonction de l'âge et des co-morbidités sont mis en place, ainsi que des protocoles d'insulinothérapie, si nécessaire après avis auprès du Dr Simonet. Le bilan des complications liées au diabète est réalisé en ambulatoire sur d'autres centres privés ou publics.

### **G. CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-CYR-AU-MONT-D'OR**

Le centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or ne dispose pas de service de spécialité en endocrinologie.

49 patients diabétiques ont été hospitalisés depuis le 01/01/2015 (soit 5% des patients hospitalisés) avec un avis en diabétologie au Centre Hospitalier Lyon Sud (Hospices Civils de Lyon) pour un patient. En 2016, on compte 12 patients diabétiques hospitalisés.

Motif d'hospitalisation : les patients sont hospitalisés pour des pathologies psychiatriques.

Pathologie diabétique rencontrée: est le diabète déséquilibré.

Mode d'entrée : les patients viennent essentiellement du domicile (92%).

Prise en charge : En cas de diabète associé : le patient est adressé de préférence à son diabétologue traitant. En l'absence de suivi connu, un avis téléphonique est demandé au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône ou au CHLS.

Mode de sortie : en 2016, seuls 4 des 12 patients diabétiques hospitalisés sont sortis à ce jour : 2 en court séjour médical et 2 à domicile.

### **H. EHPAD DE VILLARS LES DOMBES**

Ce centre est un EHPAD. Il ne possède pas de département d'information médicale.

Motif d'hospitalisation : Les patients entrent en EHPAD pour des causes autres que le diabète : polyopathologies du sujet âgé, maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées dans 70% des cas. En 2016, l'EHPAD compte 16 résidents diabétiques dont 8 sont insulino dépendants.

Pathologie diabétique rencontrée : la plus fréquente est le déséquilibre de diabète.

Mode d'entrée : Les demandes d'admission des personnes âgées sont faites parce que le maintien à domicile n'est plus possible (mise en danger de la personne, isolement, épuisement de l'entourage, etc...) ; parfois elles proviennent directement des hôpitaux par le biais des assistantes sociales lorsque les patients sont hospitalisés.

Modalité de prise en charge du diabète : il n'y a pas de médecin référent en diabétologie sur l'établissement. Le médecin traitant du patient intervient sur demande de l'IDE. Un médecin coordonnateur est attendu pour 2017. Les avis diabétologiques sont pris à ce jour à l'hôpital de FLEYRIAT (hors GHT) par proximité géographique avec possibilité de consultation voire d'hospitalisation si nécessaire. Chaque protocole de soin est établi par le médecin traitant du patient, il n'y a pas de protocole standardisé au sein de l'EHPAD.

Suivi : le suivi est assuré par le médecin traitant de chaque patient.

*Tableau 3 : Données des patients diabétiques hospitalisés, toutes causes confondues, en court séjour médical sur les sites de Villefranche-sur-Saône, Tarare, Trévoux de Janvier à Juin 2016, et Belleville, Beaujeu, Saint Cyr au Mont d'Or de Janvier à Septembre 2016.*

Indicateurs	Villefranche-sur-Saône	Tarare	Trévoux	Belleville	Beaujeu	Saint-Cyr au Mont d'or
Nb de séjours	1434	284	266	x	x	16
Nb de patients	6,83	238	197	44	47	12
Age moyen des patients	67,73	72,15	82,06	82,7	83,1	52
% hommes	53%	56%	44%	37,5%	38,6%	57%

*Tableau 4 : Mode d'entrée des patients diabétiques hospitalisés, toutes causes confondues, en court séjour médical sur les sites de Villefranche-sur-Saône, Tarare, Trévoux de Janvier à Juin 2016, et Belleville, Beaujeu, Saint Cyr au Mont d'Or de Janvier à Septembre 2016.*

Mode d'entrée	Villefranche-sur-Saône	Tarare	Trévoux	Belleville	Beaujeu	Saint-Cyr au Mont d'Or
Urgences	752	139	16	x	x	x
Domicile	633	124	56	13	22	11
SSR / SLD	10	5	24	7	7	x
Services de court séjour médical	37	16	171	24 (dont urgences)	18 (dont urgences)	1
Total nb de séjours	1434	284	266	44	47	16

*Tableau 5 : Mode de sortie des patients diabétiques hospitalisés, toutes causes confondues, en court séjour médical sur les sites de Villefranche-sur-Saône, Tarare, Trévoux de Janvier à Juin 2016, et Belleville, Beaujeu, Saint Cyr au Mont d'Or de Janvier à Septembre 2016.*

Mode de sortie	Villefranche-sur-Saône	Tarare	Trévoux	Belleville	Beaujeu	Saint-Cyr au Mont d'Or
Domicile	1081	226	141	9	18	2
SSR interne à l'hôpital	39	19	74	21	15	
SSR extérieur à l'hôpital initial	117	5	6	0	0	
Autres services de court séjour médical	157	30	28	7	5	2
HAD	1	0	0	0	0	
Psychiatrie	7	0	0	0	0	
Décès	30	4	17	7	9	
Total nb de séjours	1434	284	266	44	47	16

**Tableau 6 : Données des patients diabétiques hospitalisés, toutes causes confondues, en SSR sur les sites de Villefranche-sur-Saône, Tarare, Trévoux de Janvier à Novembre.**

Indicateurs	Villefranche-sur-Saône	Tarare	Trévoux
Nombre de séjours	99	85	164
Nombre de patients	76	71	122
Age moyen des patients	81,99	77,29	81,12

**Tableau 7 : Mode d'entrée des patients diabétiques hospitalisés, toutes causes confondues, en SSR sur les sites de Villefranche-sur-Saône, Tarare, Trévoux de Janvier à Novembre 2016.**

Mode d'entrée	Villefranche-sur-Saône	Tarare	Trévoux
Court séjour médical interne	85	61	110
Court séjour médical externe		24	50
SSR			1
SLD	7		
Domicile	7		2
Total nb de séjours	99	85	164

**Tableau 8 : Mode de sortie des patients diabétiques hospitalisés, toutes causes confondues, en SSR sur les sites de Villefranche-sur-Saône, Tarare, Trévoux de Janvier à Novembre 2016.**

Mode de sortie	Villefranche-sur-Saône	Tarare	Trévoux
Court séjour médical interne	11	8	33
Court séjour médical externe	4	14	18
SSR	10	2	3
SLD interne	6		5
SLD externe	1		
psychiatrie			1
HAD			1
Domicile	51	49	81
Décès	3	1	1
Total nb de séjours	99	85	164

### 3. Les améliorations possibles

#### A. LES PROJETS RECEMMENT REALISES ET EN COURS

-L'année 2016-2017 est marquée par la mise en place de **consultations avancées**, dans le cadre du projet GHT, qui seront réalisées par les médecins endocrinologues de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône dans les centres hospitaliers de Belleville, Tarare et Trévoux.

Une demi-journée de consultation est prévue dans chaque centre, avec un médecin référent par centre.

Le Dr DECKER-BELLATON réalise les consultations au centre hospitalier de Trévoux depuis le 17 Octobre 2016.

Le Dr DULAC réalise des consultations de diabète gestationnel (en raison de la forte demande) au centre hospitalier de Tarare depuis le 4 Novembre 2016.

Le Dr LANGRAND réalisera des consultations au centre hospitalier de Belleville à partir du 5 Janvier 2017.

-Des **ateliers d'éducation thérapeutique** ont débuté au Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône depuis 2016: ateliers diabète type 1 et 2, ateliers diabète gestationnel, ateliers d'insulinothérapie fonctionnelle.

-Afin de mieux répondre à la forte demande au sein du GHT pour les consultations de plaies de pied diabétique, **des consultations de soins infirmiers** en plus des consultations conjointes diabétologue/infectiologue/IDE ont été mises en place en 2015.

De même, **des consultations infirmières d'éducation thérapeutique** pour le diabète gestationnel ont été mises en place en 2015, en plus des consultations médicales.

-Depuis septembre 2015, un numéro de téléphone, de fax et de mail unique a été instauré ainsi qu'un formulaire standardisé mis à la disposition des médecins traitant et des centres hospitaliers du GHT pour les demandes d'hospitalisation en diabétologie sur l'Hôpital de Villefranche-sur-Saône, afin de fluidifier les prises en charge.

#### B. LES PROJETS A VENIR

Ce groupe de travail a permis de créer des liens concrets entre les hôpitaux du GHT et de présenter les différents acteurs du parcours du soin du patient diabétique. Il faut noter que le service d'endocrinologie de Villefranche-sur-Saône a connu une augmentation de l'effectif médical depuis 2015, actuellement à 3.2 ETP. Ces réunions ont donc été l'occasion de présenter les différents médecins référents en diabétologie et les moyens efficaces pour les contacter.

Ce groupe de travail a défini des objectifs à l'issue des réunions :

- Uniformiser les protocoles de soin du patient diabétique, notamment les protocoles d'insulinothérapie, au sein des services.
- Redistribuer la demande type d'hospitalisation conventionnelle et de jour, et établir un formulaire type unique au sein du GHT à terme.
- Intensifier le développement de l'éducation thérapeutique notamment au sein de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône et de l'hôpital de Tarare, et partager nos pratiques.

On propose comme indicateur de suivi :

- Le taux de fuite des patients hors GHT à comparer aux données antérieures
- Nombre d'ateliers d'éducation thérapeutique réalisés.

## ANNEXES

### Demande de Consultation « Diabète Gestationnel »

A faxer au 04.74.09.23.56

Date : .....

NOM de la Patiente : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Gynécologue ou Sage- Femme référent : .....

Terme prévu : .....

G : ..... P : .....

Eventuel(s) problème(s) rencontré(s) depuis le début de la grossesse :  
.....

Surveillance échographique : (entourer)

Normale    Hydramnios    Macrosomie    Autre : .....

#### Dépistage du Diabète Gestationnel :

- Date du dépistage : .....

- Test de Dépistage réalisé : (entourer le test)

Glycémie à jeun                      HGPO 75g

- Résultats du test:

Glycémie à jeun : .....g/l                      A 1 heure : .....g/l                      A 2 heures : .....g/l



## Annexe 2.

### PARCOURS DE SOINS EN CANCEROLOGIE

Les parcours de soins sont multiples et complexes :

#### **1. Cancers les plus fréquemment rencontrés :**

Cancers du poumon

Cancers du sein, cancers de l'ovaire, cancers de l'utérus

Cancers du colon, cancers du pancréas

Cancers en ORL et en STOMATOLOGIE

Cancers et atteintes hématologiques

Cancers de prostate

Glioblastomes

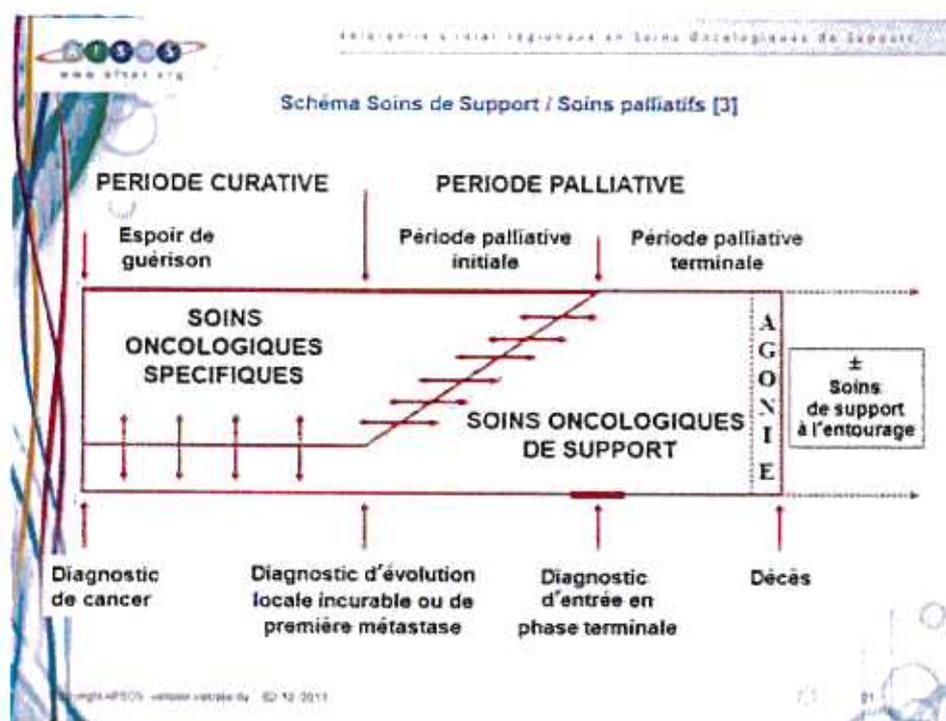
Le projet d'établissement de l'hôpital Nord-Ouest (HNO) rappelle que :

- « L'activité de cancérologie depuis qu'elle s'est organisée à l'HNO tient une part importante de son activité : 25 % des séjours de l'HNO (hors pédiatrie et obstétrique), 26 % à Villefranche, 19 % à Tarare et 31 % à Trévoux
- Les habitants du Territoire Nord du Rhône peuvent être pris en charge en proximité pour la grande majorité des cancers. Seuls certains cancers ne sont pas pris en charge à l'HNOV, mais pour lesquels tous les recours sont organisés en relation avec les établissements de référence
- La croissance de l'activité de cancérologie à l'HNO ces dernières années est remarquable, prouvant qu'il s'est constitué une offre attendue sur le territoire
- Quelques chiffres suffiront à illustrer cela : entre 2009 et 2012, le nombre de préparations injectables pour l'établissement a augmenté de 65 % pour atteindre plus 5 600 ; il y a eu deux fois plus de dossiers présentés en RCP en 2012 qu'en 2009 et sur le millier de dossiers RCP présentés, 15 % le sont en lien avec les établissements de recours ; plus de 8 400 séances de radiothérapie sur le site de Villefranche en 2013, pour 405 patients

- Malgré cette progression, il y a encore un potentiel d'amélioration. Sur les 1 362 séjours chirurgicaux en cancérologie des habitants de la zone naturelle du HNO, 62 % sont pris en charge sur le pôle de Villefranche (contre 49 % pour toute la chirurgie d'hospitalisation complète). Presque 20 % de ces séjours s'adressent à l'HNO et les marges de progression pour la filière publique locale sont importantes.
- Pour ce qui concerne les chimiothérapies, le taux de couverture atteint la moitié des 5 680 séances des habitants de la zone naturelle en 2012, plus du tiers (36 %) est réalisé à l'HNOV.
- L'enjeu de l'organisation de la filière en cancérologie est de permettre aux habitants du territoire d'être pris en charge de façon continue en proximité, et en relation étroite avec les médecins traitants et avec les établissements de recours, lorsque cela est nécessaire. »

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire, nous permet de coordonner de manière plus efficace la prise en charge des malades cancéreux sur le territoire de santé.

## 2. Prise en charge adaptée au stade de la maladie :



### Les soins de supports :

On peut définir les soins de supports de la manière suivante : c'est l'ensemble des soins et des soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a. Les soins de support visent donc la meilleure qualité de vie possible aux patients tout au long de la maladie.

Les soins de support répondent à des besoins qui concernent principalement la prise en compte de :

- la douleur,
- la fatigue,
- les problèmes nutritionnels,
- les troubles digestifs,
- les troubles respiratoires et génito-urinaires,
- les troubles moteurs et les handicaps,
- les problèmes odontologiques,
- les difficultés sociales,
- la souffrance psychique,
- les perturbations de l'image corporelle
- l'accompagnement de fin de vie
- le soutien des proches pendant la maladie et le suivi de deuil
- .....

Le patient doit pouvoir recourir à des soins de support quel que soit les lieux où il est pris en charge.

### **3. Structures du GHT :**

#### Hôpital Nord-Ouest Villefranche:

- Services de spécialités pourvoyeuses de cancérologie :
  - Pneumologie
  - Gastro entérologie
  - Rhumatologie (hématologie, cancer du sein, cancer ORL)
  - Neurologie
- Services de Médecine Gériatrique et Médecine Interne
- Services de chirurgie :
  - Chirurgie viscérale et urologique
  - Chirurgie gynécologique (N° SOS sein pour la prise en charge des pathologies mammaires malignes ou bénignes).
  - Chirurgie orthopédique
- Service des Urgences et Unité Post Urgences
- Service de soins continus et de Réanimation

- Service d'oncologie ambulatoire
- SSR polyvalent et SSR gériatrique
- Soins de support, EMASP et coordination 3C

#### Hôpital Nord-Ouest Trévoux :

- Unité de soins palliatifs : 10 lits
- SSR oncologique, Court Séjour Oncologique
- SSR polyvalent
- Court Séjour Gériatrique et Court Séjour Médical
- USLD, EHPAD
- Consultations de cardiologie, d'endocrinologie, de pneumologie, de gériatrie, de Soins de support
- Echographies cardiaque, doppler et abdomino-pelvienne, radiographie standard.

#### Hôpital Nord-Ouest Tarare :

- SSR polyvalent avec 3 Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP)
- Service des Urgences et Unité Post Urgences
- Services de Médecine
- EHPAD
- EMASP
- Consultations avancées dans la plupart des spécialités
- Scanner, service de radiologie et échographie

#### Hôpital de Grandris :

- Service de Médecine avec 5 LISP
- EHPAD

#### Hôpital de Belleville :

- Service de Médecine avec 4 LISP
- SSR
- EHPAD

#### Hôpital de Beaujeu:

- Service de Médecine avec 4 LISP

- SSR
- EHPAD

La coordination en soins oncologiques de support (CSOS) (en cours de développement)

Création d'une Equipe Médicale de Territoire dont l'objectif est d'optimiser au mieux la PEC en Soins Oncologiques de Support des patients du Territoire de Santé atteints de cancer.

Offre de soins de support graduée en fonction des besoins du patient, de son origine géographique : anticiper l'apparition de symptômes réfractaires ou de complications par un suivi ambulatoire si possible et limiter au maximum le passage par les Urgences.

#### **4. Structures associées au GHT :**

Hospices Civils de Lyon :

- CHU de référence
- PEC conjointes selon type de cancer (Chirurgie Thoracique, Neurologie, Neurochirurgie, Dermatologie, Hématologie, ...)

Centre Léon Bérard :

- Participation aux RCP
- Intervention d'un oncologue sur le site de Villefranche
- Avis spécialisés
- Prises en charges spécifiques et essais thérapeutiques

GCS de Radiothérapie avancé sur le site de Villefranche avec un appareil conventionnel et un appareil de tomothérapie.

Hôpital de l'Arbresle :

- Service de médecine
- SSR Polyvalent
- EHPAD ET USLD

Centre Médical de Bayère :

- SSR pour les patients cancéreux porteurs d'une insuffisance respiratoire

#### Centre Médical du Val Rosay :

- SSR Polyvalent avec orientation oncologique ORL et Maxillo-faciale en pré et post opératoire et intercures radio ou de chimiothérapie, LISP

#### HAD :

- Soins et Santé
- HAD du CLB
- HAD 42
- HAD BOURG en BRESSE

#### Coordination avec les professionnels du domicile :

- Médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, assistantes sociales...
- Prestataires de services
- Structures médico-sociales (EHPAD, handicap)

### 5. Parcours de soins :

#### a. Parcours de soins initiaux :

**Consultation Médecin Traitant ou via les urgences**

- **Demande d'examens complémentaires**
- **Avis spécialisé, biopsies : DIAGNOSTIC**

**Après 70 Ans : évaluation par le test G8 et si besoin Consultation d'oncogériatrie**

- **RCP réalisé pour la plus grande partie des spécialités au CHNOV et Projet Personnalisé de Soins**

**Dispositif d'annonce :** destiné à la prise en charge de tous nouveaux patients, mais aussi de personnes devant bénéficier d'une nouvelle phase thérapeutique. Il fait intervenir le médecin spécialiste qui va prendre en charge le patient et l'infirmière référente en oncologie. L'objectif est une explication claire et adaptée de la maladie et de la prise en charge proposée. Le dispositif d'annonce a également pour but d'évaluer la situation de la

personne malade et de mettre en place une prise en charge adaptée avec l'aide de la coordination des soins de support.

**Prise en charge globale :** Le traitement du cancer nécessite une prise en charge globale, à la fois sur le plan médical, sur le plan des soins de support (en particulier douleur, psychologique et social).

**b. Parcours de soins en phase curative et palliative initiale :**

→ **TRAITEMENTS spécifiques du cancer :** chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées, l'immunothérapie, ...

Chirurgie sur place ou recours aux centres de référence en fonction de l'organe cible. Recours aux SSR en pré et post-opératoire...

Chimiothérapie :

- Première cure en service d'hospitalisation puis prise en charge en oncologie ambulatoire
- Inter cures au domicile (simple ou en HAD), en SSR, voire en USP si symptomatologie bruyante

→ **Accompagnement associé :** 3C, Soins de Support (infirmières référentes en oncologie, consultations douleur du cancer et soins de support, (EMASP) équipe mobile de soins palliatifs)

**c. Parcours de soins en phase palliative terminale :**

A ce stade la qualité de vie est particulièrement privilégiée, les prises en charges actives (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) peuvent être envisagées si elles ont pour but d'améliorer le confort du patient.

A ce stade, les hospitalisations en SSR, en USP ou le recours à l'HAD sont plus fréquentes du fait de l'altération de l'état général du patient, de l'importance des symptômes d'inconfort et parfois de l'épuisement de la famille.

→ **PEC palliative terminale dans les suites d'une évolution péjorative de la maladie malgré des traitements spécifiques entrepris :**

- Prise de contact avec les Soins de Support au cours de la PEC spécifique le plus précoce possible (amélioration qualité de vie ET survie)
- Suivi ambulatoire régulier par les Soins de Support
- Anticiper l'apparition de symptômes d'inconfort, l'aggravation de la maladie

- Eviter les hospitalisations via les urgences
- Possibilité de séjours précoces en USP pour « prise de contact »

→ **PEC palliative terminale d'emblée :**

- Prise de contact avec les Soins de Support et les Soins Palliatifs
- Suivi ambulatoire si possible régulier par les Soins de Support
- Anticiper l'apparition de symptômes d'inconfort, l'aggravation de la maladie
- Eviter les hospitalisations via les urgences
- Hospitalisation en USP ou sur LISP

**d. Parcours de soins et gériatrie :**

Un médecin gériatre compétent en onco-gériatrie intervient sur le site de Villefranche, un autre médecin assure sur le site une vacation (partenariat avec le CLB) :

- Cs externes ½ journée par semaine

Avis dans les services à la demande (Actuellement, une dizaine d'avis par semaine)

- Réalisation de bilans onco-gériatriques au cours séjour gériatrique (CSG) en hospitalisations programmées.
- Surveillance au CSG sur une hospitalisation de quelques jours après la première cure de CT ou après la chirurgie ;
- Suivi des patients

Il est nécessaire de s'adapter à la spécificité de la personne âgée dans la PEC du cancer, avec en particulier des besoins plus fréquents de SSR en phase curative et palliative ; Une filière médico-sociale est également nécessaire pour des prises en charge en EHPAD ou en ULSD.

**e. Difficultés des parcours de soins :**

En Cancérologie, la prise en charge chirurgicale, les chimiothérapies ont lieu sur le site de l'HNOV en dehors des situations relevant des HCL ou du CLB. La plupart des examens complémentaires ont lieu également sur le site de l'HNOV. Une partie des examens complémentaires et en particuliers des scanners ont lieu sur l'HNO Tarare. Les Pet- scanners et les scintigraphies osseuses sont réalisés au CLB dans le cadre d'une convention.

Il est fondamental pour faire face à l'augmentation de l'activité en cancérologie de favoriser la fluidité du parcours de soins en particulier entre le HNOV et les autres hôpitaux de la GHT et également avec le domicile.

- L'hôpital Nord-Ouest Villefranche sur saône :

→ OBJECTIFS :

LIBERER le plateau technique,

Reprendre rapidement un patient si difficultés à domicile ou en SSR,

Ne pas faire passer les patients par les Urgences mais privilégier les entrées directes,

Eviter les retours prématurés en hospitalisation

→ LES FREINS :

Oncologie ambulatoire :

Nombre de fauteuils insuffisant pour prendre en charge les malades, absence de fauteuil pour reprendre en urgences des patients.

Les Services d'Hospitalisation :

Dysfonctionnement de l'informatique

Délai pour la réalisation de l'imagerie

Délai pour la réalisation des pet-scanners et des scintigraphies osseuses

Temps de Médecin Oncologue insuffisant (40% ETP)

Equipes médicales en sous effectif en gastro-entérologie et en rhumatologie

Difficultés de recruter des médecins généralistes pour les services de chirurgie.

Délai pour la prise en charge en SSR et le retour à domicile

Délai d'intégration des malades gériatriques dans la filière après diagnostic en CSG

Difficultés du suivi en onco-gériatrie.

Difficultés pour intégrer dans la filaire cancérologique au stade palliatif initiale et terminale les cancers gynécologiques diagnostiqués en service de gynécologie

Les soins de support :

Il existe un déficit en moyens en particulier concernant

La diététique, la kinésithérapie, le service social

La prise en charge de la douleur

La prise en charge palliative

D'une manière générale, on note fréquemment une préparation insuffisante de la sortie des malades hospitalisés.

- Les Hôpitaux du GHT :

- ➔ **OBJECTIF SSR :** Durée de 3 semaines / 1 mois...,  
Anticiper l'entrée en Institution,  
Fluidifier le retour en MCO si aggravation,  
Organisation du RAD dès l'hospitalisation en MCO.

- ➔ **LES FREINS :**

Il faut distinguer :

Les établissements faisant partie de la CHT (HNO Trévoux, HNO Tarare, Hôpital d'Alix qui dépend de l'HNOV). Ces établissements ont développé entre eux depuis de nombreuses années une coopération forte. L'hôpital de Tarare bénéficie d'un plateau technique important (scanner, échographies), d'un service d'urgence, d'un SMUR et de consultations dans la plupart des spécialités. L'hôpital de Trévoux bénéficie également des consultations spécialisées et d'un plateau technique. L'hôpital de Trévoux bénéficie d'un dossier informatique commun avec l'hôpital de Villefranche.

**On note les remarques suivantes :**

- Mauvaise orientation de certains patients
- Patients parfois adressés à un stade extrêmement tardif de leur maladie en USP avec décès rapide
- Eloignement du plateau technique pour l'hôpital de Trévoux et d'Alix et délai pour la réalisation des examens
  
- Les autres établissements publics du GHT, les hôpitaux de Beaujeu, Belleville et Grandris sont tous les trois situés dans le Nord du département, ils ne possèdent ni plateau technique, ni consultations spécialisés. Ils reçoivent surtout des personnes âgées mais peuvent être amenés, en particulier au stade palliatif terminal à accueillir des personnes plus jeunes posant des problèmes complexes de prise en charge. Le personnel médical est moins important, d'où la difficulté de prendre des décisions collégiales.

**On note les remarques suivantes :**

- Contact téléphonique avec les spécialistes parfois difficile.
- Lettres de sortie incomplètes parfois tardives.
- Impossibilité d'un retour en urgence des malades sur le HNOV sans passage par les urgences car les lits sont saturés.
- Nécessité de ré hospitalisations programmées à l'HNOV dans des prises en charges palliatives complexes et prolongées (douleurs persistantes, pathologies hématologiques, glioblastomes....)

- Retour à domicile après hospitalisation en SSR souvent difficiles.
- Le Retour à domicile
  - ➔ **OBJECTIF :** Favoriser le plus possible le retour à domicile  
Rassurer les patients et leur famille sur la PEC à domicile,  
Rassurer les soignants du domicile sur la réactivité de l'hôpital,  
TRAVAIL en EQUIPE.

Lien parfois complexe avec les acteurs du domicile, les HAD, les structures médico-sociales (personnes âgés et handicap)

- Accès aux soins de support sur l'ensemble du territoire encore très inégal.

#### f. les pistes d'amélioration :

- ➔ Evaluation des contraintes liées à l'informatique, du temps médical perdu et des améliorations possibles.
- ➔ Mise en place d'un dossier médical commun au niveau du GHT (déjà effectif entre Trévoux et Villefranche : gain de temps et moins de perte d'informations)
- ➔ Anticiper le devenir de la personne hospitalisée, en particulier à l'HNOV avec réunion pluridisciplinaire et intervention précoce de l'Assistante sociale ; favoriser dans la mesure du possible le retour à domicile avec les aides et la surveillance nécessaire car les places en SSR restent limitées
- ➔ Transfert des malades dans les services de court séjour de la GHT et non uniquement en SSR en étant attentif à la continuité des soins.
- ➔ Mise en place d'une consultation de la douleur chronique prévue en 2017
- ➔ Création d'une consultation de rééducation fonctionnelle pour la cancérologie et Utilisation de la rééducation et de la réadaptation à tous les stades de la maladie : Accompagnement précoce, rééducation spécifique en phase curative, en phase post chirurgical (pathologie ORL...), réhabilitation respiratoire, à l'effort, Activité Physique Adaptée (APA) dans le cancer du sein. Utilisation des lits d'hôpital de jour prévus à Tarare et à Trévoux. Les SSR et la rééducation ont un rôle à jouer en cancérologie bien en amont de la phase palliative exclusive, dès le début de la maladie. Ils participent à une meilleure tolérance des traitements curatifs ainsi qu'à une amélioration de la qualité de vie pendant la maladie mais aussi après la maladie pour les patients survivants.

- Coordination de la prise en charge de la cancérologie au niveau du territoire de santé et du GHT portant sur la prise en charge cancérologique spécifique (Médicale, Chirurgicale, Radiothérapie) et également sur les soins de support (douleur physique, souffrance psychologique, problèmes sociaux...). La coordination vient en complément et non en remplacement de ce qui fonctionne déjà, elle propose :
  - Un numéro de téléphone unique,
  - Une équipe mobile de territoire (intervention à domicile, dans les EHPAD, aux niveaux des hôpitaux de Beaujeu, Belleville, Grandris et l'Arbresle pour des problèmes médicaux, psychologiques, sociaux spécifiques, pour soutenir les équipes et pour une prise en charge collégiale...)
  - Possibilité de consultations et d'hospitalisations de jour dans un délai court
  - Mise en place de protocoles communs de prise en charge (dans le cadre des recommandations de l'AFSOS) au niveau de la GHT
  - Réflexions pluridisciplinaires autour des prises en charges complexes.
  
- Mise en place d'une filière des urgences en Oncologie avec lits d'hôpital de jour à l'HNOV et coopération avec l'UPU.
- Développement de l'onco-gériatrie :
  - Ouverture de l'Hôpital de jour gériatrique de 5 lits prévu fin 2017 sur l'HNOV pouvant accueillir des malades cancéreux
  - Intervention d'un onco-gériatre à l'hôpital de Trévoux et de Tarare
  - Réflexions sur la prise en charge en EHPAD et en USLD et intervention de l'équipe mobile de territoire.
- Réflexion avec l'HAD sur la prise en charge à domicile.

#### Les Indicateurs :

En cours de discussion avec Etienne Buisset.

- Durée moyenne de séjour des patients DP cancer
- Suivi délai de réponse Trajectoire
- Nombre de ré hospitalisations directe en MCO sur l'HNOV
- Nombre de passages aux urgences de patients atteints de cancer
- Nombre de consultations avancées
- Nombre de consultations soins de support (Tarare, Trévoux, Villefranche)
- Délai imagerie
- Délai geste type endoscopie

ANNEXE 3.

# BPCO

---

## Mieux organiser les prises en charge

RAISIN DADRE Laurent

29/11/2016

*Projet médical partagé autour de la BPCO, répondant aux besoins de la population,  
garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours*

## SOMMAIRE

---

I.	Présentation du contexte .....	2
II.	Données épidémiologiques .....	2
A.	DANS LE MONDE .....	2
B.	En France .....	2
1.	Prévalence .....	2
2.	Mortalité .....	3
3.	Exacerbations .....	3
4.	morbidity et Cout de la maladie.....	4
III.	Recommandations pour la prise en charge de la BPCO issues de l'HAS et de la splf.....	5
IV.	PARCOURS DE SOINS AU SEIN DE LA GHT .....	6
A.	GROUPE DE TRAVAIL .....	6
B.	PARCOURS DE SOINS –VISION TEMPORELLE .....	7
1.	PREVENTION PRIMAIRE .....	7
2.	REPERAGE ET DIAGNOSTIC.....	9
3.	Traitement de fond de la maladie .....	10
4.	ARRET DU TABAC.....	12
5.	Éducation thérapeutique du patient (ETP).....	12
6.	REHABILITATION RESPIRATOIRE.....	13
7.	GESTION DES SITUATIONS DE CRISE - EXACERBATIONS .....	14
8.	transition ville hopital .....	21
9.	SOINS DE SUPPORT, SOINS PALLIATIFS .....	22
C.	PROJETS EN COURS .....	23
V.	BIBLIOGRAPHIE.....	24
A.	Articles de référence .....	24
B.	Documents HAS (disponibles en ligne sur <a href="http://www.has-sante.fr">http://www.has-sante.fr</a> ) .....	24
C.	Dossiers en ligne .....	25
D.	Les sites autour de la BPCO destinés aux patients.....	26

## I. PRESENTATION DU CONTEXTE

---

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique. Le symptôme majeur reste la dyspnée qui induit une réduction de l'activité physique quotidienne. Elle est attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas. Les autres facteurs de risque comprennent les expositions professionnelles (minéraux, chimiques, organiques), la pollution atmosphérique, l'exposition passive à la fumée de cigarette et des facteurs génétiques. Le cannabis peut également être considéré comme un facteur de risque. La BPCO est la principale cause d'insuffisance respiratoire chronique. La BPCO n'est pas curable, mais sa prise en charge peut ralentir l'évolution de la maladie.

## II. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

---

### A. DANS LE MONDE

---

C'est une maladie de fréquence élevée et en augmentation selon les perspectives épidémiologiques. Cette maladie touche désormais presque autant de femmes que d'hommes, en partie du fait de l'augmentation du tabagisme chez les femmes dans les pays à revenu élevé. Plus de 3 millions de personnes sont décédées d'une BPCO en 2012, ce qui correspond à 6% de l'ensemble des décès survenus dans le monde cette année-là. Plus de 90% des décès par BPCO se produisent dans des pays à revenu faible et intermédiaire. L'OMS prévoit que la BPCO deviendra la troisième cause de décès dans le monde en 2030.

### B. EN FRANCE

---

#### 1. PREVALENCE

---

En France, la BPCO touche 5 à 10 % des adultes de plus de 45 ans (C. Fuhrman). C'est une maladie méconnue et banalisée par le grand public et le monde médical. En France, 2/3 des BPCO ne sont pas diagnostiquées ou le sont à un stade de handicap respiratoire. Avant le diagnostic, seuls 20% des patients avaient entendu parler de BPCO. La prévalence de la BPCO

est difficile à estimer du fait du sous-diagnostic mais aussi de la complexité à réaliser des épreuves fonctionnelles respiratoires dans le cadre d'études épidémiologiques.

---

## 2. MORTALITE

---

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est globalement sous-déclarée sur les certificats de décès. En effet, il s'agit d'une maladie sous-diagnostiquée, y compris aux stades sévères. Quand elle est diagnostiquée, elle peut ne pas être rapportée sur le certificat de décès s'il existe d'autres causes concurrentes de décès. Au cours de la période 2000-2012, 16 500 décès par an en moyenne comportaient une notion de BPCO, la moitié de ces décès mentionnaient la BPCO en cause initiale (*données du site Inserm*). En 2012, les taux bruts de mortalité par BPCO (cause initiale) étaient de 43/100 000 chez les hommes et 22/100 000 chez les femmes. Depuis 2000, les taux de mortalité par BPCO sont en diminution chez les hommes et stables chez les femmes.

---

## 3. EXACERBATIONS

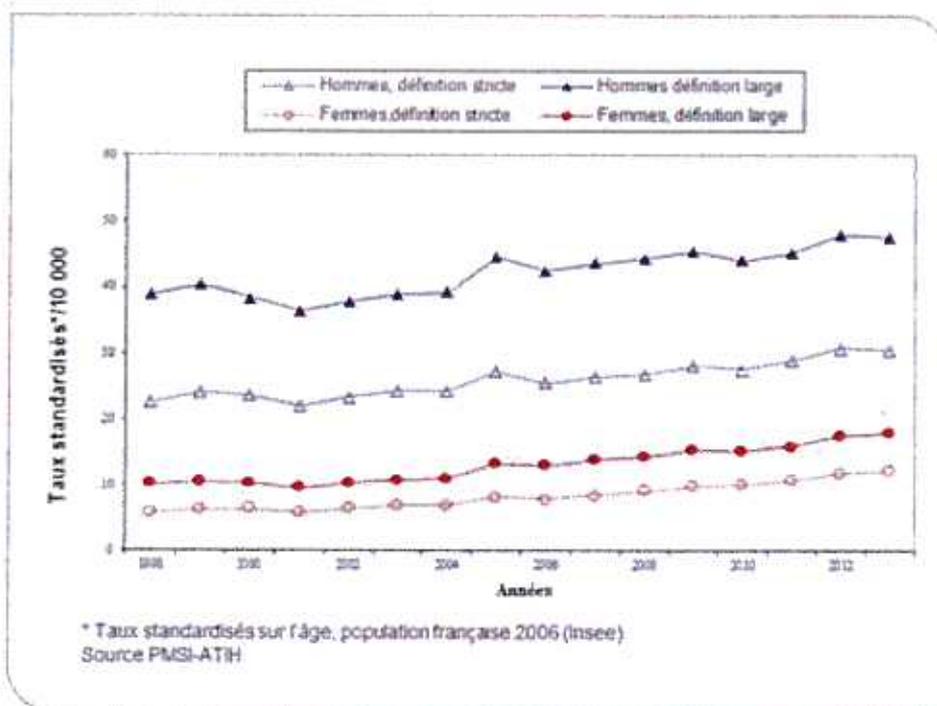
---

L'exacerbation est définie comme une majoration des symptômes respiratoires, débutant de façon aiguë, durant plus de 48 heures ou justifiant une modification thérapeutique. Une exacerbation sévère avec insuffisance respiratoire aiguë est une urgence médicale.

Les exacerbations de BPCO ont un impact péjoratif sur l'évolution de la maladie. Les plus sévères nécessitent une hospitalisation. En France, selon les données PSMI (source site INVS), l'évolution entre 1998 et 2013 a été marquée par une augmentation des taux standardisés d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO chez les hommes comme chez les femmes. En 2014, le nombre annuel d'hospitalisations liées à une exacerbation de BPCO se situait entre 100 000 et 150 000 par an selon l'indicateur utilisé.

La quasi-totalité (95%) des patients consultant aux urgences pour exacerbation de BPCO sont hospitalisés (12% en soins intensifs). Près de la moitié (43%) des patients hospitalisés pour une exacerbation vont être ré-hospitalisés dans les 6 mois (pour la BPCO ou une autre pathologie). *M. Patout. Revue des Maladies respiratoires 2014; 31:693-699*

Hospitalisations pour exacerbation de BPCO, 1998-2013. France métropolitaine, adultes âgés de 25 ans ou plus, taux standardisés



#### 4. MORBIDITE ET COUT DE LA MALADIE

La BPCO représente un coût très important pour la société : le plan BPCO 2005-2010 du ministère de la santé l'estimait à 3,5 milliards d'euros par an soit 3,5 % de l'ensemble des dépenses de santé. Ainsi le coût moyen par patient pris en charge est de l'autre ordre de 4000 € par an (sans parler des coûts indirects : arrêt de travail...).

Les postes de dépenses sont dans l'ordre l'hospitalisation (cf exacerbations), puis les médicaments, puis l'assistance respiratoire (oxygénothérapie, ventilation non invasive). En effet, dans ses formes les plus sévères, la BPCO conduit à l'insuffisance respiratoire chronique nécessitant l'administration d'oxygénothérapie de longue durée au moins 15 heures sur 24. Le handicap est alors majeur ; plus de 120 000 personnes sont concernées en France.

### III. RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA BPCO ISSUES DE L'HAS ET DE LA SPLF

---

Face à ces constats, l'amélioration de la prise en charge de la BPCO constitue un des objectifs prioritaires dans la politique de santé publique. Le programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005 – 2010 du ministère de la santé était une première étape. L'HAS a depuis publié nombre de recommandations dans la prise en charge de cette pathologie. Ces recommandations concernent en premier lieu le dépistage, le sevrage du tabac, la prévention des exacerbations, la réhabilitation respiratoire, le parcours de soins. On dispose également de recommandations thérapeutiques issues de la SPLF et reprises par l'HAS. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

On trouvera par convention dans les encadrés violets, les projets en cours qui seront repris de façon synthétique à la fin du document dans le paragraphe projet

#### IV. PARCOURS DE SOINS AU SEIN DE LA GHT

---

##### A. GROUPE DE TRAVAIL

---

Dans le tableau ci-dessous apparaissent les personnes qui ont participé à la réflexion autour de ce document.

#### **PARCOURS DE SOINS des patients BPCO – GROUPES DE TRAVAIL**

**CH Villefranche sur Saône:** Julien Illinger (réanimateur), Dominique Molimard (cadre rééducateur), Frédérique Verbois (médecin urgentiste), Christine Dussopt (pneumologue tabacologue), Delphine Large et Virginie Tartarin (IDE référentes en ETP), Sonia Blandin, Luc Odier, Dominique Arpin, Lionel Falchero (pneumologues)

**CH Trévoux :** Didier Peillon (médecin), Dominique Arpin (pneumologue consultant)

**CH Tarare :** Yves Gadiolet (pneumologue), Luc Odier (pneumologue consultant)

**Centre médical de Bayère :** Pascale Surpas (pneumologue)

**CDHS :** Anne Sophie Ronnaux Baron (médecin responsable CDHS)

**Réseau SPIRO :** Patrick Léger (médecin coordonnateur du réseau SPIRO)

**CPAM – Centre d'Examen de Santé de Villefranche sur Saône :** Dr. Béatrice VAN-OOST (directrice CPAM)

## B. PARCOURS DE SOINS – VISION TEMPORELLE

---

Il est bien entendu que le parcours d'une personne donnée est unique. Toutefois, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours à priori.

Afin de pouvoir explorer la prise en charge du patient tout au long de la maladie du patient ; nous avons choisi pour des raisons synthétiques de travailler dans un premier temps sur une vision temporelle (cf tableau plus bas)

<b>PARCOURS DE SOINS des patients BPCO – VISION TEMPORELLE</b>
<b>Prévention primaire</b>
<b>Repérage, diagnostic</b>
<b>Traitement de fond de la maladie</b>
<b>Gestion des situations de crise</b>
<b>Transition hôpital domicile</b>
<b>Soins de support, soins palliatifs</b>

---

### 1. PREVENTION PRIMAIRE

---

La prévention primaire de la BPCO concerne essentiellement le sevrage du tabac et le fait de préserver son capital souffle (lutte contre la sédentarité). Ses missions sont essentiellement portées par des acteurs de la ville comme le médecin généraliste, les pharmaciens, le réseau SPIRO, le CDHS, la CPAM. Des consultations en tabacologie sont organisées au CDHS, à la CPAM (CES de Villefranche sur Saône), au centre hospitalier de Villefranche sur Saône (ELSA et consultations spécifiques dr Dussopt) et de Tarare (ELSA). L'hôpital de Villefranche sur Saône et le réseau SPIRO organisent une fois par an, pour les agents et le grand public une campagne d'information et de dépistage (journée du souffle en alternance avec la journée mondiale de la BPCO).



*Journée du souffle –Hôpital de Villefranche sur Saône 2015*

Un travail important est en cours depuis un an autour du parcours de soins ville hôpital du patient BPCO. Ce groupe de travail est pluridisciplinaire (territoire qui correspond à celui du GHT) et rassemble des acteurs de la ville et de l'hôpital. Cette « équipe projet BPCO » a pu (avec l'aide de société Hippocrate, et le soutien du laboratoire NOVARTIS) identifier trois besoins prioritaires pour améliorer le parcours de santé des patients BPCO. Les plans d'action en rapport avec chacun des trois projets retenus sont présentés en annexe à la fin de ce document. Le premier projet concerne l'information grand public pour un diagnostic précoce.

---

## 2. REPERAGE ET DIAGNOSTIC

---

La maladie entraîne peu de symptômes à un stade précoce et le dépistage clinique est souvent impossible en l'absence de spirométrie. L'enjeu du dépistage est important car le diagnostic et donc la prise en charge de la BPCO permet de réduire son impact clinique en termes de dyspnée, de tolérance à l'exercice et d'exacerbations. Porter le diagnostic peut sensibiliser le patient au sevrage tabagique. La mesure de la fonction respiratoire pourrait/devrait devenir systématique chez les patients à risque, comme la mesure de la tension artérielle. Il a été montré que cette seule action aide au sevrage tabagique. Chaque soignant de la ville ou de l'hôpital est impliqué dans le repérage de cette maladie encore mal connue : kinésithérapeutes, IDE, médecins généralistes, CDHS, CPAM, consultations tabacologie, pneumologues ou médecins d'autre spécialité.

**A. Chambellan. Dépistage et diagnostic précoce de la BPCO en médecine générale. Revue des Maladies Respiratoires 2014 ; 31(5) : 391-393**

Le diagnostic de BPCO nécessite la réalisation d'une spirométrie. L'EFR n'est pas un acte de soins primaires, particulièrement en France. A ce jour, rares sont les médecins traitants qui réalisent eux-mêmes la spirométrie.

Un outil, le minispiromètre électronique portable (Piko-6®, NEO-6® et BPCO-6®), fait partie des outils validés pour le dépistage d'un syndrome obstructif. Il permet un dépistage par une mesure directe du rapport volume expiré maximal en une seconde sur le volume expiré maximal en six secondes (VEMS/VEM6). Cet appareil est facile à utiliser, peu onéreux, performant et fiable mais son utilisation est à ce jour peu répandue. Son utilisation renforce la collaboration avec le pneumologue (spirométrie indispensable pour confirmer le diagnostic).

**P. Vorilhon. Dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive par minispirométrie électronique en médecine générale. Revue des Maladies Respiratoires 2014;31(5): 396-403.**

Le tableau page suivante reprend l'existant

## PARCOURS DE SOINS : vision temporelle

### REPERAGE et éventuellement minispirométrie

Kiné, IDE, médecin généraliste, CDHS, CPAM, consultation tabacologie, pneumologue ou médecin d'autre spécialité.

### DIAGNOSTIC (spirométrie)

Médecin généraliste\*

Pneumologue hospitalier Trévoux, Tarare, Villefranche sur Saône

Pneumologue libéral\*\* Fontaines sur Saône et Villefranche sur Saône

CPAM CES Villefranche sur Saône

CDHS Villefranche sur Saône

\* Nous ne connaissons pas le nombre de médecins généralistes qui sont équipés d'un spiromètre ou minispiromètre (le réseau SPIRO effectue des formations spécifiques sur l'utilisation du minispiromètre : **x médecins généralistes de la région ont été traités**

- \*\* Il y a peu de pneumologues libéraux installés dans la région : un seul à Fontaines sur Saône et un seul à Villefranche sur Saône
- La CPAM (CES Villefranche sur Saône) et le CDHS réalisent des spirométries
- Le délai moyen d'une consultation en pneumologie à l'hôpital de Villefranche sur Saône et de 5 mois (4,7 équivalents temps plein), il **est de x mois à l'hôpital de Trévoux, x à l'hôpital de Tarare, et x en ville**

### 3. TRAITEMENT DE FOND DE LA MALADIE

Le traitement de la BPCO est très bien codifié pour chacun des stades de la maladie (Cf plus bas document issu du parcours de soin BPCO de l'HAS 2012 disponible en ligne).

Le traitement médicamenteux ne sera pas abordé ici. Nous détaillerons plus bas : arrêt du tabac, information et éducation thérapeutique du patient (ETP), réhabilitation respiratoire. L'assistance respiratoire sera abordée dans le paragraphe soins de support.

Des formations, concernant le traitement de fond la BPCO, sont organisées régulièrement pour les médecins généralistes (dans le cadre de la formation continue).

## Prise en charge thérapeutique\* selon la sévérité de la BPCO

STADE I LÉGER	STADE II MODÉRÉ	STADE III SÉVÈRE	STADE IV TRÈS SÉVÈRE
VEMS/CV < 70 % VEMS ≥ 80 % de la valeur prédictive	VEMS/CV < 70 % 50 % ≤ VEMS < 80 % de la valeur prédictive	VEMS/CV < 70 % 30 % ≤ VEMS < 50 % de la valeur prédictive	VEMS/CV < 70 % VEMS < 30 % de la valeur prédictive ou VEMS < 50 % de la valeur prédictive avec insuffisance respiratoire chronique
<b>Traitement systématique</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt du tabac : évaluation du statut tabagique, des freins et de la motivation, à renouveler régulièrement, médicaments recommandés †.</li> <li>• thérapies cognitivo-comportementales</li> <li>• Prévention d'une exposition respiratoire aux polluants</li> <li>• Vaccination antigrippale tous les ans ‡ Chez les patients insuffisants respiratoires chroniques, vaccination antipneumococcique tous les 5 ans</li> <li>• Information/éducation thérapeutique du patient (ETP)</li> </ul>			
<b>Traitement selon les symptômes</b>			
Bronchodilatateur de courte durée d'action (CA) si besoin : β-2 agoniste CA ou anticholinergique CA			
Bronchodilatateur de longue durée d'action (LA) § : β-2 agoniste LA ou anticholinergique LA			
Réhabilitation respiratoire			
Glucocorticoïdes inhalés sous forme d'association fixe si exacerbations répétées et symptômes significatifs			
Oxygénothérapie de longue durée si IRC			

\* : hors exacerbations/décompensations, † : médicaments recommandés : substituts nicotiniques en 1<sup>re</sup> intention, varénicline en 2<sup>e</sup> intention, ‡ : remboursé par la Sécurité sociale chez les patients BPCO, § : si la réponse n'est pas satisfaisante, il est préférable de changer de classe plutôt que d'augmenter les doses.  
**NB : POUR LES FORMES INHALÉES, IL CONVIENT DE S'ASSURER À CHAQUE CONSULTATION QUE LA TECHNIQUE D'INHALATION EST CORRECTE.**

#### 4. ARRET DU TABAC

Les ressources en tabacologie sont listées ci après, de façon géographique.

<b>RESSOURCES EN TABACOLOGIE</b>	
<b>Villefranche sur Saône</b>	
Centre hospitalier	
	Dr Dussopt (tabacologue) et IDE référentes ETP formées ELSA (addictologie)
CDHS	
CPAM –CES (centre d'examen de santé)	
<b>Tarare</b>	
Centre hospitalier	
	ELSA (addictologie)
<b>Centre médical de Bayère</b>	Tabacologue

#### 5. ÉDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

A ce jour un programme d'éducation thérapeutique mené conjointement avec le réseau SPIRO est proposé aux patients, à l'hôpital de Villefranche sur Saône et à l'hôpital de Tarare.

Le tableau ci-dessous présente l'activité d'ETP Villefranche sur Saône – en partenariat avec le réseau SPIRO (2016 année partielle).

<b>Activité ETP Villefranche sur Saône / partenariat avec le réseau SPIRO</b>			
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Diagnostics éducatifs</b>	34	24	10
<b>Propositions d'inclusion sans suite</b>	2	11	4
<b>Patients avec diagnostic sans atelier</b>	6	2	1
<b>Patients ayant arrêtés le programme</b>	5	3	
<b>Suivis éducatifs</b>	3	10	12

## 6. REHABILITATION RESPIRATOIRE

La réhabilitation respiratoire est une des principales composantes de la prise en charge du patient BPCO. Elle doit être proposée à tout patient BPCO présentant une dyspnée ou une intolérance à l'effort (en état stable ou au décours d'une exacerbation). Elle améliore la capacité d'exercice et la qualité de vie, réduit la dyspnée, l'anxiété et la dépression liées à la BPCO, et diminue le nombre d'hospitalisations.

Le tableau ci-dessous résume les possibilités actuelles de prise en charge en réhabilitation respiratoire au sein du GHT : que ce soit en hospitalisation (Centre médical de Bayère) ou en ambulatoire à l'hôpital (Tarare) ou en secteur libéral (kiné de ville).

Le déménagement à venir du centre médical de Bayère sur le site hospitalier de Villefranche sur Saône permettra d'améliorer l'offre en réhabilitation respiratoire. En effet, le projet comprend une unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire.



A l'heure actuelle, le maillage du réseau ambulatoire autour de Villefranche sur Saône est insuffisant. L'équipe projet (parcours de soin ville hôpital) mène un second travail pour identifier et colliger les cabinets de kinésithérapeute pratiquant le réentraînement à l'effort ; mais aussi les initiatives de type marche nordique, gymnastique etc... adaptées aux patients BPCO. Le plan d'action est consultable dans la partie projet de ce document.

## 7. GESTION DES SITUATIONS DE CRISE - EXACERBATIONS

Sur le premier semestre 2016, les séjours porteurs d'un diagnostic principal "J440-Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures" ou "J441-Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision" ont été sélectionnés. Les données PMSI confirment le nombre important d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO. [Un travail mené en 2014 à Villefranche sur Saône sur la pertinence du taux de recours à l'hospitalisation n'avait pas montré d'anomalie dans la prise en charge hospitalière de ces exacerbations : 100% des hospitalisations étaient jugées pertinentes (annexe)].



CH Villefranche

### Analyse des filières de soins - BPCO

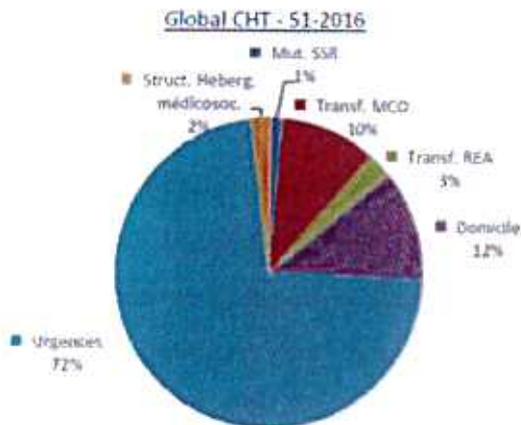
Sélection des séjours porteur d'un diagnostic principal "J440-Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures" ou "J441-Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision"

base pmsiplot au 14/10/2016

#### Indicateurs 1ER Semestre 2016 - Ensemble des établissements CHT

TOTAL SÉJOURS MCO Villefranche/Trévoux/Tarare	CH VILLEFRANCHE			CH TRÉVOUX			CH TARARE		
	Janvier à juin 2015	Janvier à juin 2016	Évol. 15/16	Janvier à juin 2015	Janvier à juin 2016	Évol. 15/16	Janvier à juin 2015	Janvier à juin 2016	Évol. 15/16
Nombre de séjours	234	200	-15%	20	34	70%	70	70	0%
Âge moyen par RSS	74,03	73,30	-1%	81,32	82,53	1%	74,89	73,87	-1%
% Hommes	65%	70%	8%	60%	68%	13%	73%	74%	1%
Nombre de patients (file active)	190	159	-16%	20	32	60%	51	59	16%
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RSS	7,34	7,39	1%	7,70	6,50	-16%	8,20	9,50	16%
Nombre de journées PMSI des RSS	1 718	1 477	-14%	154	221	44%	574	665	16%
Indicateur de performance basé sur le DMS Nat : nb journées standardisées (DMS nat) / nb journées	1,06	1,03	-3%	1,07	1,25	17%	1,24	1,06	-15%
Valorisation T2A	776 893 €	635 485 €	-18%	67 185 €	112 905 €	68%	286 060 €	286 155 €	0%
C.A. moyen par RSA	3 320,06 €	3 177,43 €	-4%	3 359,25 €	3 320,74 €	-1%	4 086,57 €	4 087,93 €	0%

Sur le premier semestre 2016, on dénombre 200 séjours sur le centre hospitalier de Villefranche sur Saône, 70 sur le centre hospitalier de Tarare et 34 sur le centre hospitalier de Trévoux. La durée moyenne de séjour étant respectivement de 7,4 ; 9,5 et 6,5 pour chacun des centres. L'âge moyen étant assez proche entre Villefranche sur Saône et Tarare, soit 73 ans. A Trévoux, l'âge moyen des patients hospitalisés en aigu pour BPCO est beaucoup plus élevé : 82 ans.

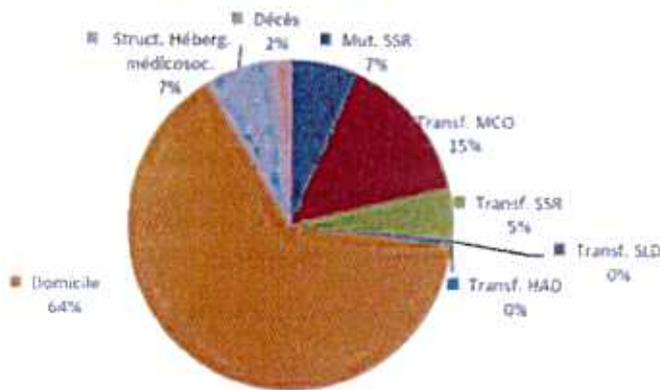


Dans la majorité des cas, les patients ont été admis par les urgences (72%) ou la réanimation (3%)

En analysant plus particulièrement le parcours des patients hospitalisés à Villefranche sur Saône (cf annexe : tableau « séjour avec mode d'entrée urgences), on note que seuls 68 des 200 patients hospitalisés ont au moins un passage en service de pneumologie. Près d'un quart (22%) d'entre eux vont passer à l'UPU (unité post urgences) ou l'UPUG (unité post urgence gériatrique). Plus du tiers (76 soit 38%) ne vont passer dans aucun de ces deux services. UPU et UPUG sont deux services proches géographiquement de la pneumologie (même étage) ce qui facilite les avis spécialisés.

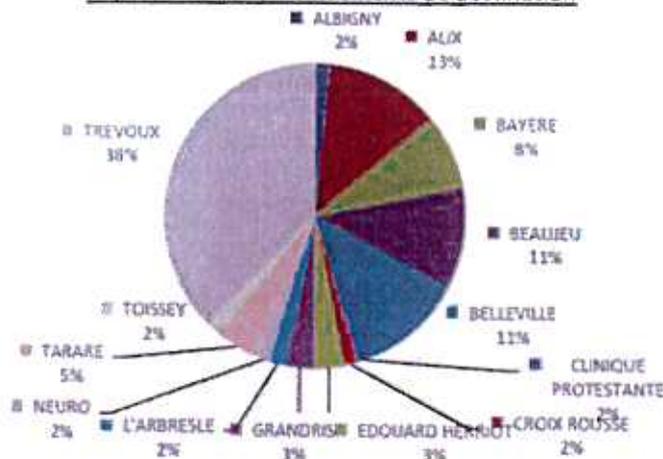
Mais avant tout, la mention d'un passage à l'UPU est importante, car un travail est mené de façon spécifique avec ce service sur la prévention des réhospitalisations après un premier séjour pour exacerbation de BPCO (cf thèse dans le chapitre projet). Ce travail étudiait l'intérêt de l'utilisation de la « check list » HAS sur le taux de réhospitalisation. Il s'agissait de s'assurer à l'aide d'une « do-list » (check list HAS) que la prise en charge des patients était optimale pour chacun des items abordés (sevrage du tabac, information sur la maladie, réhabilitation, gestion des exacerbations...). Éléments dont on sait qu'ils impactent fortement l'évolution de la maladie.

### Global CHT - SI-2016



Plus de la moitié des patients regagnent leur domicile après l'hospitalisation pour exacerbation de BPCO

### Répartition des établissements de destination



Pour les autres, l'analyse de la répartition des établissements de destination montre que la majorité (38%) des patients va être adressée à l'hôpital de Trévoux (nous rappelons sur ce site la consultation hebdomadaire par un pneumologue). Les autres patients vont être pris en charge à Alix (13%), Beaujeu (11%), Belleville (11%) et au centre médical de Bayère (8%).

Le nombre de patients mutés au centre médical de Bayère semble faible et montre bien le manque de lits pour des séjours spécifiques en réhabilitation respiratoire (pas d'établissement analogue sur la région). Le tableau ci-après montre toutefois que les moyennes d'âge et les comorbidités sont plus élevées pour les patients adressés à Alix, Beaujeu et Belleville. Il semble donc que les patients adressés à Bayère sont sélectionnés et sont bien ceux qui pourront le plus tirer bénéfice de la réhabilitation.

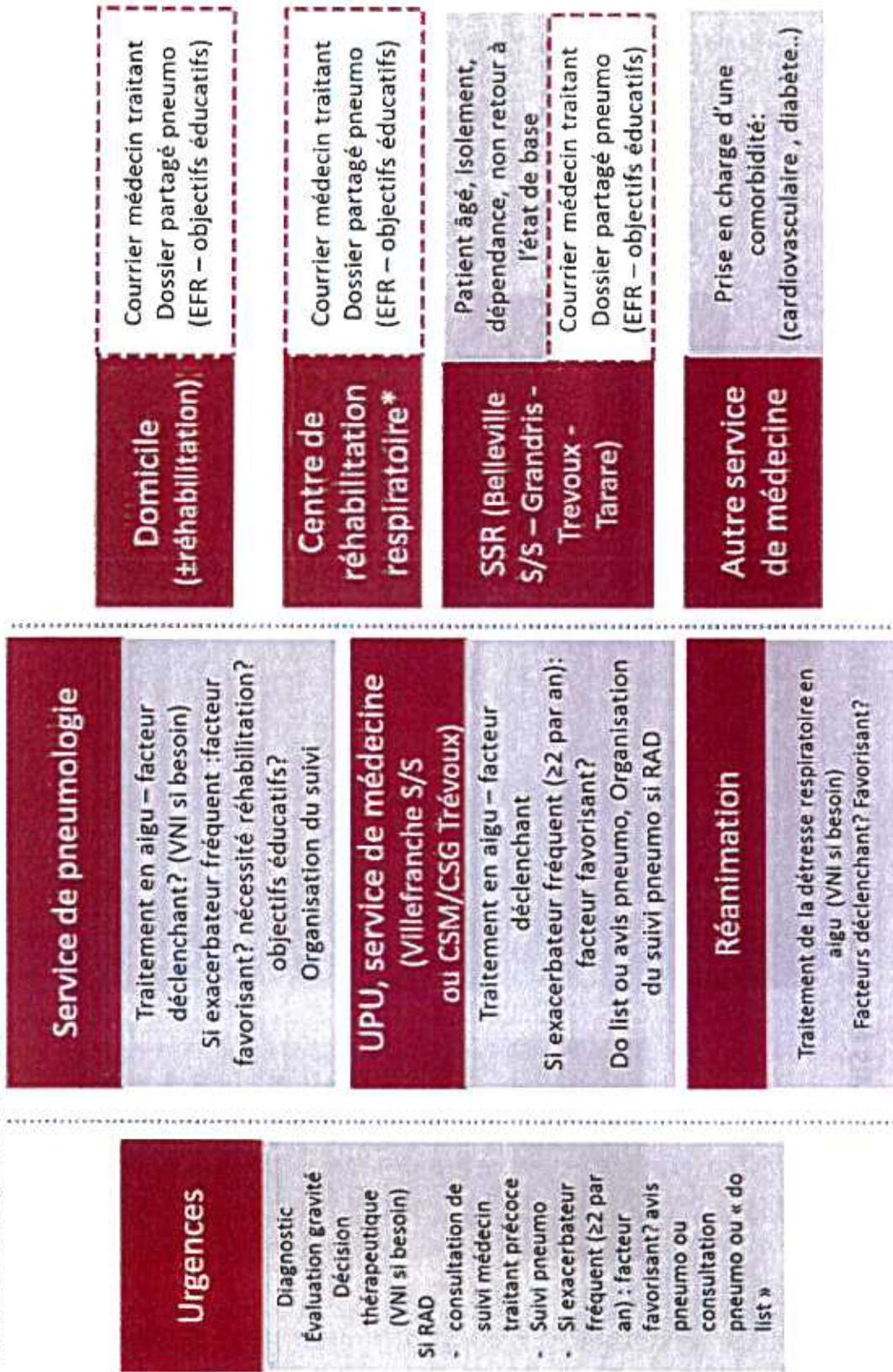
PROFIL DES PATIENTS EN FONCTION DE L'ETABLISSEMENT DE DESTINATION			
	Nombre	%	Age moyen
BAYERE	7	8	76
ALIX	8	13	82
BEAUJEU	7	11	76
BELLEVILLE	7	11	80
TREVOUX	24	38	78

Les schémas ci-dessous reprennent le parcours des patients se présentant aux urgences de Villefranche sur Saône ou de Tarare pour exacerbation de BPCO. A noter que des admissions directes à la demande du médecin traitant sont possibles également au centre hospitalier de Trévoux.

Les réflexions que ces parcours appellent sont les suivantes :

- La nécessité d'une prise en charge spécifique pour les patients exacerbateurs fréquents (soit au moins deux exacerbations dans l'année). Les pistes de travail sont les suivantes :
  - Check list HAS (ou do list revisitée cf travail de thèse) élargie aux principaux services d'accueil des patients BPCO en exacerbation (pneumologie bien entendu mais aussi UPU, UPUG, médecine interne maladie infectieuse, cardiologie...)
  - Suivi programmée systématique après l'hospitalisation : MG à 3 semaines et pneumologue à 3 mois, dans le cadre d'un équivalent de PRADO, qui peut s'organiser en interne (IDE référentes en ETP) ; organisation de la sortir pour les séjours de moins de 48h.
- L'intérêt d'un dossier partagé avec la ville pour ces patients, potentiellement hospitalisés de façon itérative. Cela est effectif pour le dossier informatique (DMC) entre les services hospitaliers de Villefranche sur Saône, Tarare et Trévoux. Un dossier patient (passeport patient), qui permettrait d'intégrer les dimensions spécifiques à la BPCO est en préparation dans le cadre du travail sur le parcours de soin ville hôpital (équipe projet BPCO cf fiche action).

**PATIENT ADMIS PAR LE MEDECIN TRAITANT AUX URGENCES de VILLEFRANCHE S/S POUR EXACERBATION DE BPCO**



*A noter que le centre médical de Bayère dispose d'une unité post réanimation*

**PATIENT ADMIS PAR LE MEDECIN TRAITANT AUX URGENCES de TARARE POUR EXACERBATION DE BPCO**



Les plateaux techniques des centres hospitaliers de Villefranche sur Saône, Tarare et Trévoux ainsi que celui du centre médical de Bayère sont détaillés ici.

## Plateau technique



### Villefranche sur Saône (Cs, HDJ)

- GDS
- EFR+DLCO
- TM6
- Test d'effort et VO2
- Écho cœur
- Fibroscopie bronchique
- Éducation thérapeutique (avec le réseau SPIRO)
- Scanner
- Réanimation
- Kinésithérapeute
- Tabacologie



### Tarare (Cs)

- GDS
- EFR+DLCO
- TM6
- Écho cœur
- Fibroscopie bronchique
- Éducation thérapeutique (avec le réseau SPIRO)
- Scanner
- (test d'effort?)
- Kinésithérapeute, APA
- Tabacologie



### Trévoux (Cs)

- (GDS – pas sur le site)
- Spirométrie + VR
- Écho cœur
- Radio
- Kinésithérapeute



### Bayère

- GDS
- Spirométrie
- TM6
- Test d'effort et VO2
- Éducation thérapeutique
- Réhabilitation respiratoire
- Unité de post réanimation
- Kinésithérapeute, APA
- Tabacologie

[Cs : consultation; HDJ: hôpital de jour]

---

## 8. TRANSITION VILLE HOPITAL

---

Un programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) est proposé sur certains territoires aux patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO. Ce programme est proposé par l'Assurance Maladie en partenariat avec la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).

Centré sur les besoins du patient, il est fondé sur trois piliers :

- l'initialisation du suivi médical en ville par les professionnels de santé désignés par le patient,
- l'accompagnement attentionné du patient par l'infirmière libérale et/ou le masseur-kinésithérapeute, le médecin traitant et le pneumologue,
- mise en place d'une aide à la vie si cela s'avère nécessaire.

La thèse en cours sur la prévention des réhospitalisations après un séjour pour exacerbation (déclinaison de la check list HAS) fait bien sûr discuter la transition ville hôpital.

On peut reprendre ici les remarques faites dans le chapitre précédent sur l'intérêt d'un dossier patient qui pourrait faire l'interface entre le patient les soignants (cf projet équipe BPCO), et une éventuelle prise en charge sociale spécifique. A ce jour, les compte rendus de séjour hospitalier sont adressés aux médecins traitants, aux pneumologues référents (et aux kinés dans la majorité des cas) ; de même que les compte rendus d'ETP.

Une association de patients BPCO « Beaujol 'air » existe sur le territoire, elle a vu le jour tout récemment. Cette association a participé à la journée mondiale de la BPCO organisée en novembre 2016 sur le site de Villefranche sur saône. Il est prévu que les représentants de cette association intègre l'équipe projet BPCO pour les 3 actions à mener. On pourra avec cette association discuter d'un recrutement de patients experts pour participer au programme d'éducation thérapeutique.

---

## 9. SOINS DE SUPPORT, SOINS PALLIATIFS

---

Dans les suites de la parution de l'arrêté du 23 février 2015 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour l'oxygénothérapie et ses forfaits associés visés au chapitre 1er du titre 1er de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (disponible en ligne) ; les ordonnances de prescription informatisées de l'oxygène ont été modifiées afin de favoriser dans chacune des indications la prescription de la meilleure source.

La prise en charge nutritionnelle n'est pas à ce jour assurée de façon spécifique en dehors du programme d'ETP.

Des visites à domicile pour expertise de la qualité de l'air intérieur sont possibles avec Loïc Espié (CMEI : conseiller médical en environnement intérieur) : .Loïc ESPIE, Territoire centre ADES du Rhône, Tél : 04 72 41 66 01 / 06 50 82 23 97 – mail : [espie.loic@gmail.com](mailto:espie.loic@gmail.com)

Le service d'HAD soins et santé prend en charge des patients en insuffisance respiratoire terminale.

Une fiche de LATA existe sur le site de Villefranche sur Saône (cf annexe). La procédure actuelle est de faire un signalement au SMUR de Villefranche sur Saône et au SAMU de Lyon

C. PROJETS EN COURS



## V. BIBLIOGRAPHIE

---

### A. ARTICLES DE REFERENCE

---

Recommandation pour la Pratique Clinique Prise en charge de la BPCO. Mise à jour 2009.  
Revue des Maladies Respiratoires (2010) 27, 5226548.

Recommandations de la Société de pneumologie de langue française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. Rev Mal Respir 2005; 22:7S8-7S14

C. Fuhrman. Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Revue des maladies respiratoires 2010; 27(2) : 160-168 .

M. Patout. Epidémiologie et dépistage de la BPCO en France. Workshop de la Société de pneumologie de langue française (SPLF). Revue des maladies respiratoires 2014 ;31 :693-99.

A. Chambellan. Dépistage et diagnostic précoce de la BPCO en médecine générale. Revue des Maladies Respiratoires 2014 ; 31(5) : 391-393

P. Vorilhon. Dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive par minispirométrie électronique en médecine générale. Revue des Maladies Respiratoires 2014;31(5): 396-403.

### B. DOCUMENTS HAS (DISPONIBLES EN LIGNE SUR [HTTP://WWW.HAS-SANTE.FR](http://www.has-sante.fr))

---

Comment prévenir les réhospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? HAS mai 2014

Guide-parcours-de-soins-bpco Juin 2014

Actes et prestations sur l'insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une bronchopneumopathie chronique obstructif

Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une bronchopneumopathie-chronique obstructive?

Bronchodilatateurs la fiche bum

Points critiques parcours de soins bpc

Prise en charge thérapeutique bpc

Auto-questionnaire de dépistage de la bpc

Auto-questionnaire de dépistage de la bpc version word à télécharger

Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive

Schéma-parcours-de-soins-bpc

Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence

» HAS Octobre 2013

### C. DOSSIERS EN LIGNE

---

Broncho-pneumopathie chronique obstructive et insuffisance respiratoire chronique, dossier de l'Institut de veille sanitaire (InVS)

Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), dossier du ministère de la santé

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), dossier de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), dossier de l'Assurance maladie (ameli-sante.fr)

Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), guide patient de la Haute autorité de santé (HAS)

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : la HAS développe des outils de prise en charge

## D. LES SITES AUTOUR DE LA BPCO DESTINES AUX PATIENTS

---

- FFAIR : <http://www.ffaair.org/>

- Association pulmonaire :

[http://www.poumon.ca/home-accueil\\_f.php](http://www.poumon.ca/home-accueil_f.php)

- Site mieux vivre avec sa BPCO :

<http://www.livingwellwithcopd.com/french/home/default.asp?s=1>

- Site Kino-quebec : promouvoir un mode de vie physiquement actif pour contribuer au mieux-être de la population québécoise.

<http://www.kino-quebec.qc.ca/>

- [www.bpcq.org](http://www.bpcq.org)

ce site donne des informations sur la BPCO et de nombreux outils utiles à la pratique.

<http://www.bpcq.org/>

- [www.bougeons-en-famille.com](http://www.bougeons-en-famille.com)

ce site donne des idées simples d'activité physique ludique à faire au quotidien.

[www.bougeons-en-famille.com](http://www.bougeons-en-famille.com)



## Annexe 4 : GHT – FILIERE PSYCHIATRE GENERALE PATIENT ADULTE

### Glossaire :

CHNO = Centre Hospitalier Nord-Ouest

CMP = Centre Médico-Psychologique

EPSM = Etablissement Public de Santé Mentale

PRNO = Pôle Rhône Nord-Ouest = 69G34 = Secteur de Psychiatrie Générale 69G34

### DEFINITION DE LA FILIERE

La filière de psychiatrie générale du GHT concerne la prise en charge psychiatrique et somatique des patients des territoires du Pôle Rhône Nord-Ouest de psychiatrie générale et du GHT, lorsque l'état somatique ou psychiatrique du patient requiert un échange direct et immédiat d'information et/ou de compétence entre professionnels de psychiatrie rattachés à l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Saint-Cyr au Mont d'Or (SCMO) et professionnels rattachés à un ou plusieurs des établissements MCO du GHT.

La notion d'échange direct et immédiat suppose un échange verbal téléphonique ou de visu.

La présente filière concerne les patients adultes, mais aussi les patients détenus et les patients âgés ; ces deux derniers feront l'objet d'une sous-section au présent document.

On rappellera tout d'abord que l'immense majorité des patients pris en charge par la psychiatrie générale le sont en consultation sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP).

La plupart des patients consultant en CMP ne sont donc pas directement concernés par la présente filière, car leurs prises en charge psychiatrique et somatique au sein des établissements MCO du GHT sont distinctes, assumés séparément par le patient et les structures de soins. Ainsi, les prises en charge parallèles ne requièrent en général pas d'échange direct ou immédiat entre professionnels de la psychiatrie et professionnels du MCO, si ce n'est les courriers classiques d'échanges ou d'informations.

On ajoutera enfin que les filières de gériatrie et de neurologie du GHT sont concernées par certains aspects du présent document.

### OBJECTIFS DE LA FILIERE

- assurer l'évaluation et l'orientation vers la prise en charge psychiatrique adaptée lorsque cette prise en charge psychiatrique est indiquée
- permettre l'orientation vers l'évaluation et éventuellement la prise en charge somatique adaptée
- limiter les hospitalisations en EPSM aux indications nécessaires :
  - o état de crise psychique ne pouvant être prise en charge en urgence et en post-urgence sur les CH du GHT
  - o décompensation psychiatrique avec troubles des conduites incompatibles avec le maintien à l'extérieur :
- garantir la poursuite des soins psychiatriques lorsque la prise en charge somatique impose un séjour MCO au CHNO ou au CH de Tarare

- garantir la prise en charge de psychiatrie de liaison des patients non psychiatriques mais présentant des symptômes psychiques ou psycho-comportementaux consécutifs à une prise en charge somatique
- garantir la continuité de l'information médicale
- analyser par des retours d'expérience les difficultés éventuellement rencontrées

**NB 1 :** les deux premiers items supposent un diagnostic différentiel entre pathologie effectivement psychiatrique et pathologie somatique à expression psycho-comportementale notamment au moment de l'admission (il s'agit d'une obligation inscrite dans la loi sur les soins sans consentement et qui s'étend donc par parallélisme des formes aux soins librement consentis)

**NB 2 :** la psychiatrie en hospitalisation complète n'a pas vocation à assurer les hospitalisations de tous les patients du GHT présentant des troubles des conduites, notamment les troubles psycho-comportementaux secondaires à des processus dégénératifs ou séquellaires d'atteintes neurologiques

## LE PERIMETRE DE LA FILIERE

### Le secteur 69G34 ou Pôle Rhône Nord-Ouest (PRNO) :

#### **Le territoire**

Il s'agit du secteur du Rhône le plus étendu, puisqu'il couvre 55% de la superficie du département. 130 communes sont concernées, et il faut compter 75mn de trajet du Nord au Sud et de l'Est à l'Ouest de ce secteur.

On ajoutera que le territoire géographique du secteur 69G34 est physiquement éloigné de son EPSM : il faut par exemple 40 mn de route depuis l'EPSM de Saint Cyr au Mont d'Or jusqu'aux unités fonctionnelles de Tarare, ou jusqu'aux unités fonctionnelles de Gleizé.

Enfin, le 69G34 se caractérise par la diversité de ses prises en charge, qui compte toutes les prises en charge habituelles de secteur de psychiatrie, mais également de nombreuses prises en charge transversales. Ces dernières seront bien évidemment particulièrement évoquées dans le présent document.

#### **Les équipes**

Au plan managérial, environ 200 personnes travaillent au sein du 69G34, dont 21 médecins et plus de 110 paramédicaux.

La coordination de toutes ces équipes, distantes des unes des autres de plusieurs dizaines de kilomètres, nécessite donc une attention et une énergie de tous les instants.

#### **Les équipements**

Le 69G34 dispose de 68 lits d'hospitalisation complète intra-muros, et il dispose comme le pôle 69G35 (qui est l'autre pôle adulte) du recours à deux unités transversales d'hospitalisation : UHCD et le service de réhabilitation, regroupés au sein du pôle transversal de l'établissement.

En extra muros, le 69G34 dispose de :

- un CMP pivot, le CCPG (centre de consultation psychothérapique de Gleizé)
- 5 CMP satellites (Tarare, Grandris, Bois d'Oingt, et Beaujeu ouverts toute la semaine, et Thizy ouvert un jour par semaine)
- 2 hôpitaux de jour (Gleizé et Tarare)

### Les territoires respectifs du GHT et du 69G34

Le secteur 69G34 s'étend au-delà du territoire du GHT (plus à l'Ouest vers les hôpitaux locaux du canton de Thizy-les-Bourg) : les nécessités de coordination au sein du 69G34 s'étendent donc au-delà du GHT.

Le GHT lui-même s'étend sur l'Est (canton de Trévoux), au-delà du secteur 69G34.

Le CH de l'Arbresle est associé au GHT, mais il se trouve sur le secteur 69G35.

### Des unités psychiatriques transversales au sein du GHT

La Liaison et l'Urgence sont assurées par deux équipes distinctes sur les deux sites du CHNO et du CH de Tarare.

Sur le CHNO, le PRNO assure la continuité des soins médicale et infirmière du samedi matin (en parallèle de la continuité médicale sur les 3 unités d'hospitalisation intra-muros sur l'EPSM).

Une astreinte opérationnelle de psychiatrie est assurée par les praticiens de SCMO, sur les nuits et les week-ends, avec présence sur site le dimanche matin du psychiatre d'astreinte et d'un infirmier du 69G34.

L'astreinte ne concerne que le site du CHNO.

Le dispositif d'accompagnement de la crise (DAC) consacre l'essentiel de son activité à l'activité de l'UTPAC (Unité Territoriale Psychiatrique d'Accompagnement de la crise) : il s'agit d'une unité qui accueille, sur le CCPG en post urgence ou en situation de crise, les patients domiciliés sur le 69g34, adressés dans un peu plus de la moitié des cas au décours d'un passage aux urgences du CHNO.

Au sein du Centre Pénitentiaire de Villefranche, l'équipe assure des prises en charge psychiatriques de toute nature (pathologie psychiatrique avérée, connue, découverte ou décompensée en détention, traitements de substitution aux opiacés, troubles psycho-comportementaux consécutifs ou induits par le choc carcéral).

L'équipe de l'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) est implantée sur le CHNO : en coordination avec une équipe somatique, elle évalue toute demande d'avis concernant toutes les addictions (alcool, cannabis, jeux, trouble des conduites alimentaires, tabac, sexe, psychotropes, opiacés, etc.). Les sevrages à l'héroïne et les traitements de substitution aux opiacés sont orientés sur une autre structure.

L'équipe mobile de Gérontopsychiatrie (EMG), basée pour l'instant sur le CCPG, couvre l'ensemble du territoire du 69G34.

### La médecine générale sur l'EPSM de Saint Cyr au Mont d'Or

Nous disposons d'une équipe de collègues compétents (2,4 ETP), mais d'un plateau technique qui est réduit. On mentionnera une vacation de télé-radiologie, **une vacation de neurologue (qui n'appartient pas au GHT)**, et une vacation de dentiste. Une prise en charge diététique et kinésithérapique est possible.

**La biologie est externalisée sur la Clinique de la Sauvegarde.**

85% des patients bénéficient dans les 24 heures d'un examen d'entrée systématique par les médecins généralistes, l'examen d'entrée étant réalisé dans les autres cas par un praticien

hospitalier de psychiatrie ou par un interne en psychiatrie. Le patient examiné par un psychiatre ou un interne entre le samedi 13h et le dimanche 9h est examiné par un médecin généraliste le lundi.

En 2015, 158 consultations externes et 97 examens paracliniques complémentaires ont été réalisés hors de l'EPSM pour des patients hospitalisés : 24% de ces 255 consultations et examens techniques externes ont été réalisés au CHNO, malgré la distance qui sépare les deux établissements. Le CHNO se situe en seconde place derrière la Clinique de la Sauvegarde, qui se trouve à proximité immédiate. La part du CHNO est en augmentation au cours des trois dernières années.

## Chiffres du DIM 2015

Les unités du pôle 69G34 ont effectué 518 entrées en 2015, mais on précise que cette activité concerne deux unités de l'ancien secteur 69G28, et que depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016, le pôle s'est étendu géographiquement, et qu'il compte en conséquence dorénavant trois unités.

Notre système d'information médicale ne nous permet pas de calculer spécifiquement la DMS et la DMH pour les patients admis sur l'ensemble de nos deux unités du 69G28, car les données sont fusionnées avec le service de réhabilitation qui faisait antérieurement partie du pôle 69G28. Il conviendra donc d'attendre les données 2017 pour connaître les chiffres de base du fonctionnement d'une année entière dans la nouvelle configuration du 69G34.

Après trois mois de fonctionnement dans cette nouvelle configuration, précisons que environ 40% des lits de l'UHCD et 50% des lits du service de réhabilitation sont occupés par des patients du 69G34.

**L'activité ambulatoire** exclusive de consultation des CMP du 69G34 (en incluant les unités transversales et en excluant les hôpitaux de jour et les activités groupales), représente en 2015 :

- 4481 patients et 38663 actes sur les territoires de Gleizé Villefranche Anse Bois d'Oingt Lamure Belleville Beaujeu et Monsols
- 779 patients et 5519 actes sur les territoires de Tarare, Amplepuis et Thizy.

**L'ELU du CHNO** (Equipe de Liaison et d'Urgence) a pris en charge 1205 patients et réalisé 3545 actes.

**L'ELU du centre hospitalier de Tarare** a pris en charge 700 patients et réalisé 2348 actes.

**Le DAC** a pris en charge 410 patients et réalisé 1303 actes.

On précisera que l'activité de l'équipe mobile adulte (EMA) est limitée à l'heure actuelle (18 patients et 43 actes) ; le médecin du DAC a dû soutenir à plusieurs reprises de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie (absentéisme).

**L'ELSA** a pris en charge 602 patients pour 3352 actes réalisés sur le site CHNO.

**L'EMG** a pris en charge 211 patients et réalisé 663 actes, malgré l'absentéisme et le nombre de vacances de poste durant l'année 2015.

**L'USN1** (Unité de Soins de Niveau 1) au Centre Pénitentiaire de Villefranche a pris en charge 772 patients et réalisé 12218 actes, prenant en compte la distribution des traitements de substitution (3909 actes sans les distributions).

## Etat des lieux et fonctionnements de la filière

La difficulté tient aux très nombreuses portes d'entrée dans la filière et aux toutes aussi nombreuses voies et lieux d'entrées dans le soin psychiatrique.

Nous avons retenu l'option de distinguer le cas général (la filière du patient adulte), et de préciser au sein de ce cas général les filières particulières de la personne âgée et du patient détenu. Compte tenu de la difficulté des nombreuses portes d'entrée dans le soin ou des interactions au sein de la filière, nous proposons une présentation à partir de la situation physique du patient : patient à domicile, présent aux urgences, présent en service MCO ou présent à l'EPSM. A partir de ce cadre, les modes d'entrée concernés par les soins dans le secteur 69G34 sont : CMP, DAC, EMG, ELSA, hospitalisation complète au sein de l'EPSM de Saint Cyr au Mont d'Or.

### FILIERE DU PATIENT ADULTE

#### Le Patient à domicile

- La majorité des situations et des modalités sont détaillées dans le projet médical du pôle 69G34.
- L'optimisation de l'accueil téléphonique pour les demandes de consultation, et en particulier la centralisation de la majorité des demandes sur le secrétariat du CCPG, a permis de réduire les délais de premières demandes. Des créneaux spécifiques sont réservés pour les nouveaux consultants et au sein de ces créneaux d'autres créneaux sont réservés pour les patients prioritaires (patients non connus sortants d'une hospitalisation à l'EPSM, d'une clinique psychiatrique ou d'un avis du psychiatre de liaison d'une unité MCO).
- L'orientation vers l'équipe mobile adulte (EMA) et l'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMG) se fait à partir des appels au CMP de Gleizé ou des liens tissés avec les partenaires du réseau psychosocial
- Les indications d'hôpital de jour (HDJ) sont posées en interne, et avec une bonne réactivité (délai d'admission inférieur à 10 jours).
- L'adressage à l'équipe du DAC via l'accueil du CCPG est moins fréquent que l'adressage par l'équipe de l'ELU.
- On retiendra que la filière de psychiatrie adulte du GHT est peu concernée en général par la problématique des patients adultes vivant à domicile.
  
- On précisera ici que la règle générale est celle d'un appel par le patient lui-même ou par son aidant naturel (parent, enfant, famille) pour la prise du rendez-vous en CMP.
- Ainsi, dans le cas général, le premier rendez-vous ne doit pas être pris par un aidant professionnel, ou par un conseiller SPIP dans le cadre des obligations de soins, ce qui n'empêche pas ces professionnels d'apporter les compléments d'information qu'ils souhaitent.
- Le DAC accepte la prise de rendez-vous par des aidants naturels ou professionnels. Et l'équipe mobile adulte (EMA) se déplace si la situation l'exige.
- L'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMG) accepte également la prise de rendez-vous par des aidants naturels ou professionnels, et elle se déplace également si

l'accompagnement par un aidant naturel ou professionnel est impossible pour des raisons psychiatriques.

### Le Patient aux urgences

- L'ELU donne un **avis psychiatrique exclusivement après évaluation somatique** : cette règle témoigne non de notre défiance mais au contraire de notre confiance dans nos collègues somaticiens, elle répond à notre obligation d'évaluer les tableaux somatiques à masque psychiatrique. L'urgentiste reste évidemment maître de son art, et l'équipe des urgences est informée de l'attention portée par l'UHCD de notre EPSM à la question des intrications somato-psychiatriques. Il arrive que le psychiatre intervienne d'emblée : lorsque l'adresseur est un généraliste qui a déjà examiné le patient et fait réalisé un bilan paraclinique ; ou lorsque l'urgence psychiatrique s'accompagne de troubles majeurs des conduites (l'évaluation somatique étant alors effectuée ensuite).
- En cas de **diagnostic psychiatrique principal avec ou sans diagnostic somatique associé** :
  - o L'ELU évalue l'urgence psychiatrique, la dangerosité et le risque suicidaire, recherche des antécédents, s'enquiert des étayages familiaux, et de la prise en charge psychiatrique éventuellement en cours. Sur ces bases, l'ELU pose des mesures thérapeutiques immédiates.
  - o Une hospitalisation peut être décidée vers l'EPSM : hospitalisation libre ou en soins sans consentement, après avis de l'ELU en journée, l'orientation est possible par les urgentistes en l'absence de l'ELU, si le tableau psychiatrique est manifeste. L'orientation peut se faire après appel ou déplacement du psychiatre d'astreinte en cas de doute. La régulation de l'EPSM peut être contactée à tout moment pour un conseil, notamment sur le parcours du patient, ou son rattachement sectoriel.
  - o L'hospitalisation en court séjour est possible au CHNO ou CH de Tarare pour observation ou attente éventuelle d'une admission en clinique psychiatrique, de la même façon que sur plusieurs services MCO de la métropole pour les patients des autres EPSM et de l'autre secteur de psychiatrie générale de SCMO.
  - o Le retour au domicile peut donner lieu à une orientation : soit en post urgence vers le DAC pour les patients vus sur le CHNO, ou vers l'ELU de Tarare elle-même pour les patients vus sur le CH de Tarare, soit directement vers le CMP de référence.
- cas particulier de **l'ivresse aigue** :
  - o il s'agit d'une urgence traitée par le somaticien, l'avis psychiatrique au cours d'un état d'ivresse n'ayant aucune pertinence scientifique démontrée (l'ivresse induit désinhibition et/ou sédation et/ou anxiolyse) : l'ELU n'est donc pas sollicitée, et pour la même raison, l'ivresse aigue n'est pas du recours de l'équipe de l'ELSA au sein du service des urgences.
  - o On ne prononce pas de soins sans consentement en cas d'ivresse publique manifeste, l'évaluation clinique du consentement, et donc l'évaluation de sa validité, étant faussées par l'ivresse.
  - o Une ivresse publique manifeste n'est pas adressée vers l'EPSM tant qu'il existe un risque somatique intrinsèque ou surajoutée par l'ivresse.
  - o en cas de dépendance avérée ou de suspicion : après une admission en court séjour ou au sein d'une autre unité MCO sur le CHNO, l'ELSA sera alors être sollicitée.

## Le Patient hospitalisé sur un établissement MCO du GHT

- **Modalités d'activation des soins psychiatriques :**
  - o En général, c'est un infirmier qui est sollicité en première ligne quand l'équipe de liaison est appelée : il évalue alors la nature de la demande, et c'est l'équipe de liaison qui détermine si un infirmier ou un psychiatre doit se déplacer en première intention.
  - o Il convient de distinguer le CHNO et le CH de Tarare des autres services MCO du GHT : sur les CH Beaujeu ou Grandris, il n'y a pas de permanence médicale continue en journée : l'IDE psychiatrique peut être sollicité, et c'est l'IDE qui programme éventuellement après une évaluation infirmière une consultation avec le psychiatre sur les jours de présence de celui-ci.
  
- Soins somatiques nécessaires pour un **patient admis en unité MCO depuis le CHS de Saint Cyr pour sa PEC somatique :**
  - o suivi infirmier ELU en liaison avec l'équipe du CHS de Saint Cyr au Mont d'Or, intervention du psychiatre de l'ELU à la demande, l'ELU faisant le lien avec le service de Saint Cyr au Mont d'Or
  - o l'EPSM ré-hospitalise sans délai le patient si les deux équipes concluent que les troubles des conduites rendent impossibles les soins somatiques en service MCO, sans que les soins somatiques ne dépassent les capacités techniques de l'EPSM.
  
- Cas particulier d'un **patient alcoolique hospitalisé pour des soins somatiques en unité MCO :**
  - o Si l'équipe somatique le demande, la situation est d'abord évaluée par l'équipe ELU, qui décide des modalités de prise en charge psychiatrique
  - o En cas de dépendance alcoolique avec pathologie psychiatrique associée (symptômes psychiatriques consécutifs à l'alcoolisme) : suivi psychiatrique ELU, PEC addiction ELSA, orientation à la sortie en concertation ELU-ELSA
  - o En cas de diagnostic principal psychiatrique et comorbidité alcoolique (par exemple patient psychotique ou dépressif avec alcoolisme secondaire) : mesures thérapeutiques, suivi et modalités de prise en charge définis par ELU – pas d'indication d'ELSA. En cas de doute, l'ELU se consulte directement avec l'ELSA.
  
- **Pathologies somatiques chroniques avec troubles psychiatriques associés :** on entend par là les symptômes psychiatriques directement consécutifs à la pathologie somatique (par exemple : cancers, algies chroniques avec troubles du comportement et/ou anxiété et/ou dépression) :
  - o suivi principal et choix d'orientation par le somaticien
  - o évaluation des troubles psychiatriques par l'ELU, propositions thérapeutiques et suivi en liaison, participation à l'orientation.
  - o pas d'indication à adresser le patient en service de psychiatrie, sauf en cas de tableau psychiatrique sévère (mélancolie avec risque suicidaire par exemple).
  
- **Pathologies somatiques principales avec diagnostic psychiatrique secondaire :** on désigne ainsi la découverte fortuite d'une pathologie psychiatrique coïncidente, et indépendante de la pathologie somatique :

- évaluation et suivi ELU pendant la durée de l'hospitalisation, proposition thérapeutique et suivi au cours de l'hospitalisation,
  - proposition et organisation de PEC psychiatrique à la sortie si nécessaire (CMP ou cabinet)
- **Troubles des conduites majeurs consécutifs à une pathologie non psychiatrique** (démence de tout type, maladie de Korsakoff, chorée de Huntington). Les services de psychiatrie de l'EPSM n'ayant pas vocation à assurer la déféctologie ni à assurer les soins de suite ou les placements en cas de maintien impossible à domicile :
- la prise en charge relève d'une prise en charge au sein du service MCO : l'équipe de liaison est sollicitée, le cas échéant en concertation avec les autres psychiatres du secteur en cas de doute sur la conduite thérapeutique à tenir.
  - lorsque la question du lieu de vie se pose : l'adressage à l'EPSM en soins sans consentement d'un patient, généralement dépendant, désorienté, voire agressif, ne solutionne pas la question du lieu de vie. Les cris incessants d'un patient atteint de Chorée, la désinhibition sexuelle d'un dément fronto-temporal ou l'errance d'un patient Alzheimer ne constituent pas des pathologies psychiatriques. **Quid d'une démence qui a une PMD ?**
  - Dans certaines situations exceptionnelles, après concertation préalable entre les psychiatres du CH de Saint Cyr au Mont d'Or et les somaticiens, un patient présentant des troubles des conduites majeurs consécutifs à une pathologie non psychiatrique peut être admis quelques jours sur l'EPSM pour une tentative d'adaptation de son traitement sédatif, avec engagement formel de son retour vers l'unité initiale
- **Mise en place ou reprise d'un suivi psychiatrique à la sortie d'une unité MCO** : lorsque le patient suivi par l'ELU pendant son séjour relève d'une prise en charge psychiatrique à la sortie, l'équipe de l'ELU se charge de son orientation, le cas échéant vers un CMP.

### Le patient hospitalisé sur EPSM de Saint Cyr au Mont d'Or

Nous avons mentionné l'examen somatique systématique à l'entrée, dans les 24h en semaine.

Les indicateurs de qualité portent sur la mesure de l'IMC et sur la réalisation de l'ECG dans le cadre de la prévention des troubles du rythme cardiaque potentiellement induits par les traitements psychotropes.

Le service de médecine générale de l'EPSM procède au décompte annuel des mutations depuis notre établissement vers des services MCO.

Tout évènement indésirable relatif à la filière d'admission d'un patient depuis un service MCO et en particulier d'un service d'urgences du GHT est transféré à la cadre de santé de l'ELU du CHNO, qui analyse le parcours, en lien si nécessaire avec les collègues des services MCO du CHNO.

### FILIERE DU PATIENT AGE

#### Indications

Relèvent de la gériopsychiatrie deux catégories de patients :

- Les pathologies psychiatriques tardives : patients présentant des symptômes psychiatriques, ou des symptômes psycho-comportementaux dans le cadre d'une primo consultation psychiatrique chez une personne âgée de plus de 65 ans
- Les patients présentant une suspicion de pathologie spécifique du vieillissement à expression psychiatrique, quel que soit l'âge du patient, en partenariat avec les gériatres et les neurologues (par exemple un tableau dépressif atypique masquant un Alzheimer précoce).

Sont donc exclus de la prise en charge spécifique de gériopsychiatrie les patients présentant un trouble psychiatrique connu, déjà pris en charge, et vieillissants.

Lorsque le suivi psychiatrique de secteur avait été interrompu depuis moins de 5 ans et qu'il reprend, la prise en charge ne relève pas de la prise en charge spécifique de gériopsychiatrie. Dans l'hypothèse où un patient psychiatrique déjà connu et suivi, présente une évolution démentielle authentifiée, le relais éventuel vers l'équipe de gériopsychiatrie se discute de gré à gré entre l'équipe de psychiatrie adulte et l'équipe de gériopsychiatrie.

Un bon fonctionnement de la filière de gériopsychiatrie au sein du GHT implique donc que :

- les conditions cliniques d'indication précédemment mentionnées sont bien respectées.
- quelques personnes âgées démentes – et pas toutes les personnes démentes - relèvent effectivement de la filière gériopsychiatrique.
- les hospitalisations de personnes âgées sur l'EPSM restent exceptionnelles, et sont discutées en amont.

#### Une équipe mobile de Gériopsychiatrie : EMGP

La spécificité des difficultés cliniques et du réseau spécifique des personnes âgées justifie la mise en place d'une équipe mobile de gériopsychiatrie, fonctionnant en concertation avec l'équipe mobile de gériatrie.

Pour cette raison, un **numéro téléphone unique** a été mis en place, qui justifie une concertation quotidienne.

L'EMGP se doit d'être réactive mais elle n'est pas une équipe d'urgence.

Le principe de son intervention est d'intervenir en amont de l'urgence, pour éviter les décisions de dernières minutes et l'attente des personnes âgées dans les services d'urgence.

Le 69G34 connaît des difficultés anciennes et persistantes à constituer une équipe mobile de gériopsychiatrie stable. Les médecins se sont succédé, et le poste reste actuellement vacant.

On compte également un absentéisme infirmier important en 2016.

Il est donc évident qu'une filière du patient âgé ne peut fonctionner qu'avec des professionnels présents sur les postes budgétés.

Au sein du 69G34, et de la filière personnes âgées, nous distinguons les deux lignes suivantes :

- La gériopsychiatrie de secteur, qui est réalisée par les CMP et qui concerne la prise en charge en consultation pour les personnes relevant d'un suivi de gériopsychiatrie.
- Le travail de l'équipe mobile de gériopsychiatrie : il ne s'agit pas d'un travail de suivi, mais d'un travail d'évaluation, d'orientation et de conseils thérapeutiques en lien avec les aidants naturels, les aidants professionnels et/ou le médecin traitant.

Compte tenu des réseaux croisés entre gériopsychiatrie de secteur et équipe mobile de gériopsychiatrie, concernant la gériopsychiatrie de secteur du CCPG, elle est assurée par la même équipe infirmière que l'équipe mobile de gériopsychiatrie

### La personne âgée à domicile

- Prise de rendez-vous : **les rendez-vous peuvent également être pris par les aidants professionnels**, dont on accepte également qu'ils accompagnent le patient lors de la consultation. Ainsi, un aidant professionnel peut activer une première consultation en CMP ou la mise en route de l'équipe mobile de gériopsychiatrie.
- L'EMGP évalue par téléphone, puis se déplace si besoin, en concertation avec l'équipe mobile de gériatrie. Les déplacements à domicile s'organisent selon un format variable non prédéterminé, soit en monôme, soit en binôme et dans cas selon un principe de mixité (psychiatrie/gériatrie, infirmier/psychologue/gérialtre/psychiatre).

### La personne âgée aux urgences

Il n'y a pas de spécificité de parcours pour la personne âgée aux urgences. On se réfère aux règles de la filière du patient adulte : l'équipe de l'ELU locale est sollicitée en horaires de journée (sur le CHNO et le CH de Tarare), et dans les autres structures (Beaujeu, Grandris, Thizy), un rendez-vous infirmier est programmé.

### La personne âgée hospitalisée sur un établissement MCO du GHT

- C'est l'équipe de liaison ELU qui est sollicitée selon les modalités habituelles propres à chaque lieu (CHNO, Tarare, Beaujeu, Grandris, Thizy)
- L'équipe mobile de gériopsychiatrie n'a pas vocation à intervenir en première ligne dans les unités MCO bénéficiant d'un partenariat avec une équipe psychiatrique de proximité (CHNO, CH Tarare, Beaujeu, Grandris, Thizy) : on sollicite alors l'infirmière de l'équipe locale. Il appartient à l'infirmière ou l'ELU locale de décider de solliciter l'équipe mobile de gériopsychiatrie pour un avis expertal
- Pour les personnes âgées hospitalisées en unité MCO du GHT en dehors des unités précédentes : l'EMGP peut être sollicitée en conformité avec les indications rappelées.

### La personne âgée hospitalisée sur l'EPSM de Saint Cyr au Mont d'Or

- Une unité est plus spécifiquement fléchée pour la gériopsychiatrie (Montesquieu), mais les taux d'occupation ne permettent pas la souplesse nécessaire et on ajoutera que les compétences sont partagées entre les trois unités.
- On rappelle que les unités de psychiatrie sont soumises à des critères de contrôle, avec demande de limiter les fermetures des services pour préserver la liberté d'aller et venir : l'obligation de fermer une unité pour un patient âgé déambulant génère donc son lot de difficultés avec les autres patients.
- Il n'y a pas d'indication à activer l'EMGP.
- La prise en charge somatique est effectuée selon la même rigueur que pour les patients adultes. On mentionnera simplement l'existence d'un indicateur annuel sur la prescription de psychotropes liés aux personnes âgées (coupe transversale).

**Quid de la personne âgée en EHPAD ou en SSR ?**

## FILIERE PATIENT DETENU

### Particularité :

L'équipe de l'USN1 a la particularité d'exercer sur place, au sein du centre pénitentiaire.

Les contraintes liées à la détention peuvent freiner régulièrement l'accessibilité aux soins (les extractions dépendent du personnel pénitentiaire, et les consultations sont parfois annulées pour des raisons de disponibilité du personnel pénitentiaire).

On mentionnera la réticence de certains détenus à solliciter une prise en charge, malgré les dispositifs proposés (boîte aux lettres à chaque étage de la détention).

Une nouvelle organisation de l'équipe psychiatrique de l'USN1 tend vers un entretien systématique de tous les arrivants, avec l'extension d'une consultation multidisciplinaire d'accueil au sein même du quartier arrivant.

L'équipe de l'USN1 assure sur place une prise en charge ambulatoire, et des prises en charge groupales.

Les éventuelles indications d'hospitalisation concernent dans une moindre fréquence la filière des patients détenus du GHT, dans la mesure où bon nombre d'hospitalisations se traitent de gré à gré entre l'équipe psychiatrique de l'USN1 et les services psychiatriques d'aval concernés.

Dans la mesure où certaines admissions sur l'EPSM se traitent en urgence en dehors de la présence de l'équipe psychiatrique USN1, nous rappellerons ici les problématiques :

- Les hospitalisations de jour sont organisées sur le SMPR de la maison d'arrêt de Corbas, et se traitent entre équipes de psychiatrie.
- Toutes les hospitalisations à temps plein sont théoriquement orientées sur l'UHSA du Vinatier, après accord entre équipes psychiatriques. En l'absence de place, et si l'indication d'hospitalisation paraît imminente, le patient est adressé par défaut sur l'EPSM selon l'article D398 du code de procédure pénale : ce type d'admission se décide parfois en urgence, sans que l'équipe psychiatrique de l'USN1 ne soit associée à la décision.
- L'hospitalisation en **D398 au sein de l'EPSM** pose des questions particulières : conformément aux recommandations réitérées du contrôleur général des lieux de privation de liberté, la règle est de traiter le patient détenu comme un patient ordinaire : cela signifie que l'isolement thérapeutique ne doit être justifié que par des considérations cliniques, de même que toutes les consignes relatives à la liberté d'aller et venir. On mentionnera néanmoins que l'organisation ordinaire et répandue d'un service de psychiatrie générale ne permet pas de filtrer avec certitude les appels téléphoniques adressés aux patients et les visites reçues par le patient ou par d'autres patients. Nous ne doutons pas que l'hypothèse d'un patient qui serait par ailleurs un détenu particulièrement surveillé, l'administration pénitentiaire nous informerait directement de toute précaution particulière éventuelle relative à la question de l'ordre public.

- On terminera par la problématique des patients détenus sortis ou en voie de sortie de la détention, et condamnés à une **obligation de soins judiciaire** :
  - On rappellera que la demande est prescrite par l'ordre judiciaire. On insiste sur le fait que les obligations de soins sont en augmentation constante. Dans ces situations, l'appropriation spontanée de l'indication par le consultant est rarissime. Les pathologies psychiatriques avérées, c'est-à-dire qui relèveraient sans discussion d'une indication de soins pour une consultation de droit commun, sont également très rares.
  - Les équipes des CMP se donnent le temps d'évaluer si une demande apparaît, malgré son caractère de prescription judiciaire.
  - Sur ces bases, le psychiatre et seulement un psychiatre peut remettre exclusivement au patient un certificat de fin de prise en charge dans trois situations :
    - Certificat de fin de la prise en charge et consolidation des symptômes, même avant la fin de l'obligation de soins
    - Certificat d'arrêt de la prise en charge en l'absence d'indication de prise en charge : le certificat se bornera à mentionner l'absence d'indication de prise en charge.
    - Certificat d'arrêt de la prise en charge en l'absence de motivation du consultant qui vient seulement récupérer son attestation de consultation : dans ce cas également, le certificat se bornera à mentionner l'absence d'indication de prise en charge.

## LES AMELIORATIONS POSSIBLES

### Ouvrir une ligne d'électro-convulsivothérapie (ECT) pour le Rhône Nord-Ouest

Un bilan avait mis en évidence pour l'activité de l'année 2013 une sous-prescription de 2,5 fois pour les patients habitant sur les secteurs de Saint Cyr au Mont d'Or, par rapport aux autres territoires rhodaniens.

Cette sous-prescription ne saurait s'expliquer en raison d'une différence liée à la population. L'importance de la filière gériatrique du nord du département et du val de Saône devrait au contraire être pourvoyeuse de prescription.

On rappellera ici que les prescriptions de psychotropes et notamment d'antidépresseurs sont bien moins tolérées chez la personne âgée que les anesthésies générales courtes pour les ECT.

Les deux EPSM du Rhône fonctionnent chacun avec un budget en DAF pour leurs unités ECT. Après prise de contact, le centre hospitalier le Vinatier n'est pas en capacité d'augmenter le nombre de ses séances de sismothérapies, et l'EPSM de Saint Jean de Dieu limite les indications aux patients de son secteur.

Dans un contexte de GHT comprenant plusieurs services d'anesthésie et un EPSM, il est incontournable d'envisager un projet commun de mise en place d'ECT :

- les indications seraient posées par un psychiatre du 69G34, lequel pourrait se déplacer auprès des patients

- les actes seraient réalisés dans une des unités d'anesthésie du GHT : le CHNO apparaît le mieux placé géographiquement, au regard de la plus forte densité de population du nord du département.

Ce système aurait pour avantage de simplifier le circuit décisionnel et logistique pour les patients hospitalisés à Saint Cyr au Mont d'Or (pas de nécessité d'ambulance, ni de personnel retiré des unités d'hospitalisations pour le transport pour les consultations, et pour les accompagnements aux séances).

La séance ECT est cotée dans la classification des actes médicaux donnant lieu à facturation en T2A. Si le CHNO engage une ligne de soins d'ECT, il conviendrait alors d'envisager les modalités de financement des moyens en personnels pour le 69g34 par un dispositif conventionnel au sein du GHT, entre SCMO et CHNO

L'équilibre financier pour le CHNO serait garanti par la filière hors-hospitalisation.

Si le secteur public ne parvenait pas à trouver de solution conforme aux besoins de la population, l'EPSM pourrait envisager par défaut un partenariat avec le groupe CAPIO qui sollicite le 69g34 pour des partenariats.

#### **Un partenaire potentiel : le Centre Caladois de Psychiatrie Ambulatoire (CCPA):**

L'hôpital de jour de Gleizé fait preuve de réactivité dans la mise en œuvre des soins (moins de 10 jours entre la demande et le début des soins), mais la patientèle accueillie (troubles graves de la personnalité, psychoses) ne se prête pas forcément à l'accueil de problématiques telles que le stress professionnel, les troubles névrotiques, la dépression et les troubles psychiques de l'adolescence (phobie scolaire, dépression, psychose émergente).

Le groupe INICEA va déposer une demande d'ouverture pour un Centre Caladois de Psychiatrie Ambulatoire, qui s'installerait à Villefranche sur Saône.

Il conviendra de développer la filière et de préciser les règles d'orientations vers le CCPA depuis le CMP pivot du 69g34, en particulier en provenance de l'ELU et de l'équipe du DAC.

#### **Une équipe mobile de précarité (EMP) :**

Compte tenu de l'étendue du territoire et des nombreux îlots de pauvreté, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, il est probable que les priorités de projet territorial de santé mentale prennent en compte les modalités de soutien par la psychiatrie aux situations de détresse psychosociale et de précarité.

Dans l'hypothèse d'un appel d'offre, il conviendra d'envisager la façon d'associer la filière somatique dans toute mise en place éventuelle d'une équipe mobile de précarité.

La mission générale de l'EMP sera d'assurer une interface entre les dispositifs sociaux d'urgence, de stabilisation, de réinsertion et les secteurs de psychiatrie générale : ce dispositif existe sur la métropole, mais pas sur le nord du département.

Les CLSM de l'ouest et le nord de nos territoires ont embauché leur coordonnateur de CLSM, ce qui va permettre de structurer les CLSM, et faire inévitablement émerger les problématiques de l'exclusion. En se rendant auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion, et identifiées à risque, dans les quartiers difficiles en milieu urbain (Tarare, Villefranche, Belleville

notamment) et dans les institutions sociales, l'EMP aura pour mission afin de faciliter le repérage précoce, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il sera indiqué.

Elle devra nécessairement assurer l'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion. Sur un territoire de cette étendue, il nous semble légitime de prévoir du temps de médecin somaticien.

Une articulation avec la PASS du CHNO pour les problématiques somatiques semblerait légitime, de façon à rendre la PASS territoriale. De même, l'EMP permettrait d'apporter une compétence psychiatrique à la PASS du Rhône, pour éviter le recours extraterritorial – et donc compliqué en pratique – à la PASS du Vainatier.

### **Une équipe de psychiatrie territoriale de liaison dans toutes les structures MCO du GHT**

Nous avons développé les modalités d'intervention des équipes de liaison dans les plus gros hôpitaux et dans de plus petites structures de proximité historiquement situées à proximité des CMP (Beaujeu, Grandris), à partir d'équipes psychiatriques de proximité (ELU ou CMP).

Cependant plusieurs structures déplorent à juste titre l'absence de temps de psychiatre : notamment le CH de Trévoux, qui accueille des patients en post-urgence depuis le CHNO, mais aussi le CH de Belleville, ou encore les centres intercommunaux des communes alentour de Bourg de Thizy.

Le rayon d'action de notre équipe de psychiatrie territoriale de liaison (EPTL) devrait couvrir tout le territoire du 69g34.

La logique territoriale implique une intervention sur les structures du GHT de l'Ain : la question se pose précisément pour le CH de Trévoux et l'UHR de Clairval à Reyrieux (qui dépend du CH de Trévoux). Sa capacité à intervenir sur les structures du GHT de l'Ain dépendrait des effectifs de l'équipe de l'EPTL.

L'EPTL pourraient également assurer des consultations avancées de psychiatrie sur le GHT et la psychiatrie de liaison dans les structures délaissées. Cela permettrait d'améliorer le dépistage et la prise en charge des patients psychiatriques sans distinction de secteur psychiatrique au départ, avant de les orienter le cas échéant vers leur CMP de référence au sein du PRNO, ou vers un autre secteur de rattachement.

### **Une équipe de gérontopsychiatrie implantée avec l'équipe mobile de gériatrie :**

Le projet prévoyait l'installation dans les locaux communs au sein du CHNO, avec les avantages suivants :

- mixité et réactivité optimales des deux équipes
- proximité des consultations spécialisées (neurologie notamment) pour les consultants

Le projet est en suspens, avec l'espoir d'une mise à disposition gracieuse de ces espaces, par le CHNO à l'EPSM, dans le cadre d'un partenariat de GHT.

### **Un recours facilité aux consultations ou examens spécialisés pour les patients de l'EPSM**

Cette question concerne les patients hospitalisés à SCMO pour lesquels sont notamment demandés un avis complémentaire de neurologie, cardiologie, endocrinologie, rhumatologie ou gynécologie, ou bien une IRM et en particulier les IRM cérébrales pour les patients déficitaires. Les délais de rendez-vous retardent la sortie. Les équipes de SCMO appellent plusieurs structures ce qui cause une perte de temps considérable.

Concernant la problématique des IRM pour nos patients déficitaires : elles doivent être réalisées sous anesthésie générale courte, et le protocole prévoit qu'on les hospitalise sur le CHNO.

**Pourrait-on envisager de réserver des créneaux pour les patients hospitalisés à SCMO, en adaptant le rythme des créneaux prioritaires au flux des demandes en provenance de SCMO ?**

**Est-il possible d'accueillir un patient déficitaire à son IRM au CHNO le matin à jeun, et de le renvoyer sur SCMO le soir après son réveil ?**

### **L'astreinte opérationnelle de psychiatrie sur le CHNO peut aussi donner des avis :**

Dans de nombreuses situations, l'urgentiste a toute compétence pour prendre les décisions immédiates. Mais il convient absolument d'éviter de maintenir le patient en attente jusqu'au lendemain de l'astreinte si un avis psychiatrique urgent est effectivement requis.

On rappelle que l'astreinte de psychiatrie est opérationnelle : le psychiatre d'astreinte se déplacera sur demande, et il peut également être sollicité pour donner un avis par téléphone à son collègue urgentiste.

### **Augmenter l'information et la connaissance réciproque :**

L'éloignement d'une part, mais également les fonctionnements parallèles d'autre part ne facilitent pas la connaissance de l'activité des uns et des autres.

Nous pourrions par exemple envisager des interventions croisées entre services (consentement et soins sans consentement pour les somaticiens, information des services des unités de psychiatrie sur les enregistrements du sommeil, il ne s'agit que d'exemples non limitatifs).

**Il conviendra également que le 69G34 mette en place des plaquettes d'information sur ces structures qui seront donc disponibles dans les structures MCO du GHT.**

### **Activation de CREX pour les patients inadéquats :**

Ces comités de retours d'expérience, s'adresseraient aux patients jugés inadéquats par les partenaires du GHT, par exemple pour certains patients neurologiques, pour la gérontologie, ou pour le degré de priorité de la prise en charge somatique.

Nous savons tous que l'enjeu concerne les bedblockers, sachant que la psychiatrie génère elle aussi ses propres bedblockers, dans le cadre des évolutions déficitaires des psychoses schizophréniques.

Un autre enjeu concerne la refacturation à l'EPSM du début des séjours en cas de transfert depuis une hospitalisation complète à Saint Cyr au Mont d'Or vers une unité MCO.

On peut envisager plusieurs niveaux :

- un 1<sup>er</sup> niveau d'échange entre praticiens et services : sans activation du CREX

- un 2<sup>ème</sup> niveau d'activation : en l'absence d'accord au niveau 1, activation du CREX à distance, par mailing entre médecins concernés, avec implication des chefs de service respectifs
- un 3<sup>ème</sup> niveau : rencontre sur le site où le patient faisant l'objet d'un désaccord est hospitalisé, avec participation des chefs de service et chefs de pôle

## **LES MOYENS NECESSAIRES**

### **ECT :**

La convention interne au GHT entre EPSM et CHNO devra prévoir la réalisation des ECT pour les patients hospitalisés sur l'EPSM, mais aussi le financement par réversion d'une part de la T2A générée de :

- 0,4 ETP de psychiatre pour la consultation avancée (le médecin se déplace, mais pas les patients),
- 1 ETP IDE pour les accompagnements des patients en hospitalisation complète sur Saint Cyr au Mont d'Or et pour l'accompagnement des patients sur site de l'ECT le jour de la réalisation des séances
- 0,5 ETP de secrétaire médicale pour la prise des rendez-vous et la rédaction des comptes rendus.

### **Equipe mobile précarité**

1 ETP de psychiatre et 2 IDE

Temps de somaticien à déterminer en concertation avec les collègues MCO

### **Equipe de psychiatrie territoriale de liaison**

1 ETP de psychiatre et 2 IDE

### **Le dossier du patient :**

L'objectif est de tendre vers une unicité du système d'information médicale au sein du GHT. Les dossiers patients différents entre les unités complexifient la fluidité de l'information médicale.

En termes de confidentialité, le système d'information médicale devra prendre en compte les éléments suivants : des consultants du 69G34 sont aussi des salariés, des enfants ou des parents de salariés du CHNO ou des MCO, et des consultants des unités MCO du GHT sont aussi des salariés ou des enfants ou parents de l'EPSM. La stratégie de confidentialité devra protéger la confidentialité de toute indécatesse, tout en permettant la continuité de l'information médicale. Il est légitime d'espérer des financements régionaux dans le cadre de la modernisation régionale des SIH de notre GHT particulièrement étendu.

## **INDICATEURS DE SUIVI**

Suivi de l'activité :

- Suivi annuel de l'évolution de l'activité (file active et actes) des unités suivantes : ELU, équipe de liaison et d'urgence de Tarare, ELSA, USN1, EMG, et UTPAC
- nombre de visites à domicile réalisées par les équipes mobiles, et délai entre le premier appel et première rencontre du patient

Indicateur de dysfonctionnements :

- mutation de Saint Cyr au Mont d'Or vers le CHNO : valeur absolue, pourcentage de réadressage, durée moyenne entre l'arrivée et le nouveau transfert
- nombre de CREX activés, nombre de désaccords non solutionnés



## FILIERE PEDOPSYCHIATRIE

La pédopsychiatrie est inscrite depuis de nombreuses années dans la collaboration avec le CHNO. Elle s'est formalisée dans le cadre de la CHT et se poursuit dans celui du GHT en développant deux domaines essentiels, **les adolescents et la périnatalité**.

### **I - LES ADOLESCENTS :**

#### **A - Etat des lieux :**

##### 1) L'équipe adolescents du pôle I06 :

Il s'agit d'une équipe transversale qui a développé :

- Une action sectorisée ambulatoire avec des prises en charge individuelles (consultations, psychothérapie) ou groupales, réparties sur l'ensemble du territoire.
- Une collaboration avec le service de la pédiatrie du CHNO avec comme base le CATTTP adolescents basé au sein du CHNO.
- Les données chiffrées de son activité : la file active, nombre d'actes.

Année/Acte	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	File active	Nb d'actes										
CATTTP ADO ANSE			1	1	12	251	12	289	12	419	9	259
CATTTP ADO CH VILLEFRANCHE	13	21	9	28	23	404	34	718	33	686	21	548
I06 ADO ANSE	61	260	69	267	65	370	34	255	33	201	36	194
I06 ADO BELLEVILLE	53	146	41	142	52	163	41	129	64	224	60	158
I06 CMP ADO CH VILLEFRANCHE	114	432	149	585	190	756	142	655	103	437	41	153
I06 CMP ADO GLEIZE	113	724	111	750	108	652	113	746	97	688	84	798

2) Le CMP adolescents du pôle I10 :

- Localisé à Tarare. Il s'agit également d'une activité ambulatoire avec des prises en charge individuelles ou groupales.
- Les données chiffrées sont : la file active, le nombre d'actes.

Année/Acte	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	File active	Nb d'actes										
<b>Unité Soins</b>												
I10 CATTP ADO TARARE DOLET	1	1	1	1	30	212	26	285	29	296	23	236
I10 CMP ADO TARARE DOLET	194	1507	219	1948	204	1812	224	2198	202	2091	178	2093

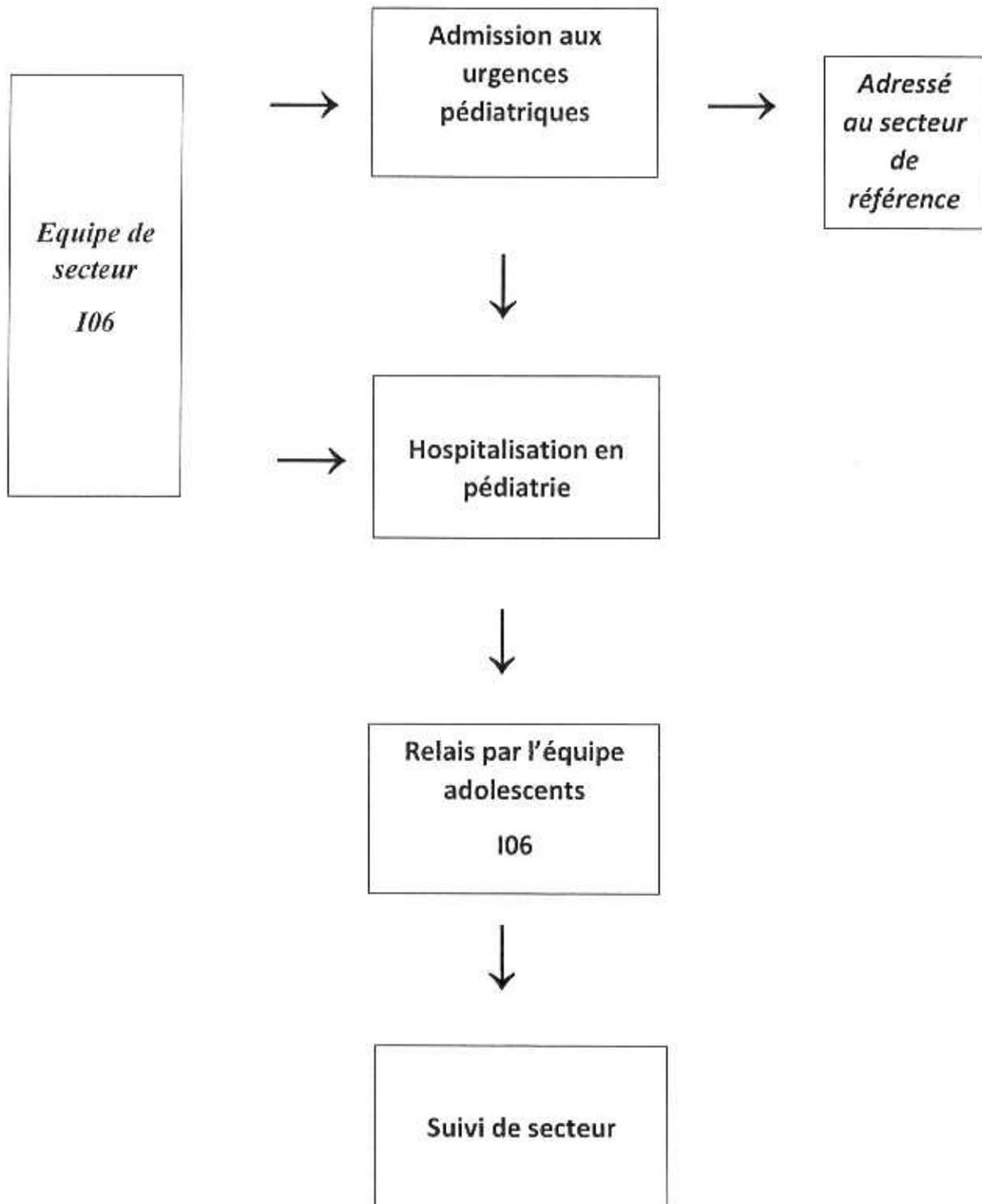
3) La pédopsychiatrie de liaison :

- Le pôle I06 a redéployé en direction de la pédiatrie 0,7 ETP de pédopsychiatrie qui assume :
  - Le suivi psychiatrique des enfants et adolescents hospitalisés en pédiatrie,
  - Des consultations en pédiatrie,
  - Des consultations en post-hospitalisation,
  - Des consultations dans le cadre du service des urgences pédiatriques.
- Les données chiffrées :

Année/Acte	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	File active	Nb d'actes										
<b>Unité Soins</b>												
I06 CMP CH VILLEFRANCHE	398	949	365	857	323	888	361	961	305	981	262	978

## B - Le parcours du patient :

Le parcours du patient significatif est celui d'un adolescent admis aux urgences. Il y est vu en consultation par le pédopsychiatre de liaison qui prononce ou non une hospitalisation en pédiatrie. Lors de son séjour, une collaboration s'établit avec l'équipe ados pour un relais des soins auprès du secteur.



## **C - Intérêt et dysfonctionnement :**

- L'intérêt majeur est celui d'une continuité de prise en charge, essentielle en ce qui concerne la population des adolescents pour lesquels l'accès aux soins est difficile.

## **D - Mesures prises pour améliorer le parcours de prise en charge :**

Depuis le mois d'octobre 2016, nous avons effectué un redéploiement de soignants de l'équipe adolescents dans le service de pédiatrie pour un travail de pédopsychiatrie de liaison quotidien.

## **E - Améliorations à poursuivre :**

Il conviendra d'augmenter la capacité de la pédopsychiatrie de liaison selon deux axes :

- Créer un temps plein de pédopsychiatre de liaison, compte tenu de l'augmentation très importante des besoins.
- Créer une capacité d'accueil de jour couplée à une équipe mobile dans le cadre d'un CTB dont le projet a été validé au CPOM du Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or.
- La création du CTB figure dans le projet d'établissement de St Cyr. C'est l'une des trois structures complémentaires pour l'ensemble du territoire avec un hôpital de jour pour adolescents psychotiques et/ou déficitaires à Tarare et un hôpital de jour adolescents-jeunes adultes dans le 9<sup>ème</sup> arrondissement.

## **II - LA PERINATALITE :**

### **A - Etat des lieux :**

La problématique de la périnatalité est prise en compte autour de :

#### 1) L'équipe périnatalité-petite enfance du pôle I06 :

- Il s'agit d'une équipe en cours de constitution qui est amenée à intervenir à la fois dans le domaine de la prévention et des difficultés liées à la périnatalité et à la fois dans le suivi des 0-4 ans qui présentent des troubles de la personnalité et du développement.

- Données chiffrées :

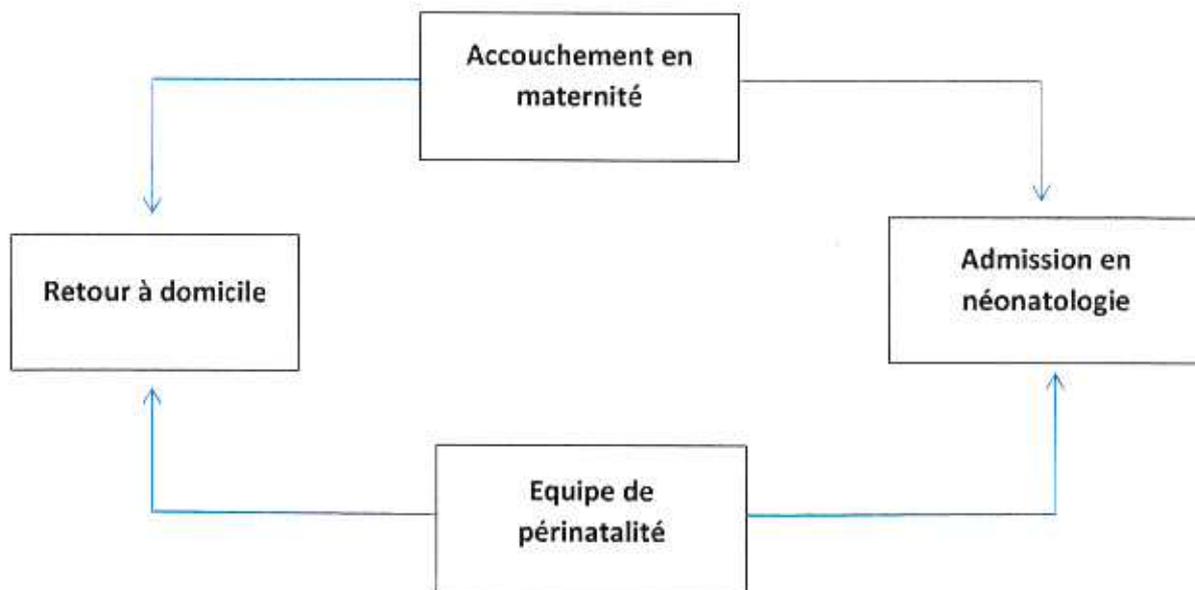
ANNEE	I06 CATTP PETITE ENFANCE PERI		I06 CMP PETITE ENFANCE PERI	
	File active	Nb Actes	File Active	Nb Actes
2011	9	26	117	837
2012	6	5	139	1122
2013	9	270	140	1392
2014	17	464	148	1439
2015	27	613	169	1750

2) Du service maternité du CHNO :

- Ce service prend en charge les problématiques et difficultés liées à la périnatalité.
- Données chiffrées :

**B - Le parcours du patient :**

Il s'agit de la prise en charge des difficultés mère-enfant autour de l'accouchement en maternité et de leur prévention.



### **C - Intérêt et dysfonctionnement :**

- L'intérêt est d'installer un réseau qui permettra des liens entre les différentes institutions en charge des problématiques liées à la périnatalité (PMI, sages-femmes libérales, ADIAF, ADMR, psychiatrie adulte et pédopsychiatrie...).
- Les dysfonctionnements :
  - Au niveau de la maternité : il existe des consultations psychologiques mais leur capacité est notoirement insuffisante et leur mode d'action est rendu compliqué par le turn-over des patients. Ceci est particulièrement sensible dans des situations qui nécessiteraient un travail de prévention laissé de côté par manque de temps : les situations peu bruyantes où les difficultés apparaissent en différé, les accouchements traumatiques (hémorragies, bradycardie du nouveau-né, cancer du sein concomitant,...).
  - Au niveau de la néonatalogie : la problématique des grands prématurés nécessiteraient des relais plus efficaces au moment du retour à domicile.

### **D - Mesures prises pour améliorer le parcours du patient :**

- Ont été mises en place des réunions cliniques avec les psychologues de la maternité et de l'équipe de secteur.
- Ont été mises en place des RCP une fois tous les deux mois avec la PMI, la psychiatrie adulte, la maternité, la polyclinique, l'ADIAF, l'ADMR et l'équipe de secteur.

### **E - Améliorations à poursuivre :**

- Il conviendrait de :
  - Développer les temps d'intervention conjoints avec les psychologues de la maternité et de l'équipe de périnatalité pour une prévention efficace dans les situations de grossesses pathologiques, de problèmes somatiques graves associés et d'accouchement traumatique.
  - Développer les interventions en néonatalogie pour assurer le relais avec la PMI et les prises en charge par l'équipe de périnatalité.
  - Permettre un accueil de jour pour les mères qui le nécessitent au centre de périnatalité.
  - Développer les VAD par l'équipe de périnatalité au-delà du seul territoire de Villefranche.
- Pour cela, il est nécessaire de réaliser la dernière phase de l'installation du centre d'accueil en périnatalité, validé au CPOM de St Cyr.

GHT RHONE-NORD – BEAUJOLAIS – DOMBES

Annexe 6

CREATION D'UN PARCOURS DE SOINS  
ADAPTE AUX PATIENTS ATTEINTS  
D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

## 1 – DEFINITION DU PARCOURS

L'Accident Vasculaire Cérébral est la première cause de handicap acquis de l'adulte en France, et la troisième cause de mortalité (la deuxième chez la femme). Il est également la deuxième cause de déclin cognitif derrière la Maladie d'Alzheimer.

Par ses conséquences, l'AVC relève donc d'une prise en charge nécessairement pluridisciplinaire, mettant en lien des acteurs professionnels spécifiques à chaque étape de l'évolution de la maladie.

Comme l'a montré le rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France [1], le parcours coordonné des patients ne peut se limiter à la phase initiale de l'AVC : en effet, si l'admission en unité neurovasculaire est un maillon essentiel de la prise en charge, celle-ci est également dépendante d'une filière d'aval, dont les soins de suites et réadaptation occupent une position stratégique, tant sur le plan du pronostic de récupération en post-AVC, que sur la fluidité de la filière.

Enfin, « l'aval de l'aval » des UNV, c'est-à-dire le secteur médico-social, USLD et EHPAD, devra également être pris en compte comme l'un des axes du parcours des patients les plus lourdement dépendants.

L'analyse médico-économique issue des données PMSI de l'HNO-Villefranche place l'AVC au 3<sup>ème</sup> rang des GHM du site, derrière les maladies cancéreuses et les pathologies traumatiques, justifiant l'organisation d'une filière de soins spécifique, intégrant notamment une organisation coordonnée et lisible de l'aval de l'UNV.

## 2 – METHODOLOGIE

### 2.1 – Groupe de travail

Le groupe de travail s'est réuni entre septembre 2016 et mars 2017, réunissant des professionnels médicaux et paramédicaux des sites hospitaliers du GHT.

Tous les sites étaient représentés à l'exception de l'hôpital local de Grandris :

- **Hôpital Nord-Ouest Villefranche**  
Dr Anne Nové-Josserand – Neurologue  
Dr Max HAÏNE – Gériatre  
Mme Dominique MOLIMARD – Cadre de rééducation
- **Hôpital Nord-Ouest Tarare**  
Dr Emilie Verrière – Gériatre  
Dr Christine Mounayer - MPR  
Dr Zoubir Djeddou – Gériatre  
Mme Hadda Ratéfiarison – Cadre de santé
- **Hôpital Nord-Ouest Trévoux**  
Dr Marie-Rose Ferrier – Gériatre
- **Hôpitaux Saône-Beaujolais** (Centres hospitaliers de Belleville sur Saône et Beaujeu)  
Dr Angélique Coulon – Médecin Urgentiste  
Mme Barbara Monel – Ergothérapeute

## **2.2 – Méthode de travail**

Le groupe de travail a utilisé la méthode du chemin clinique recommandée par la HAS (2004, 2014) [20].

Cette méthode vise :

- à identifier toutes les étapes de la prise en charge
- à répertorier les professionnels
- à adapter les pratiques de soins aux recommandations professionnelles
- à mettre en évidence les axes d'amélioration sur l'ensemble de la filière de soins

## **2.3 – Etapes de la prise en charge de l'AVC**

### **2.3.1 – Phase initiale**

Cette étape regroupe les phases d'alerte, pré hospitalière et hospitalière initiale.

### **2.3.2 – Post-AVC**

La littérature ne définit pas de façon précise, de période spécifique permettant de suivre l'évolution d'un AVC. Toutefois, un découpage de temps en 3 phases d'évolution post-AVC est communément admis [13, 22] :

#### **a – Phase aigue**

Avant le 14<sup>ème</sup> jour

#### **b – Phase subaigüe**

Du 14<sup>ème</sup> jour à 6 mois

#### **c – Phase chronique**

Après 6 mois

## **2.4 – Population concernée**

Les patients hospitalisés dans les établissements du GHT Rhône-Nord-Beaujolais-Dombes pour AVC ischémique ou hémorragique, quel que soit l'âge.

## **2.5 – Périmètre d'application – objectifs du parcours**

La définition d'un parcours coordonné du patient atteint d'AVC a pour objectif principal l'organisation d'une trajectoire de soins lisible par tous les acteurs professionnels intervenant auprès de patients atteints d'AVC ischémique ou hémorragique. Celle-ci doit permettre de simplifier les échanges entre établissements du GHT susceptibles d'accueillir ces patients et au final de raccourcir les délais de prise en charge, à toutes les étapes du processus, au bénéfice des patients.

A l'échelle du GHT, la création d'un parcours coordonné du patient atteint d'AVC est associée à l'identification d'unités « compétentes », au sein desquelles l'ensemble des professionnels, médicaux et paramédicaux, devra développer des aptitudes spécifiques à la prise en charge de l'AVC.

## 2.6 – Professionnels concernés

Le parcours met en lien l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux pouvant d'intervenir au cours de l'évolution de l'AVC :

- médecins urgentistes
- neurologues
- gériatres
- médecins rééducateurs (MPR)
- médecins généralistes
- Infirmiers
- Rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, Moniteurs d'Activité Physique Adaptée)
- Psychologues
- Hospitalisation à domicile
- Travailleurs sociaux
- Equipes mobiles hospitalières (EMG, EMSSR)

## 3 – RECOMMANDATIONS – DONNEES DE LA LITTERATURE

### 3.1 – Prise en charge initiale

Dans ses recommandations de 2009, la Haute Autorité de Santé [2] considère l'AVC comme une urgence absolue.

Elle recommande que les patients adressés vers un **établissement disposant d'une UNV** doivent être pris en charge dès leur arrivée par un médecin de la filière neurovasculaire.

Par ailleurs, elle recommande également que les **établissements recevant des AVC et ne disposant pas d'UNV** doivent structurer une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec une UNV.

Elle précise enfin que **la thrombolyse intraveineuse des infarctus cérébraux est recommandée jusqu'à 4 heures 30 après l'apparition des premiers symptômes d'infarctus cérébral**. Elle doit être effectuée le plus précocement possible (grade A).

Plus récemment, l'étude hollandaise MR CLEAN [3] a démontré l'intérêt d'une approche synergique combinant thrombolyse intraveineuse et thrombectomie mécanique pratiquée chez des patients entre **18 et 80 ans avec occlusion artérielle proximale de la circulation antérieure dans les 6 heures suivant le début des symptômes**. Cette étude objective un gain indiscutable en termes de handicap neurologique par rapport à la thrombolyse classique.

Ces résultats sont repris par la société française neurovasculaire dans ses préconisations [4].

### 3.2 – Phase aiguë post-AVC

#### a – Hospitalisation en UNV

Le bénéfice de l'hospitalisation des AVC en unité spécialisée est étudié depuis de nombreuses années [9,10].

Dans une méta-analyse portant sur 28 essais randomisés et 5855 patients, Langhorn & al. ont démontré la supériorité des unités neurovasculaires tant sur le plan de la survie que sur l'indépendance fonctionnelle et le retour à domicile [5,6,7].

Ces données sont confirmées, en dehors des essais randomisés, en pratique clinique courante : une méta-analyse portant sur 25 études observationnelles montre que l'hospitalisation en unité neurovasculaire réduit significativement le risque relatif de décès de 21%, celui de décès ou de dépendance à 1 an de 23% [8].

**Tout patient atteint d'accident vasculaire cérébral doit donc pouvoir bénéficier d'une hospitalisation en unité neurovasculaire** [2].

L'influence du délai d'admission en UNV a été évaluée par une équipe italienne sur 2041 patients consécutifs pris en charge en UNV à la phase aiguë d'un AVC : 35,8% étaient hospitalisés à moins de 3 heures des premiers symptômes, 62,4% à moins de 6 heures, et 37,6% au-delà de 6 heures. Si la mortalité n'était pas significativement différente, le résultat fonctionnel à 3 mois, évalué par le score NIHSS, était meilleur dans le groupe des patients hospitalisés à moins de 3 heures [11].

**L'admission précoce en UNV améliore donc le pronostic fonctionnel.**

En dépit de ces données, la proportion d'AVC hospitalisés en UNV en France en 2014 atteignait seulement 51,5% pour les AVC ischémiques et 33,2% pour les AVC hémorragiques. Parallèlement, d'importantes disparités régionales des patients hospitalisés sont observées [12].

## **b – Rééducation précoce**

Les unités neurovasculaires accueillent les patients atteints d'AVC et doivent être des entités dédiées, possédant une équipe spécialisée, pratiquant des soins multidisciplinaires, dont la mobilisation précoce, axée sur la rééducation [14].

Un certain nombre de complications post-AVC sont associée à l'immobilité. Plusieurs référentiels recommandent une mobilisation la plus précoce possible, si possible dès le début de l'hospitalisation [13, 15].

Cependant il existe un niveau de preuve modéré au regard du peu d'essai randomisés ayant pu être analysés, avec des résultats peu significatifs. Pour Bernhardt & al., il n'existe pas de preuve suffisante permettant d'affirmer ou d'infirmer le bénéfice d'une rééducation précoce (dans les premières 24 heures) [16].

Pour autant, une étude australienne met en évidence, dans un essai randomisé de 71 patients, une reprise plus rapide de la marche lorsque la rééducation a été très précoce et intensive, sans influence, toutefois, sur le nombre d'évènement indésirable à 3 et 12 mois [17].

**La Haute Autorité de Santé recommande de débiter la rééducation motrice dès que possible** [13].

## **c – Orientation des patients**

Les sociétés savante de médecine physique et rééducation (FEDMER – SOFMER) définissent 4 parcours de soins en fonction de la sévérité des déficiences [21] :

- Catégorie 1 : 1 seule déficience, autonomie de marche, sans besoin d'évaluation de l'autonomie et de l'environnement (exemple : déficit isolé du membre sup, trouble isolé du langage sans déficit de compréhension)
- Catégorie 2 : plusieurs déficiences, ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche, potentiel de récupération, projet d'autonomie probable
- Catégorie 3 : Plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (troubles de mémoire, du langage ou des fonctions exécutives) et / ou troubles du comportement, potentiel de récupération limité, projet d'autonomie partielle ou impossible
- Catégorie 4 : accident gravissime, associant de multiples déficiences, aucun projet d'autonomie n'est envisageable (ex. : locked-in syndrome, EVC, EPR)

- **Retour à domicile** (catégorie 1)

Un patient peut relever d'une prise en charge à domicile s'il présente des déficiences légères à modérées [15], ne justifiant pas une surveillance médicale quotidienne, nécessitant au maximum une prise en charge kinésithérapique et orthophonique et/ou bénéficiant d'un environnement favorable. La sortie doit être préparée et nécessite l'intervention coordonnée d'acteurs du champ des soins de la ville, de l'hôpital mais aussi de l'aide à domicile. Le retour à domicile dépend également de la situation socio-familiale du patient et des facteurs pronostiques péjoratifs reconnus que sont le degré d'atteinte fonctionnelle et neurologique, l'existence de troubles cognitifs, de dépression, d'une aphasie et d'une incontinence urinaire.

Dans ce contexte, une équipe espagnole (San Segundo & al.) a proposé un modèle prédictif de l'échec du retour à domicile à 7 variables [18] : isolement social, Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF) à l'entrée inférieure à 50, âge supérieur à 75 ans, hémiparésie gauche, barrières architecturales, antécédents cardiovasculaires et sexe masculin.

- **Médecine Physique et Rééducation** (catégorie 2)

Un patient peut être orienté en Médecine Physique et de Réadaptation s'il nécessite des soins complexes ou quantitativement de rééducation et/ou de réadaptation [21] et une surveillance médicale justifiant l'hospitalisation complète ou non. Il est reconnu que c'est l'état clinique du patient qui doit être pris en compte et non des considérations d'opportunité ou d'âge. Il est nécessaire que le patient ait un potentiel de récupération et la capacité de comprendre et d'adhérer à la rééducation (**absence de détérioration cognitive**). Cette évaluation du potentiel de récupération est primordiale. Il convient ainsi d'estimer la gravité de l'hémiplégie, les scores d'incapacité (MIF, Index de Barthel), les scores quantitatifs de déficit moteur (index moteurs) ainsi que l'altération de l'état général, la fatigabilité et l'aptitude à l'effort. Par ailleurs, la rapidité de la prise en charge en rééducation fonctionnelle est un élément important de devenir fonctionnel surtout si le sujet est jeune.

- **Soins de suite et réadaptation** (catégorie 3)

Un patient peut être admis en **Soins de Suite et Réadaptation non-MPR si les besoins en rééducation sont moindres**, s'il est polypathologique et nécessite une prise en charge médicale importante, s'il est trop fatigable ou si l'environnement humain et/ou architectural ne permet pas d'envisager un retour à domicile immédiat.

- **Long séjour** (catégorie 4)

Lorsqu'aucun projet de rééducation n'est envisageable, dès la phase aigüe ou subaigüe, et lorsque l'état de dépendance est incompatible avec le retour à domicile.

### 3.3 – Rééducation post-AVC

#### a – Rééducation motrice

Selon l'OMS, « la réadaptation constitue l'ensemble des mesures ayant pour objet de rendre au malade ses capacités antérieures et d'améliorer sa condition physique et mentale, lui permettant d'occuper par ses moyens propres une place aussi normale que possible dans la société » [13].

Plusieurs travaux ont démontré que la récupération fonctionnelle est améliorée par un traitement rééducatif actif sur les régions atteintes, tant en intensité [23, 24] qu'en fréquence [19].

S'il est recommandé de débiter la rééducation précocement, les gains n'apparaissent toutefois qu'après des temps consacrés à la rééducation suffisamment longs.

La Haute Autorité de Santé recommande [13] :

- Précocité :
  - débiter la rééducation dès que possible (dès la phase aigüe) (AE)
  - à la phase aigüe, chez le patient ne présentant pas d'activité motrice, stimuler la fonction sensitive (AE)
  - de débiter la rééducation fonctionnelle de la marche dès que possible et de la poursuivre tout au long de l'évolution de l'AVC pour améliorer l'indépendance dans les déplacements (grade B)
- Intensité :
  - inclure « l'effet temps » comme une composante importante de la récupération motrice (AE)
  - À la phase chronique, le temps d'exercices a un impact favorable sur les performances de la marche (grade B)
- Continuité :
  - La rééducation manuelle individuelle est recommandée à tous les stades de la prise en charge (grade C)
  - À chaque transfert, changement d'unité de prise en charge du patient, ou lors du retour à domicile, les objectifs poursuivis, les résultats des diverses évaluations et actions réalisées, les éventuels problèmes rencontrés sont transmis aux professionnels qui poursuivront la rééducation (AE)
- Par ailleurs, l'état actuel des connaissances ne permet pas de privilégier une technique manuelle par rapport à une autre
- L'état actuel des connaissances ne permet pas non plus de recommander une durée précise d'entraînement

#### b – Rééducation du langage

Les troubles du langage sont présents dans 20 à 30% des AVC (ischémiques et hémorragiques confondus).

L'AVC affecte le langage de plusieurs façons : le patient peut présenter un trouble moteur de la parole (**dysarthrie**), ayant pour conséquence un trouble de l'intelligibilité, un trouble de la programmation motrice de la parole (**apraxie**) ou un trouble du langage (**aphasie**).

Plusieurs méta-analyses ont conclu à la supériorité d'une prise en charge orthophonique dans le pronostic de récupération des aphasies [25, 26, 27].

Par ailleurs, les données de la littérature ne permettent pas de définir une intensité et une fréquence optimales de prise en charge, en raison d'un faible niveau de preuve.

Dans ce contexte, plusieurs référentiels de recommandation soulignent l'importance d'une rééducation orthophonique surtout lorsqu'elle est effectuée dans les 5 à 6 premiers mois de la période post-AVC : des recommandations écossaises préconisent, lorsque l'état du patient le permet, un minimum de 2 heures par semaine [15].

La Haute Autorité de Santé recommande des séances courtes, de 30 minutes à 1 heure, plusieurs fois par semaine (jusqu'à 5 fois), surtout en début de prise en charge [28, 29].

Enfin, il n'existe pas d'étude clinique permettant de statuer sur le moment de début de la prise en charge orthophonique. La Haute Autorité de Santé recommande d'initier la prise en charge le plus tôt possible, dès que l'état du patient le permet.

### **c – Troubles de la déglutition**

Les troubles de la déglutition constituent une complication sévère des AVC, du fait d'une élévation importante de la morbi-mortalité : dénutrition, complications respiratoires, décès.

L'objectif premier de la prise en charge des troubles de la déglutition doit être la prévention des complications, plus que la rééducation de la déglutition elle-même [30] :

- Adaptation des textures alimentaires
- Matériel d'installation adapté lors des prises alimentaires
- Formation du personnel soignant à la prise alimentaire sécurisée (positions de sécurité, surveillance de la déglutition)
- Technique de compensation de la déglutition
- Surveillance nutritionnelle
- Suppléance nutritionnelle (nutrition clinique)

Cependant, certains auteurs mettent en évidence un bénéfice fonctionnel significatif d'un programme de rééducation spécifique de la déglutition [31], ou de traitements médicaux, comme l'acupuncture, l'électrostimulation neuromusculaire ou pharyngée [32].

Dans tous les cas, les données sont insuffisantes pour considérer qu'il existe un effet positif des traitements visant à améliorer la déglutition (rééducation ou traitements médicaux) sur la morbi-mortalité [32].

La prise en charge nutritionnelle est par contre essentielle et montre un bénéfice significatif sur les complications liées à la dénutrition :

- Réduction du risque d'escarre [32, 33]
- Amélioration des apports énergétique et du statut nutritionnel par l'alimentation entérale [32, 33]
- Diminution des complications digestives et d'échec du traitement l'une alimentation par gastrostomie comparée à une sonde naso-gastrique [33].

### **d – Rééducation cognitive**

Les plaintes mnésiques sont fréquentes après un AVC, et peuvent être associées à des manifestations psychopathologiques telles que fatigabilité, dépression, troubles de l'attention, labilité émotionnelle, angoisse.

Plus rarement des troubles neurocognitifs sont présents, avec une prévalence de 20 à 30% des cas selon les auteurs [34, 35].

Une méta-analyse de Cochrane récemment mise à jour [35] a étudié l'efficacité d'une réadaptation cognitive sur les troubles post-AVC : les essais analysés mettaient en évidence un effet bénéfique à court terme sur les évaluations subjectives de la mémoire, sans maintien à long terme. Il n'y avait, par conséquent, pas de preuve significative pour recommander ou réfuter une prise en charge cognitive.

### **3.4 – Prise en charge des patients de plus de 80 ans**

L'âge n'est pas un facteur limitant pour une prise en charge en UNV [2, 4].

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé recommande d'envisager une thrombolyse IV jusqu'à 3 heures après le début des symptômes (contre 4 heures 30 chez le patient de moins de 80 ans) [2].

Pour la Société Française NeuroVasculaire, l'âge ne doit pas être considéré comme un facteur limitant à la thrombectomie mécanique [4].

## **4 – ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE**

### **4.1 – Activité neurovasculaire sur le territoire du GHT**

En 2015, l'Hôpital Nord-Ouest a accueilli 644 patients ayant présenté un Accident Vasculaire Cérébral, dont 21% ont bénéficié d'un séjour en SSR.

57% des séjours en SSR ont été réalisés sur le territoire du GHT. L'âge moyen des patients était de 71,2 ans, 50% étaient des hommes.

### **4.2 – Prise en charge initiale – phase aigüe**

#### **a – Préhospitalière**

SAMU/Centre 15 (CRRRA) de Lyon et Bourg en Bresse

2 antennes SMUR peuvent participer aux transferts : Villefranche, Tarare.

#### **b – Hospitalière**

L'Hôpital Nord-Ouest dispose d'une **unité neurovasculaire**, située au sein du centre hospitalier de Villefranche sur Saône. Elle offre 6 lits de soins intensifs (USI-NV) et de 12 lits d'UNV.

#### Moyens médicaux et paramédicaux :

- Neurologues : 5 ETP
- Médecin urgentiste DIU neurovasculaire : 0,3 ETP
- Kinésithérapeute : 0,5 ETP
- Ergothérapeute : 0,6 ETP
- Orthophoniste : 0,3 ETP
- Diététicien : 0,5 ETP

Parcours de soins actuel du patient AVC (fig. 1) :

**1. Quel que soit le mode d'entrée :** SAMU, urgences, médecin traitant, médecin responsable

- a. Dans les délais d'une thrombolyse ou thrombectomie et en l'absence de contre-indication, le neurologue d'astreinte est contacté 24h/24
- b. Hors des délais de thrombolyse ou thrombectomie pendant la journée, une admission en UNV est organisée avec le neurologue de permanence ou le cadre de santé du service de neurologie.
- c. Hors des délais de thrombolyse ou thrombectomie pendant la nuit, la prise en charge est effectuée par les urgences, le neurologue est contacté le lendemain.

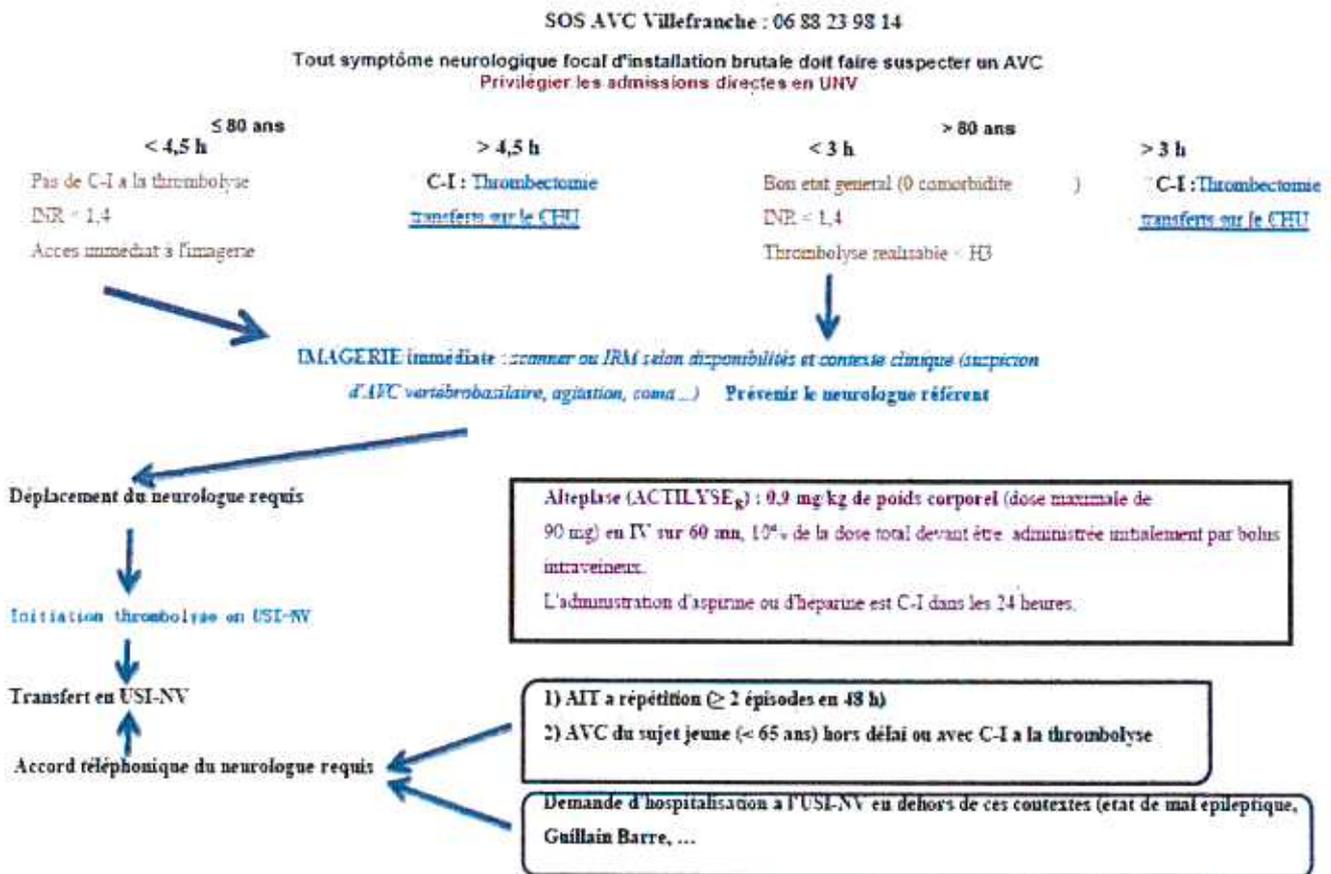
**2. Transfert sur le CHU en vue d'une thrombectomie**

Après réalisation d'une imagerie et selon les critères du protocole (fig. 1), une thrombectomie sera envisagée. Le transfert à ce jour est médicalisé par le SAMU 69.

**3. Tout patient présentant un accident vasculaire ischémique ou hémorragique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge aux soins intensifs neurovasculaires, sous réserve de disponibilité de place.**

Une alternative sous forme d'une prise en charge palliative peut, dans certains cas, être envisagée (entrée directe en service de médecine de proximité, unité de soins palliatifs, retour en EHPAD etc.)

Fig 1 : Prise en charge initiale de l'AVC à l'HNO



Au cours de l'hospitalisation en unité neurovasculaire, les patients bénéficient de la présence du plateau technique de l'HNO-V, permettant de réaliser le bilan étiologique de l'AVC (ETO, EDTSA 5 jours par semaine notamment), ainsi que la possibilité d'avis multidisciplinaires (équipes mobiles de soins palliatifs, gériatrie, psychiatrie de liaison etc.)

### **c – Performance de l'organisation actuelle**

- **Points forts**

Le taux de thrombolyse était, en 2015, de 9,2 %, au-dessus de la moyenne nationale, le taux de thrombectomie était de 1,6 %.

L'équipe de neurologues assure une astreinte 24h/24 : 99 % des AVC ont bénéficié d'une expertise neurovasculaire dans l'étude 2014 de prise en charge des AVC.

Les patients bénéficient d'un accès à une IRM cérébrale 24h/24 et à 2 scanners 24h/24 (CH Villefranche/Saône et Tarare) : 100 % des patients bénéficient d'une imagerie et s'ils sont éligibles à une thrombolyse, celle-ci est réalisée, pour 42 % des cas, dans les 30 premières minutes.

L'Hôpital Nord-Ouest dispose, pour l'accueil des patients, de deux services d'urgences (CH Tarare et Villefranche/Saône)

Une collaboration avec le CHU de Lyon est organisée pour la thrombectomie mécanique, systématiquement réalisée par les neuro-radiologues interventionnels de l'hôpital neurologique.

Une collaboration entre l'USI-NV et le service de médecine polyvalente de Tarare existe, avec la possibilité de prendre les patients au 3 ou 4<sup>ème</sup> jour post-AVC, afin, une fois leur IRM réalisée, de compléter leur bilan sur Tarare.

- **Points faibles**

Seuls 80 % des AVC du secteur de Villefranche (au-dessus de la moyenne nationale cependant) sont pris en charge en unité de soins intensifs neurovasculaires, avec une proportion encore inférieure, pour les patients du secteur de Tarare.

Le nombre de patients pris en charge dans le territoire de notre GHT est inférieur (1,54) à la moyenne nationale (2 pour 1000 habitants).

La durée séjour en UNV pour ces patients est supérieure à la moyenne nationale avec des délais de prise en charge en rééducation trop tardif

Une étude-qualité réalisée sur les données 2014 de l'établissement de Villefranche met en évidence un manque d'évaluation par un professionnel de rééducation le premier jour.

Aucune unité de MPR – système nerveux n'existe au sein de notre GHT : 47 % des patients bénéficiant d'une prise en charge en hospitalisation au décours de l'UNV sont mutés dans des établissements spécialisés hors-GHT pour leur prise en charge.

La durée médiane entre l'arrivée sur les établissements et la première demande de transfert est de 7 jours : une orientation plus précoce est nécessaire.

La médiane de délai entre la première demande de transfert et le transfert en SSR est de 8 jours : une prise en charge en rééducation plus précoce est nécessaire.

Les SSR n'ont pas d'orientation spécialisée et peuvent manquer de moyens paramédicaux type orthophoniste ergothérapeute kinésithérapeute.

Seuls 23 % des patients bénéficient d'une consultation post AVC (données 2014).

### **4.3 – Phase subaigüe**

Cette période de l'évolution de l'AVC est, par définition, celle de la rééducation et de la réhabilitation. Elle nécessite également d'organiser l'orientation d'aval de l'UNV, et d'en favoriser ainsi le turn-over.

#### **4.3.1 – Unités de médecine**

Les unités de médecins du GHT peuvent constituer, en aval de l'UNV, et en l'absence de place disponible en SSR ou si l'état médical du patient ne permet pas son transfert en SSR, une prise en charge de transition entre la phase aigüe et la phase subaigüe. Elles sont également susceptible, dans l'attente d'une place disponible en UNV, d'accueillir des patients atteints d'AVC à la phase aigüe (hors patients éligibles à la thrombolyse/thrombectomie).

##### **a – Hôpital Nord-Ouest – Villefranche (HNO-V)**

La filière gériatrique de l'HNO-V, impliquée dans ce parcours, dispose de 2 unités de médecine

- Unité de Post-Urgences Gériatrique : unité de 9 lits, dédiée à l'aval des services d'urgence
- Unité de médecine gériatrique : unité de 24 lits, hospitalisations de patients de plus de 70 ans ou présentant des critères de fragilité, programmées et non programmées, pour diagnostic et prise en charge de pathologies médicales aigües ou chroniques.

Une équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière peut également aider à la prise en charge des problématiques gérontologiques lors de l'hospitalisation de patients âgés en service de spécialité (dont UNV).

L'HNO-V dispose également d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMASP), pouvant contribuer à l'accompagnement terminal de certains patients non éligibles ou échappant à la prise en charge neurovasculaire.

Par ailleurs les unités de médecine gériatrique bénéficie de la proximité du plateau technique (IRM 24H/24, scanner cérébral, ETO, EDTSA, neurologues).

##### **b – Hôpital Nord-Ouest – Tarare (HNO-T)**

L' HNO-T dispose de 3 unités de médecine polyvalente, pour un total de 60 lits.

Une unité (médecine A) est équipée de télémétrie.

L'HNO-T dispose également d'un plateau technique (scanner 24h/24, EDTSA) et de consultations spécialisées (neurologique, cardiologiques avec notamment échocardiographies et holter ECG), permettant une prise en charge en amont ou en aval précoce de l'UNV, en cas de saturation de l'unité par exemple.

L'EMASP de l'HNO-V intervient sur le site de Tarare.

### c – Hôpital Nord-Ouest – Trévoux (HNO-Tx)

L'HNO-Tx dispose de 2 unités de médecine :

- Unité de Court Séjour Médical : unité de 22 lits de médecine polyvalente
- Unité de Court Séjour gériatrique : unité de 24 lits de médecine gériatrique

L'HNO-Tx bénéficie en outre de consultations spécialisées de cardiologie (2 fois par semaine) : échocardiographie, Holter ECG et d'un plateau d'imagerie : EDTSA (1 fois par semaine) et radiographies simples, les IRM et scanner sont réalisés à l'HNO-V.

L'HNO-Tx bénéficie également de la présence sur place, d'une unité de soins palliatifs, permettant une interaction transversale avec cette compétence. L'EMASP de l'HNO-V peut également intervenir sur le site de Trévoux.

### d – Hôpitaux Saône Beaujolais

Les hôpitaux Saône-Beaujolais sont constitués des centres hospitaliers de Belleville et de Beaujeu.

Ils disposent de 30 lits de médecine polyvalente, répartis à part égale (15 lits) sur les deux sites, dont 8 lits de soins palliatifs (4 par site).

Les hôpitaux Saône-Beaujolais ne disposent pas de consultations spécialisées avancées de neurologie ni cardiologie.

Le centre hospitalier de Beaujeu dispose de la possibilité de réaliser des radiographies simples.

#### 4.3.2 – Soins de suite et réadaptation

En 2015, 21,3% des patients hospitalisés à l'Hôpital Nord-Ouest pour AVC ont poursuivi leur séjour en service de SSR.

Pour 57% d'entre eux, l'hospitalisation s'est déroulée dans le territoire du GHT, pour 26% l'hospitalisation s'est déroulée en service de SSR-MPR (fig. 2), en raison, dans la plupart des cas, de parcours complexes et de sujets souvent jeunes, et nécessitant une rééducation intensive spécifique.

#### Neurovasculaire

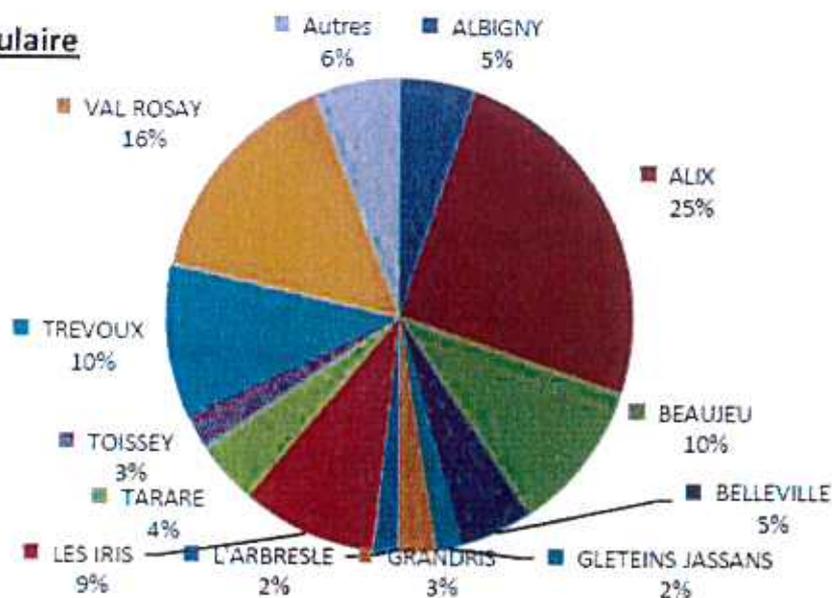


Fig.2 – Orientation SSR – Source : base régionale PMSI

L'offre de soins SSR du GHT est déclinée en 191 lits répartis sur l'ensemble des établissements.

### **a – Hôpital Nord-Ouest – Villefranche (HNO-V)**

L'HNO-V dispose de 57 lits de soins de suite et réadaptation :

- 25 lits : SSR polyvalent
- 20 lits : SSR gériatrique
- 12 lits : unité cognitivo-comportementale

Adossé à une filière gériatrique complète (unités de post-urgence et médecine gériatrique, EHPAD et USLD) et au plateau technique hospitalier, le lien avec la filière neurologique est établi depuis de nombreuses années. En 2015, le SSR a accueilli 25% des AVC de l'HNO-V.

#### Moyens médicaux et paramédicaux :

- Gériatres (SSR) : 3,6 ETP, intégrés à une équipe médicale de 11,3 ETP de gériatres sur l'ensemble de la filière gériatrique – compétences en sur-spécialités disponibles : neurogériatrie, nutrition clinique, soins palliatifs, oncogériatrie
- Kinésithérapeute : 3,2 ETP
- Ergothérapeute : 1,8 ETP
- Orthophoniste : 0,4 ETP
- Moniteur d'activité physique : 0,9 ETP
- Psychomotricien : 0,5 ETP
- Diététicien : 0,8 ETP
- Psychologue : 0,8 ETP
- Assistants sociaux : 1,8 ETP

#### Moyens techniques :

- Plateau technique d'ergothérapie :
  - Cuisine thérapeutique
  - Ateliers divers (vanneries motricité etc,)
- Salle de gymnastique :
  - Travail de groupe avec APA
- Salle kiné :
  - Escalier
  - Barres parallèles
  - Plan BOBATH
  - Table électrique
  - Matériel d'équilibre
  - Cage de pouliothérapie
  - Motomed
  - Standing, espalier, arthromoteur (kinétech)
  - Fangothérapie (douleur, thermothérapie) + machine à glace + tens

### **b – Hôpital Nord-Ouest – Tarare (HNO-T)**

L'HNO-T dispose de 30 lits de SSR polyvalents, adossés à un plateau technique :

- Service d'accueil des urgences
- Scanner

- 3 unités de médecine (60 lits), dont une avec télémétrie
- Consultations spécialisés (avancées, par les médecins spécialistes de l'HNO-V), dont neurologie
- Doppler des TSA : 3 vacations par semaine
- Echocardiographie : 4 jours par semaine, Holter ECG
- Equipe mobile de soins palliatifs

Moyens médicaux et paramédicaux :

- Médecin généraliste titulaire du DIU de médecine de rééducation (qualifiant MPR) : 1 ETP
- Gériatre : 1 ETP
- Kinésithérapeutes : 1,8 ETP
- Aide-Kinésithérapeute : 1 ETP
- Ergothérapeute : 0,5 ETP
- MAPA : 2,8 ETP
- Orthophoniste : 0,2 ETP
- Psychomotricien : 0,5 ETP
- Diététicien : 1 ETP
- Psychologue : 1 ETP
- Assistante sociale : 0,8 ETP
- Socio-esthéticienne : ½ journée par semaine

Moyens techniques :

- Barres parallèles
- Table de verticalisation
- Cage de pouliothérapie
- 1 espalier
- 1 table électrique
- 1 plan Bobath
- 1 plan basculant
- 1 standing
- 9 vélos
- 1 tapis de marche
- 1 banc de musculation
- Tens

**c – Hôpital Nord-Ouest – Trévoux**

L'HNO-Tx dispose de 2 unités de SSR pour un total de 30 lits :

- SSR polyvalent : 19 lits
- SSR gériatrique : 21 lits

Moyens médicaux et paramédicaux (SSR polyvalent) :

- 1 ETP PH médecin (2 médecins gériatres dont 1 titulaire d'un DIU neuro-gériatrie)
- Kinésithérapeutes : 0.8 ETP
- Aide kiné : 0.8 ETP
- EAPA : 1 ETP (partage SSR polyvalent et gériatrique)

- Orthophoniste : 0,2 ETP (vacations) pour l'ensemble MCO + SSR
- Psychomotricien : 0.2 ETP
- Ergothérapeute 0.8 ETP (SSR + médecine)
- Psychologue : 1ETP
- Assistants sociaux : 1 ETP (mutualisation avec services de MCO)
- Diététicien 0.8 ETP (pour l'ensemble de l'HNO-Tx, y compris USLD et EHPAD)
- Manipulateur radio : 1.6 ETP (pour l'ensemble du site)

#### Moyens techniques :

Le plateau technique de rééducation est situé au même niveau que le SSR :

- Barres parallèles et parcours de marche
- Standing
- Un plan de Bobath
- 2 Vélos
- 4 pédaliers
- Matériel de rééducation du membre supérieur
- 1 *Kinétech*
- Parcours extérieur
- 1 cuisine et baignoire thérapeutique

#### **d– Hôpitaux Saône-Beaujolais**

Les hôpitaux Saône-Beaujolais disposent de 74 lits de SSR polyvalent :

- Centre hospitalier de Beaujeu : 31 lits dont 4 lits identifiés EVC-EPR
- Centre hospitalier de Belleville sur Saône : 43 lits dont 3 lits identifiés EVC-EPR.
- Les hôpitaux Saône-Beaujolais travaillent en filière EVC-EPR avec les centres de référence de Lyon et St Etienne pour l'évaluation.

#### Moyens médicaux et paramédicaux :

- Médecins :
  - Belleville (médecine + SSR) : 2 ETP dont 1 gériatre et médecin titulaire du DIU de soins palliatifs + 1 médecin généraliste libéral
  - Beaujeu : 2 praticiens hospitaliers dont 1 gériatre et 1 urgentiste titulaire du DIU de soins palliatifs, compétent EVC-EPR et hypnose, + 2 médecins généralistes libéraux
- Kinésithérapeute :
  - Belleville 1,8 ETP dont 1 ETP libéral
  - Beaujeu : 1,8 ETP salarié formation 2017 aux troubles de la déglutition
- Ergothérapeutes :
  - Belleville : 0,8 ETP
  - Beaujeu : 0,75 ETP
- Diététicien : 1,6 ETP (activité transversale sur les 2 sites)
- Psychologue :
  - Belleville : 0,3 ETP

- Beaujeu : 0,5 ETP
- APA : 1 ETP
- Assistants Sociaux :
  - Belleville : 0,7 ETP
  - Beaujeu : 0,9 ETP
- Orthophoniste : professionnels libéraux sur Belleville seulement
- Manipulateur radio : sur Beaujeu seulement

#### **e– Performance de l’offre de soins en SSR actuelle**

- **Points forts**

Le territoire du GHT dispose d’un nombre de lit permettant d’envisager, au regard de l’activité neurovasculaire, l’accueil de patients provenant de l’UNV de l’HNO-V avec une garantie de fluidité pour cette unité.

Tous les services de SSR proposent une évaluation de l’environnement à domicile pour la préparation du retour.

Les compétences paramédicales de rééducation sont, d’un point de vue qualitatif, assez homogènes, bien qu’il existe des disparités sur les ratios d’encadrement entre les différents sites.

- **Points faibles**

La mise en corrélation entre les moyens actuellement disponibles sur les établissements du GHT et les besoins issus des recommandations et données de la littérature fait apparaître des carences :

- En compétence MPR : un seul praticien est actuellement titulaire d’un DIU de médecine de rééducation (qualifiant MPR)
- En orthophonie : un service de SSR du GHT ne compte pas, dans ses effectifs, d’orthophoniste DE, les autres sites comptent un effectif réduit (entre 0,2 et 0,4 ETP), ne permettant pas une prise en charge suffisante, au regard des recommandations.
- Les sites de Trévoux et Saône-Beaujolais ne dispose pas de consultation avancée de neurologie, ni de plateau technique d’imagerie.

#### **4.3.3 – Retour à domicile**

*A définir dans le GT chemin clinique*

#### **4.3.4 – Hospitalisation à domicile**

*A définir dans le GT chemin clinique*

#### **4.4 – Phase Chronique**

*A définir dans le GT chemin clinique*

### **5 – ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ATTEINT D’AVC AU SEIN DU GHT (fig. 3)**

La définition du parcours de soins du patient atteint d’AVC au sein du GHT Rhône-Nord-Beaujolais-Dombes résulte de la mise en adéquation entre les moyens disponibles et les

besoins au regard de l'activité neurovasculaire et des recommandations professionnelles en terme de prise en charge.

**La prise en charge initiale et dans les premiers jours de la phase aigüe bénéficie d'une organisation actuellement satisfaisante et conforme aux recommandations, et ne sera pas modifiée.**

L'aval de l'UNV n'est, à ce jour, pas formalisé.

Dans ce contexte, 43% des patients nécessitant un séjour en SSR sont transférés hors du GHT, souvent loin de leur lieu de résidence d'origine.

L'objectif du parcours est de permettre aux patients qui le souhaitent, d'effectuer leur rééducation dans le territoire du GHT avec une qualité de soins conforme aux recommandations professionnelles.

Par ailleurs, le groupe se positionne sur la **sur-spécialisation d'unités du GHT identifiées** afin de permettre le renforcement des compétences médicales et paramédicales au bénéfice d'une amélioration de la prise en charge des patients atteints d'AVC. Ce positionnement est en cohérence avec le projet médical de territoire.

Les unités sur-spécialisées « AVC » sont les suivantes :

- HNO-V :
  - SSR polyvalent
- HNO-T :
  - Médecine A
  - SSR polyvalent
- HNO-Tx :
  - SSR polyvalent
- Hôpitaux Saône-Beaujolais
  - SSR polyvalent, Centre Hospitalier de Beaujeu

Le groupe de travail a souhaité différencier deux typologies de patients :

- ❶ Patients nécessitant une rééducation intensive, compatible avec leur état médical, leur autonomie fonctionnelle, leur statut cognitif et dont le pronostic de récupération fonctionnel est important (cut-off à définir), patients dont l'état médical justifie également une proximité avec le plateau technique (exemple : nutrition intensive, comorbidités à risque de décompensation). Ils correspondent, pour l'essentiel, au parcours de catégorie 2 (cf. paragraphe 3.2.c).
- ❷ Patients dont l'état physique et/ou cognitif est incompatible avec une rééducation intensive quotidienne, ou dont le pronostic de récupération est plus limité que pour les patients ❶. Ils correspondent, pour l'essentiel, au parcours de catégorie 3 (cf. paragraphe 3.2.c).

#### **a - Patients ❶**

- **Patients admis au SAU de l'HNO-V**
  - Admission à l'UNV après thrombolyse ou thrombolyse + thrombectomie si éligible ou directement si non éligible
  - Prise en charge UNV : bilan étiologique, rééducation précoce etc. 7-10 jours

- **Patients admis au SAU de l'HNO-T**
  - Admission à l'UNV après thrombolyse ou thrombolyse + thrombectomie si éligible ou directement si non éligible
  - Patient non éligible à la thrombolyse/thrombectomie : en l'absence de place disponible (saturation UNV), admission en médecine A en attente de place
  - Prise en charge UNV : bilan étiologique, rééducation précoce etc. 7-10 jours
  - Demande d'admission en SSR validées à J3 post AVC

- **Patients sortants de l'UNV**

En raison de la proximité d'un plateau technique, de la présence de neurologues et de leur dimensionnement, 3 unités ont été identifiées pour recevoir les patients entrant dans le cadre d'un **parcours de catégorie 2**, en sortie d'UNV :

- SSR polyvalent – HNO-V
- Médecine A – HNO-T
- SSR polyvalent – HNO-T

Le groupe de travail propose que les patients relevant du **parcours de catégorie 2** (patients ❶) soient transférés en sortie d'UNV dans ces unités, selon le schéma suivant :

- SSR polyvalent – HNO-V : transfert à partir de J7-J10 post-AVC
- Médecine A – HNO-T : transfert à partir de J3-J4 post-AVC, et poursuite du bilan étiologique sur place
- SSR-polyvalent – HNO-T : transfert depuis l'unité de Médecine A à J10 post-AVC. Possibilité de transfert direct à J7-J10 post-AVC depuis l'UNV en l'absence de place disponible en Médecine A.

## **b - Patients ❷**

- **Patients admis au SAU de l'HNO-V**
  - Admission à l'UNV après thrombolyse ou thrombolyse + thrombectomie si éligible ou directement si non éligible
  - Prise en charge UNV : bilan étiologique, rééducation précoce etc. 7-10 jours
- **Patients admis au SAU de l'HNO-T**
  - Admission à l'UNV après thrombolyse ou thrombolyse + thrombectomie si éligible ou directement si non éligible
  - Patient non éligible à la thrombolyse/thrombectomie : en l'absence de place disponible (saturation UNV), admission en médecine A en attente de place
  - Prise en charge UNV : bilan étiologique, rééducation précoce etc. 7-10 jours
  - Demande d'admission en SSR validées à J3 post AVC

- **Patients sortants de l'UNV**

Le groupe de travail propose que les unités de **SSR polyvalent de l'HNO-Tx et du centre hospitalier de Beaujeu** accueillent les patients relevant d'un **parcours de catégorie 3**, dont l'état médical ou le pronostic fonctionnel ne permet pas d'envisager une rééducation intensive de type MPR.

Ces unités peuvent également accueillir des patients ❶ secondairement après un séjour de rééducation intensive dans les unités fléchées, en rapprochement de leur domicile.

Elles peuvent également accueillir des patients ❶ dont l'état général ne permet d'envisager une rééducation intensive précoce. Ces patients seront ensuite intégrés dans un parcours de catégorie 2 sur les unités fléchées du GHT.

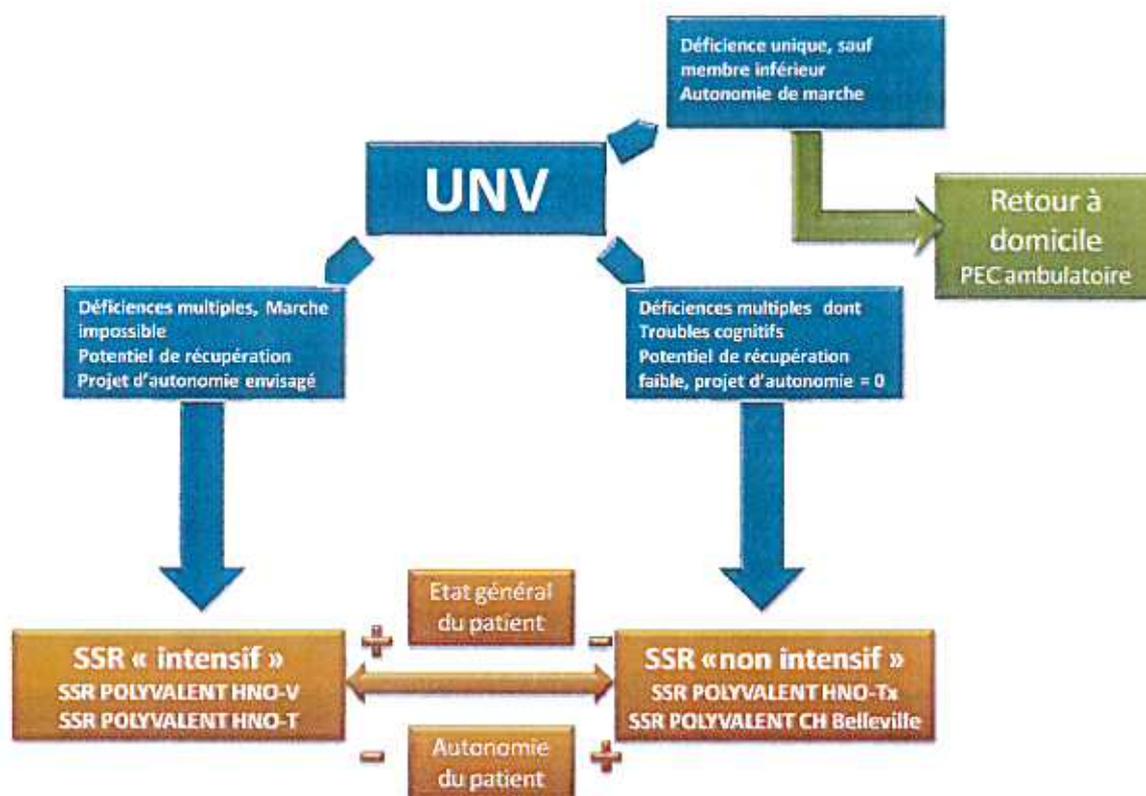


Fig. 3 : parcours de soins du patient atteint d'AVC, après séjour à l'UNV

L'identification d'unités surspécialisées n'impliquera pas, à ce stade, de volume d'activité en nombre de place prédéfini.

## 6 – INDICATEURS /EVALUATION

*A définir dans le GT chemin clinique*

## 7 - CONCLUSION

Le travail du groupe « parcours de soins du patient atteint d'AVC » a permis de définir les trajectoires des patients en fonction de leur projet de rééducation, en identifiant, au sein du GHT, des unités de soins qui devront adapter leur fonctionnement, tant au niveau des compétences médicales et paramédicales qu'au niveau de leur organisation de travail.

Une nouvelle étape devra maintenant permettre d'entrer dans le détail d'un chemin clinique.

Ce dernier aura pour objectif de préciser les modalités pratiques de chaque étape du parcours.

Un élargissement du groupe de travail aux professionnels de terrain de chacune des unités est d'ores et déjà constitué.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Sports, Fery-Lemonnier E. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports. Paris: La Documentation Française ; 2009. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC - rapport final -](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-)
2. Haute Autorité de santé. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Accident vasculaire cérébral, prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse) ; 2009. <http://www.has-sante.fr>
3. Fransen P, Beumer D, Berkhemer OA, Van den Berg LA, Lingsma H, Van der Lugt A, Van Zwam WH & al. MR CLEAN, a multicenter randomized clinical trial of endovascular treatment for acute ischemic stroke in the Netherlands : study protocol for a randomized controlled trial ; *Trials*, 2014, 15 : 343
4. Mazighi M, Cognard C. Place de la thrombectomie mécanique dans la prise en charge à la phase aigüe de l'infarctus cérébral par occlusion des artères de la circulation antérieure ; *Société Française Neurovasculaire*, 2015
5. Stroke Unit Trialists Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Review) ; *Cochrane database syst. Reviews*, 2007
6. Stroke Unit Trialists Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Review) ; *Cochrane database syst. Reviews*. 2013
7. Langhorn P. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Stroke*, 2014, 45 : e14-e15
8. Seenan P, Long M, Langhorn P. Stroke units in their natural habitat. Systematic review of observational studies ; *Stroke*, 2007, 38 : 1886-1892
9. Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Larsen K, Hübbe P, Skyhøj Olsen T. The effect of a stroke unit: reductions in mortality, discharge rate to nursing home, length of hospital stay, and cost : a community-based study ; *Stroke*, 1995, 26 : 1178 –1182
10. Rønning OM, Guldvog B, Stavem K. The benefit of an acute stroke unit in patients with intracranial haemorrhage : a controlled trial ; *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2001, 70 : 631–634
11. Silvestrelli G, Parnetti L, Paciaroni M, Caso V, Corea F, Vitali R, Capocchi G, Agnelli G. Early admission to stroke unit influences clinical outcome ; *Eur J Neurol*, 2006, 13: 250–255
12. Lecoffre C, De Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, Béjot Y, Olié V. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolution 2008-2014 ; *Bull Epidémiol Hebd*, 2017, (5) : 84-94
13. Haute Autorité de santé. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte ; 2012. <http://www.has-sante.fr>
14. Indredavik B. Stroke unit care is beneficial both for the patient and for the health service and should be widely implemented [editorial] ; *Stroke*, 2009, 40(1) : 1-2.

15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patient with stroke : rehabilitation, prevention and management of complication, and discharge planning ; 2010
16. Julie Bernhardt, Thuy MN, Collier JM, Legg LA. Very early versus delayed mobilization after stroke ; Cochrane database syst. Reviews, 2010
17. Cumming TB, Thrift AG, Collier JM, Churilov L, Dewey HM, Donnan GA, Bernhardt J. Very Early Mobilization After Stroke Fast-Tracks Return to Walking ; Stroke, 2011, 42 : 153-158
18. San Segundo RM, Aguilar JJ, Santos F, Usabiaga T. A model for predicting delay in discharge of stroke patients ; Ann Réadapt Med Phys, 2007, 50 : 14-19
19. Kinoshita S, Momosaki R, Kakuda W, Okamoto T, Abo M. Association between seven days per week rehabilitation and functional recovery of acute stroke patients A retrospective cohort study based on Japan Rehabilitation Database ; Arch phys Med Rehab, 2016
20. Haute Autorité de santé. Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité ; 2004. <http://www.has-sante.fr>
21. Groupe SOFMER-FEDMER. Parcours de soins en MPR, « le patient après AVC » ; 2011 [http://www.chu-etienne.fr/Reseau/reseau/umcssr/DocGeneraux/ParcoursMPR\\_AVC.pdf](http://www.chu-etienne.fr/Reseau/reseau/umcssr/DocGeneraux/ParcoursMPR_AVC.pdf)
22. Rabadi MH. Review of the randomized clinical stroke rehabilitation trials in 2009 ; Med Sci Monit 2011, 17(2) : RA25-43
23. Kwakkel G, Wagenaar RC, Koelman TW, Lankhorst GJ, Koetsier JC. Effects of Intensity of Rehabilitation After Stroke. A Research Synthesis ; Stroke, 1997, 28 :1550-1556
24. Brkic L, Shaw L, van Wijck F, Francis R, Price C, Forster A, Langhorne P, Watkins C, Rodgers H. Repetitive arm functional tasks after stroke (RAFTAS): a pilot randomised controlled trial ; Pilot Feas Studies, 2016, 2 : 50
25. Robey RR. The Efficacy of Treatment for Aphasic Persons: A Meta-analysis ; Brain Lang, 1994, 47(4) : 582-608
26. Robey RR. A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia ; J of Speech Lang Hear Res, 1998, 41(1) : 172-187
27. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke ; Cochrane database syst. Reviews, 2016
28. Haute Autorité de santé. Rééducation de la voix, du langage et de la parole ; Service évaluation des actes professionnels, 2007. <http://www.has-sante.fr>
29. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Aspects paramédicaux ; Recommandations pour la pratique clinique, 2002. <http://www.has-sante.fr>
30. Cohen DL, Roffe C, Beavan J, Blackett B, Fairfield CA, Hamdy S, Havard D, McFarlane M, McLaughlin C, Randall M, Robson K, Scutt P, Smith C, Smithard D, Sprigg N & al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials ; Int J Stroke, 2016, 11(4) : 399-411
31. Carnaby-Mann GD, Crary MA, McNeill. Dysphagia Therapy Program: a case-control study ; Arch Phys Med Rehabil, 2010, 91(5) : 743-749

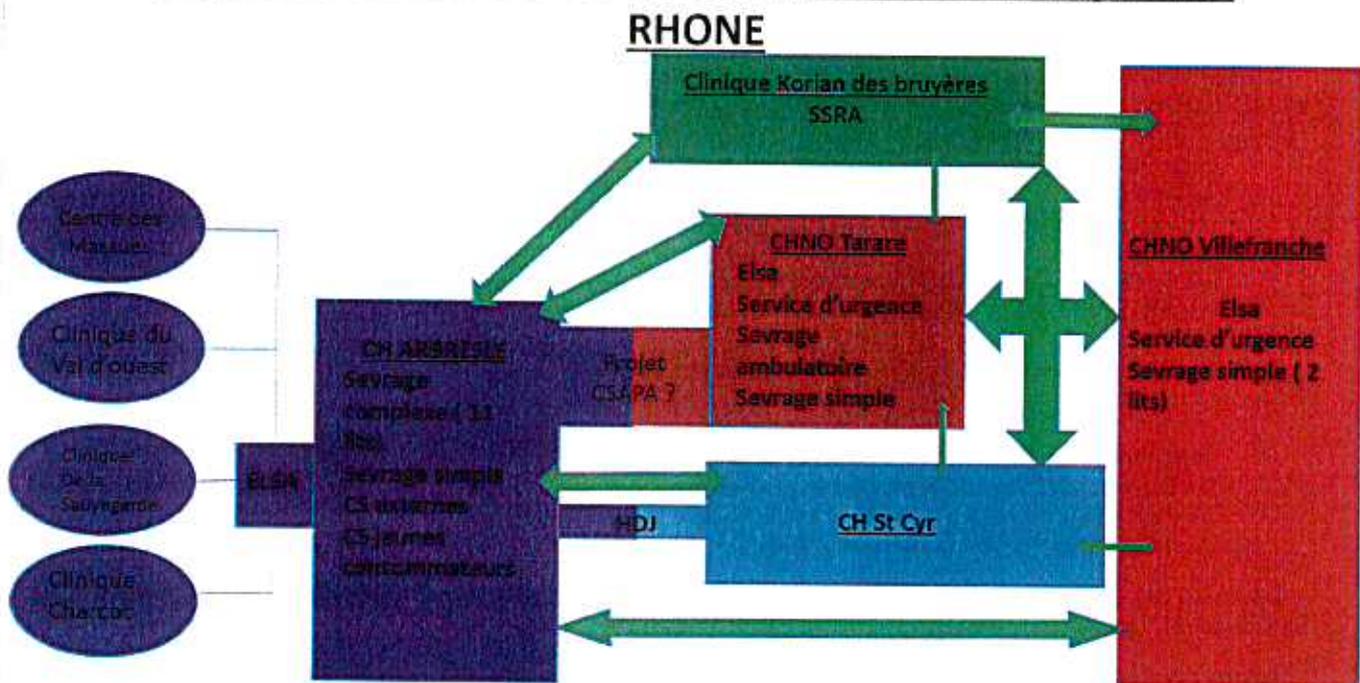
32. Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PMW. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke ; Cochrane database syst. Reviews, 2012
33. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti-Bertrand P, Milnef A, Palmblad J, Schneider S, Sobotkai L, Stanga Z & al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics ; Clin Nutr, 2006, 25(2) : 330-360
34. Godefroy O, Garcia PY, Bugnicourt JM, Canaple S, Lamy C, Serot JM, Roussel M. Troubles cognitifs et démences dans les suites d'un accident vasculaire cérébral ;
35. Das Nair R, Cogger H, Worthington E, Lincoln NB. Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke ; Cochrane database syst. Reviews, 2016

ANNEXE 7 : Organisation des soins pour le trouble de l'usage d'alcool et autres drogues (héroïne ,cocaine ,drogues de synthèse ,opiacés ,THC )et addiction comportementale.

Projet GHT Rhone-nord

Dr Ghislaine Callies de Salies

Organisation des structures de soins en addictologie GHT



6 établissements intervenant en addictologie avec des entités juridiques différentes.

**Privé**

Clinique Korian des Bruyères .

**Espic :**

CH Arbretille

Centre hospitalier Bayère

**Public -MCO**

CHNO Villefranche .

CHNO Tarare .

## Public psychiatrie

CHNO psychiatrique de saint CYR

### ELSA DE VILLEFRANCHE

- File active de 710 patients en 2016. 37560 passages aux urgences en 2016.
  - En 2015, sur le CHNOV, 671 séjours en lien avec l'alcool, 78 en lien avec les toxicomanies, 161 avec le tabagisme
  - **Champs d'intervention** potentiels : 19 services (+ unités ambulatoires) du CHNOV avec 3 niveaux d'urgences (SU, UHCD, et UPU ) ; La part de l'ambulatoire s'accroît constamment. Consultations externes (évaluation / orientation) de première intention et de suivi si nécessaires.
    - La prise en charge, le suivi possible des patients à l' ELSA, ne concerne pas que les patients identifiés dans les services du CHNO de Villefranche comme ayant un trouble de l'usage d'alcool, mais aussi le Tabac, les TCA, le cannabis et autres ASP, etc. sauf primo-prescription de Méthadone® . Des prescriptions de TSN sont possibles dans les services.
    - Les orientations en CSAPA se font principalement vers ARIA Jonathan pour les patients présentant des conduites toxicomaniaque, jeunes consommateurs ; et vers CDHS, le CSAPA ANPAA Villefranche/Beaujeu selon besoin et si possible.
    - La liaison psychiatrique (ELU) a lieu dès les urgences mais aussi dans les services.
  - **Lien privilégié de l'ELSA CHNOV avec le CH st-Cyr**, l'ELSA étant co-fondée sur la base d'une fédération CHNOV / CH St-Cyr depuis 2001. L'ELSA organise un groupe à médiation au CMP de Gleizé, pour les patients de l'ELSA, en musicothérapie, et un groupe motivationnel sur le CH St-Cyr. Le psychiatre y réalise des consultations et la psychologue intervient en formation ressource.
  - Actuellement 4 activités groupales par semaine : arthérapie et soutien au CHNOV, ajoutés aux 2 groupes précédemment cités. En outre : 2 groupes sont proposés à la maison d'arrêt : informatif et thérapeutique.
  - Des membres de l'équipe sont **formés en tabacologie** (Médecin PH addictologue et psychologue) Idem pour les **TCA, le jeu pathologique**.
  - **2 lits de sevrage simple** existent dans le service de gastroentérologie, sur lits dédiés identifiés par UF : sevrage programmé de 8 jours environ, à orientation alcool mais pouvant concerner d'autres substances (médicaments, ...)
  - Activité de **formation** visant les internes, les IDE (IFSI), mais aussi les équipes (Allx...) et autres demandes de partenaires. Activité **ressource** (notre psychologue pour des équipes de St-Cyr).
- Points faibles
- Difficultés d'orientation des patients présentant des troubles neurocognitifs.
  - La comorbidité psychiatrique fréquente chez les patients présentant un trouble sévère de l'usage d'un produit rend leur réorientation difficile en CMP.
  - Difficulté globale d'orientation compte-tenu de notre charge en file active/effectif d'équipe et des carences du champ médico-social en addictologie de proximité .
- Provenance géographique des patients de ELSA du CHNO
- 20%département de l'Ain
  - 10% Beaujeu - Belleville
  - 36% Villefranche ou proche banlieue (Anse)

31% Rhône autre

1% autres départements .

## Elsa de Tarare

- Activité de liaison et activité de suivi des patients vus en liaison car pas de csapa dans la région .
- Sevrage simple fait dans le service de médecine du CHNO de tarare .
- Programme de sevrage ambulatoire incluant 6 patients une fois par trimestre .
- Concerne un secteur géographique urbain mais surtout rural avec parfois peu de moyens de transports ;(région Amplepuis)
- Population avec % de précarité ++nécessitant un accompagnement social renforcé .
- 170 patients vu en liaison en 2015 et 300 patients vus en consultation avec une augmentation de la file active de 50 %.
- Travail de liaison psychiatrique important avec le CMP de tarare ;

### • Hôpital de l'Arbresle

#### Activité hospitalisation à temps complet (sevrage complexe (11 lits)

- Hospitalisation pour trouble sévère de l'usage d'un produit ( Alcool, cannabis ,cocaïne ,opiacés ,drogues de synthèse ; ) et conduites de jeux et TCA associée a des produits
- d'une durée (11-14j) dans le cadre de situation complexe avec comorbidités organique ,social et psychiatrique .
- Dans un service de médecine de25 lits dont 11 lits de sevrage.
- En moyenne 400 sevrage complexe par an .
- Sevrage simple possible ( ex du peri opératoire )

#### Filière sevrage complexe

#### →Spécificités .

- populations de jeunes consommateurs
- poly addictions.
- dépendance médicamenteuse
- repérage des troubles neurocognitifs avec évaluation .

Prise en charge psychothérapique ( clinique dont TCC, accompagnement familiale,neuro psychologue )

#### Sevrage complexe

- Ateliers thérapeutiques (2/1).(évaluation motivationnel, sophrologie , relaxation, Art-thérapie , photo langage ,éducation thérapeutique , famille ,évaluation neuro cognitive ,méditation pleine conscience ,photocollage ,activités physiques ,associations ,alimentation ,)
- CS en gastro, neuro , psychiatrie ,cardio ,ORL
- Prise en charge sociale .(66% bénéficient d'un accompagnement social ,30% ont des besoins particuliers (U, mesure de protection ,signalement ,lien curateur ....ect);
- Prise en charge psychothérapique ( clinique dont TCC, accompagnement familiale,neuro psychologue )
- Synthèse pluridisciplinaire hebdomadaire centrée sur un travail d'évaluation du patient et d'orientation .

#### Améliorations possibles

- Lien étroit avec la psychiatrie de secteur mais insuffisant au vue des comorbidités psychiatriques fréquentes (69%).temps dédié une demi journée par semaine.
- Permet un décloisonnement de l'offre de soins en psychiatrie (PRS 2018-2028)

.29% des patients sont pris en charge dans les moins de 72heures quand demande médicale avec notion urgence addictologie . (urgence MG, CSAPA ,psychiatrie ).

.améliorer la prise en charge de la filière de soins des patients du CH saint cyr présentant un trouble de l'usage d'un produit ou d'un comportement.

. Développer l'offre de soin pour sevrage simple en périopératoire(service de chirurgie)?

.développer un SSR identifié addicto pour des pathologies somatiques lourdes avec complications somatiques graves ne permettant pas l'orientation vers un SSRA ou un retour a domicile (trouble neuro cognitif, cirrhose décompensée ),

. Développer la prise en charge des jeunes consommateurs, des dépendances aux opiacés avec accès au TSO (CSAPA ).

#### → Provenance

-50% filière patient –MG

-20% filière ELSA (Rhône )

-30% CSAPA

#### → Devenir des patients

25% SSRA dont certains sont admis en SSR à l'Arbresle pour comorbidités incompatibles avec un SSRA (atteinte neurocognitive ,pathologie organique lourde )

25% HDJ

9% sans suivi a la sortie .

### II) Consultations hospitalières et activités ELSA.

Admission directe en hospitalisation sur demande médicale ou par le biais de la consultation si la demande est celle du patient (évaluation su score de sévérité de l'addiction ).

Nombre d'environ 1600 sans compter l'activité ELSA (1000 CS par an )

Suivi des patients du territoire en l'absence de CSAPA (alcool renouvellement de TSO ,cocaïne ,THC et autres

File active actuelle estimée a 900 patients qui relèverait d'une activité CSAPA ;

Consultations jeunes consommateurs en forte hausse multiplié par 10 avec pour certains des demandes de séjour de rupture dans le service de sevrage complexe (perte de repérage faute de moyens )

### Activités annexes de formation et enseignement en addictologie et de lien avec la justice

internes en médecine .

Encadrement stagiaire psycho et AS .

Terrain de stage pour capacités et DU ;

Enseignement DIU et capacité addictologie

Enseignement tabac .(IRAT)

Enseignement sexologie (dépendance sexuelle)

Enseignement MG addicto

Médecin responsable des IT

## HDJ addicto (Ch saint cyr-Arbresle)

- Historique des relations privilégiées entre les 2 pôles

- dès 2005 les 2 équipes au travers de l'ex pôle G23 et des équipes du CMP et du CATT et du service d'addictologie de l'Arbresle ont développé une collaboration au travers de consultations psychiatriques et de réunions institutionnelles .

-Fédération des compétences .

-Réunions et de travaux du conseil local de santé mentale (CLSM) sur notamment la cyberdépendance ;

S'est inscrit dans le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 .

Le dispositif s'est inscrit « hors les murs »c'est à dire que HDJ n'est pas localisé physiquement a saint CYR mais a l'ARBRESLE ;

Ouverture en 2013;

Double portage hôpital de L'Arbresle et centre hospitalier de saint Cyr ;

HDJ rattaché au pole G35(pole Lyon monts d'or , )A noter que le secteur G35 n'est pas rattaché au GHT RNBD.

HDJ intersectoriel.

- Propose des prises en charge groupale et individuelle par une équipe pluridisciplinaire pour des patients adultes souffrant des trouble de l'usage des produits ( alcool, médicaments ,produits illicites ) et de dépendance comportementale . durant une session de 3mois renouvelable une fois ou deux .
- HDJ accueille des personnes nécessitant un appui pour le maintien de l'abstinence ;des patients sont admis plu en minorité avec le projet de contrôler leur consommation .
- Vient en complément d'une prise en charge ambulatoire spécialisée (addictologie,psychologie,psychiatrie)
- Sa mission principale est le maintien de l'abstinence et le soutien psycho social .l'équipe assure l'accueil ,l'organisation des soins et des bilans ,l'animation d'activités thérapeutiques ;
- Les modalités d'admission se font sur indication médicale(MT psychiatre , addictologue ,service de soins ;
- La prise en charge peut se dérouler en journée complète ou en demi journée et son rythme peut varier de d'une à huit demi journée par semaine ;la durée de la prise en charge est fixée a douze semaines renouvelable en fonction de l'état clinique .
- Différents ateliers sont proposés :prévention de la rechute, affirmation de soi ,sport ,musique ,socialisation ,culture ,art thérapie,sophrologie,nutrition et diététique, atelier des sens ,intérêt des associations ,théâtre ,remédiation cognitive ,groupe de parole ,écriture ,liens Trans générationnels et cuisine .
- Par atelier il y a 8 a 10 places.
- Accueil entre 25 et 35 places

## Clinique KORIAN des bruyères

- 87lits de SSR ( tout types d'addictions )et 14 lits de sevrage simple (à orientation alcool).
- Un travail en consolidation est possible après le sevrage.
- Réflexion en cours autour d'un HDJ ;

## Les ruptures de parcours ou dysfonctionnements repérés .

Faiblesse numérique des CSAPA : faute de moyen, les ELSA de Tarare et de l'Arbresle jouent le rôle d'un CSAPA compte tenu de l'éloignement géographique de Lyon et de Villefranche .les CSAPA préexistants sont saturés de plus.

- La plupart des acteurs de terrain font état de difficultés pour des prises en charge en hospitalisation de patients présentant des troubles cognitifs associées à des complications somatiques rend la prise en charge difficile au niveau d'un SSRA.
- Insuffisance de la liaison psychiatrique à L'hôpital de l'Arbresle (GHT NBD ) est relié au pôle G35 qui appartient lui au GHT LYON métropole .
- Difficultés d'organisation de service du fait de manque de médecins.(difficultés de recrutement )ce qui conduit a un risque d'épuisement de ceux restant .

## Perspectives

- Sevrage complexe ;comorbidités psychiatriques 60% associées aux conduites addictives nécessiteraient une accentuation de la liaison psychiatrique (actuellement une demi-journée par semaine ) sachant que beaucoup de patients sont envoyés par HP st Cyr .
- Sevrage Alcool et péri opératoire ; développement du sevrage simple dans le champ du péri opératoire pourrait faire l'objet d'un projet ;
- Complications somatiques lourdes,troubles cognitifs ne relevant pas de SSRA : intérêt d'un SSR polyvalent( kinésithérapie ,ergothérapie ,neuropsychologue ) avec la présence d'un service d'addictologie sur place .réflexion à mener dans le champs sanitaire et social pour les troubles fixés s'adressant à des patients < a 60ans .
- La précarité sociale de certains patients rend l'accès au soin difficile d'autant que le secteur géographique est rural ou semi-rural. Réflexion autour d'un bus commun dans le groupe GHT addicto .
- Projet d'un CSAPA hospitalier commun entre le CHNO de Tarare et CH de l'Arbresle avec un centre de délivrance de TSO dans les 2 établissements en complémentarité avec le projet bus méthadone du CAARUD ARIA ;
- Accompagnement des médecins libéraux sur la structuration et la graduation de l'offre en addictologie (création d'un site internet commun pour l'addictologie, formation ).

Concernant le manque de médecins des recrutements entre plusieurs établissements ou des recrutements partagés entre les différentes structures pourraient être envisagés