

Projet Médical Partagé Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné

2016-2020

Mars 2016

Version modifiée juillet 2017

Sommaire

1	Préambule	3
2	Rappel méthodologique.....	4
3	Première partie : les éléments du diagnostic.....	5
3.1	Constitution du GHT	5
3.2	Présentation du territoire.....	6
3.3	Bassin de recrutement.....	14
3.4	Parts de marché et potentiels de développement	15
3.5	Activités récentes	21
3.6	Synthèse du positionnement	22
4	Deuxième partie : les projets communs	23
4.1	Orientations générales	23
4.2	Conforter la filière d'urgence	27
4.3	Développer l'imagerie de territoire et la télémédecine	31
4.4	Pérenniser et faciliter les filières MCO	34
4.5	Accompagner la gouvernance et la déclinaison territoriale du SSR	48
4.6	Accompagner la gouvernance et développer la déclinaison territoriale de la filière gériatrique	55
4.7	Accompagner et coordonner l'évolution de l'offre en MCO et SSR	59
5	Troisième partie : les projections d'activité.....	63
5.1	L'approche MCO par le PMSI.....	63
5.2	Les conséquences attendues en recettes T2A	75
6	Le suivi et l'évaluation des projets	76
7	Conclusion	77

1 Préambule

Le Projet Médical de Territoire est le socle de la réflexion commune des Directions et communautés médicales des quatre établissements qui composent le Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné : les Centres Hospitaliers de Pont-de-Beauvoisin, La Tour-du-Pin, Morestel et Bourgoin-Jallieu. Ce Projet Médical, commun, consiste en un prospectif organisationnel et chiffré à moyen terme (5 ans) d'activités ciblées, tant quantitatives que qualitatives. Il intègre les projets en devenir de chacun des établissements.

Ce prospectif entend répondre aux besoins en santé de la population de demain et intègre les filières et réseaux de soins existants ou à formaliser comme socle du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné. Tout le parcours de soins d'un patient est concerné, même s'il ne s'adresse qu'à certaines disciplines définies dans le cadre de filières de soins publics. Toute l'offre est prise en compte dans la réflexion : celle des établissements dans la complexité de leur dispersion géographique, cœur même du sujet, mais aussi l'anticipation des évolutions de l'offre complémentaire ou concurrente, dans leurs conséquences potentielles vis-à-vis des établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné.

La mise en commun de moyens et des organisations nouvelles sont attendues à travers ce Projet Médical de Territoire pour contrer les difficultés de recrutement médical, pour coordonner l'action des équipes entre-elles, pour une plus grande attractivité attendue du secteur public, auprès des professionnels comme de la population. Chacun des établissements préserve et conforte ainsi son positionnement et son attractivité, pour la partie recettes, dans un souci d'efficacité accrue, pour la partie dépenses.

Des lignes directrices transversales sont déclinées pour l'ensemble des établissements du GHT, concrètes, simples et pragmatiques, partagées entre tous. Elles comprennent à la fois l'amélioration continue de la qualité de prise en charge des patients et la recherche constante d'efficacité, par une organisation commune et raisonnée des soins.

Le Projet Médical de Territoire présente ainsi les axes stratégiques communs structurants les pratiques médicales, les coopérations pertinentes et décline les volumes d'activité et les modalités de prises en charge dans le périmètre des activités ciblées.

2 Rappel méthodologique

Le Projet Médical de Territoire s'est construit en trois temps : la phase diagnostique, la phase de prospective dans les domaines ciblés, et l'écriture des projets travaillés en groupes.

L'élaboration du Projet Médical fut suivie pas à pas par un Comité de Pilotage composé des directeurs et des directeurs délégués, des présidents de CME et Chefs de Pôles de chacun des quatre établissements du GHT. La démarche s'est voulue participative. Ainsi, des entretiens singuliers ont été réalisés début 2015 entre les différents responsables médicaux des établissements et le médecin, membre du cabinet conseil, qui a accompagné les travaux du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné. Chacun a pu exprimer ses attentes face aux difficultés actuellement rencontrées, mais aussi faire part de ses projets, fonction des acquis ou potentiels favorablement perçus.

Une présentation en Comité de Pilotage le 9 avril 2015 a exposé le positionnement des établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné en termes d'activités au sein de son bassin de recrutement. L'intérêt était d'emblée l'attractivité du GHT, pour mieux le positionner dans une prospective de dynamique de recrutement, des patients comme des médecins. L'objectif général était aussi exprimé comme la volonté de limiter les fuites vers le secteur privé lorsqu'un patient entrait dans la sphère du GHT.

La validation d'un diagnostic partagé du positionnement par le Comité de Pilotage a mené l'orientation du projet autour de 6 axes stratégiques de coopération interne à explorer, y compris les compléments d'orientations communes et l'organisation des fonctions support. La réflexion a été approfondie lors des groupes de travail thématiques qui se sont tenus au printemps 2015. Ces réunions ont été animées par les consultants en charge de l'accompagnement de l'élaboration du projet. Le Comité de Pilotage en a validé les grandes orientations le 2 juin 2015. Puis chacun a avancé dans sa réflexion pour le projet de son propre établissement. Ce temps a permis parallèlement d'aller plus avant dans des déclinaisons concrètes du projet commun.

Un séminaire regroupant l'ensemble des participants au projet de territoire s'est ensuite tenu le 10 novembre 2015. Ce fut un temps de présentation et de partage balayant l'ensemble des travaux produits, par établissement et de façon transversale, selon le projet de territoire.

La présente écriture du Projet Médical de Territoire du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné est le fruit de tous ces éléments.

3 Première partie : les éléments du diagnostic

3.1 Constitution du GHT

Le Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné comprend quatre établissements hospitaliers pour un total de 1 272 lits et places. Il représente l'ensemble de l'offre publique du bassin en matière d'offre MCO, pédopsychiatrie, SSR, EHPAD et USLD.

Deux des établissements sont architecturalement très récents : ceux de Bourgoin-Jallieu et de Morestel. Pour l'un comme pour l'autre, la structure et les équipements conviennent globalement à tous en interne. A Bourgoin-Jallieu, l'activité doit poursuivre sa croissance par une implantation plus affirmée dans tout son bassin. Deux visions y coexistaient encore récemment : l'une portée par les acquis et l'ouverture sur Lyon (HEH), l'autre est plus ouverte vers le GHT. Le Centre Hospitalier de Morestel est, lui, plus à l'écart. Il entend par contre clairement se rapprocher de l'ensemble, pour fluidifier ses filières d'amont et limiter les transferts de personnes, patients ou résidents, dans un confort et de qualité de prise en charge de chacun.

Les deux autres établissements sont architecturalement plus anciens, ayant toutefois connus chacun des réaménagements partiels. Le Centre Hospitalier de Pont-de-Beauvoisin souhaite s'engager de façon affirmée au sein du GHT, tout en tenant compte du contexte historique. Cela se traduira par une évolution de son activité et par des liens à conforter, ou à faire évoluer. Il s'impose par ailleurs au Centre Hospitalier de la Tour du Pin de renforcer ses temps médicaux et de retrouver une dynamique pour ses activités. Ceci passera par le partage des compétences et l'optimisation de ses spécificités.

Sans attendre la formalisation du GHT, des rencontres inter sites se sont déjà organisées, entre praticiens de même spécialité comme en gériatrie (collège des gériatres du Nord Isère). Un planning de rencontres des 4 présidents de CME tous les 2 mois est opérationnel et des participations croisées des présidents aux différentes CME du GHT sont effectives. Une direction commune est en place pour les Centres Hospitaliers de Bourgoin-Jallieu, la Tour du Pin et Pont-de-Beauvoisin. Il y a eu un répertoire commun entre Bourgoin-Jallieu et Pont-de-Beauvoisin

Le détail des capacités d'hospitalisation et d'hébergement est exprimé ci-dessous.

	CH Pierre Oudot (Bourgoin-Jallieu)	CH Yves Touraine (Pont de Beauvoisin)	L'Hôpital de La- Tour-du-Pin	L'Hôpital de Morestel
Lits et places MCO	371	71		
Dont médecine	258	71		
dont chirurgie	72			
Dont gynéco-obstétrique	31			
dont pédopsychiatrie	10			
SSR		64	30	30
dont UCC			12	
dont SSR Polyvalents		10	18	
EHPAD	83	110	68	220
Dont Alzheimer				36
jour	12		6	
USLD	85		70	
Dont UHR			12	
CAMPS	52			
TOTAL lits et places	603	245	174	250

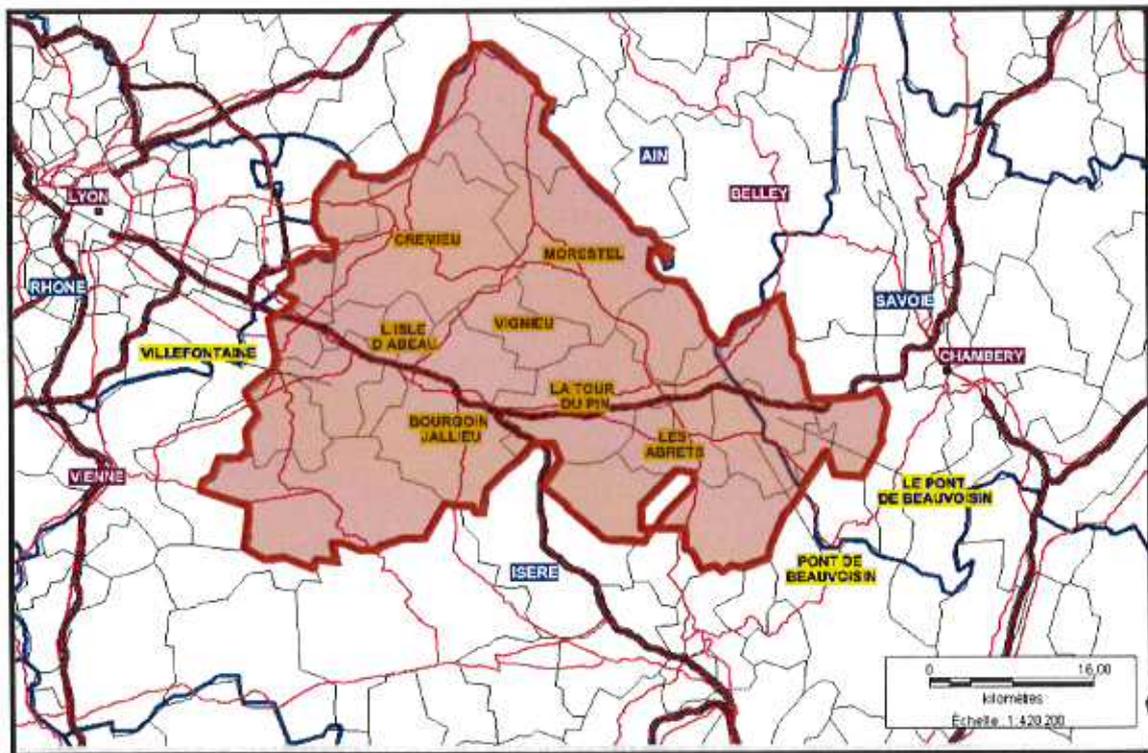
3.2 Présentation du territoire

La région Rhône-Alpes est découpée en 8 départements (l'Ain, l'Ardèche, la Drôme, l'Isère, la Loire, le Rhône, la Savoie et la Haute-Savoie) pour 2 878 communes. La région se subdivise aussi en 5 territoires de santé : le Nord, le Sud, l'Ouest, le Centre et l'Est.

Les établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné sont tous inclus dans le territoire Centre, plus précisément dans la partie Est de ce territoire.



Le bassin du Groupement Hospitalier de Territoire Nord-Isère¹ s'étend pareillement sur l'Est du Territoire de Santé Centre (le territoire « centre » est en rouge sur la carte ci-contre) et notamment sur les départements de l'Isère et de la Savoie. Le bassin du GHT (cf. carte ci-dessous) regroupe les bassins des Centres Hospitaliers de Bourgoin-Jallieu et du Pont-de-Beauvoisin. Ce territoire s'étend sur près de 1700 km², à l'Est de la métropole lyonnaise.



¹ Le bassin de recrutement MCO du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné a été déterminé en fonction des séjours réalisés pendant l'année 2013 des Centres Hospitaliers concernés : Bourgoin-Jallieu et le Pont-de-Beauvoisin pour la partie MCO. Les patients qui résident sur le bassin présenté ci-contre représentent 90% de l'activité identifiée dans le PMSI. 2013 De plus, la définition retenue impose que chaque commune incluse dans le bassin représente au moins 13% de part de marché.

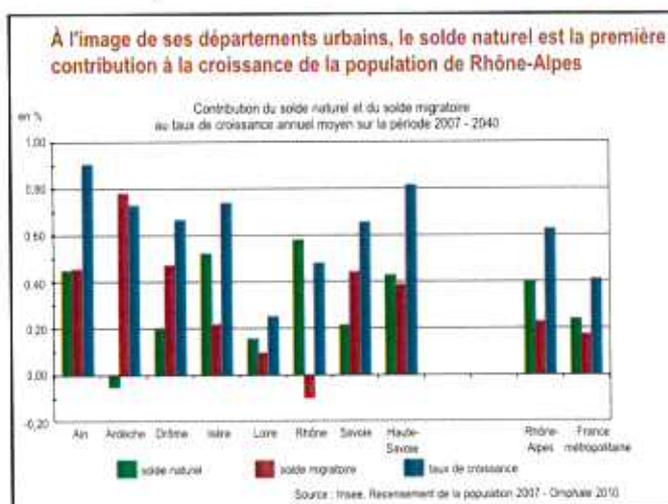
3.2.1 Aspects démographiques

Au 1^{er} janvier 2012 la population de ce territoire était de 306 305 habitants², pour une densité de 180 habitants par km². La région Rhône-Alpes compte à cette date 6 341 160 habitants (145 hab/km²), ce qui en fait la 2^{ème} région la plus peuplée de France après l'Île-de-France et la 6^{ème} la plus densément peuplée (au-dessus de la moyenne française : 117 hab/km²); cela représente 10% de la population française. Le département de l'Isère comptait 1 224 293 habitants (164 hab/km²), ce qui en fait le deuxième département le plus peuplé après le Rhône (métropole lyonnaise) alors que celui de Savoie n'en comptait que 421 105 pour une densité de 70 habitants/km².

Taux annuel moyen 2006-2012	Bassin	Isère	Savoie	Rhône-Alpes	France
Taux de natalité en ‰	14,4	13,4	12,1	13,2	12,8
Taux de mortalité en ‰	6,7	6,8	7,9	7,5	8,5
Evolution du nombre d'habitants en volume (2006-2012)	+21 138	+45 751	+15 859	+262 195	+1 670 612
TCAM en %	+1,5	+0,8	+0,8	+0,9	+0,5
du au solde naturel	+0,8	+0,7	+0,4	+0,6	+0,4
du au solde migratoire	+0,8	+0,1	+0,4	+0,3	+0,1

Sur la région, depuis 1968, la population n'a cessé d'augmenter. La région comptait ainsi 4 423 055 habitants à la fin des années 1960 et a ainsi enregistré environ 300 000 habitants supplémentaires entre chaque période de recensement, soit en moyenne 43 500 habitants de plus chaque année. Ceci conduit à une augmentation de 43% de la population entre 1968 et 2012. Pendant cette période, la population de l'Isère a augmenté plus fortement avec +58% sur la période considérée alors que celle de Savoie a progressé au même niveau que celle de la région. A titre de comparaison, la population de la Loire n'a presque pas bougé (+4%). Sur le bassin, on observe une hausse importante de la population, deux fois supérieure aux deux départements dont elle dépend, avec des taux de croissance annuels moyens compris entre -1,4% et +6,6% selon les communes.

En termes d'évolution, la croissance régulière devrait se poursuivre et la région devrait atteindre environ 7 100 000 habitants à l'horizon 2030³ avec un taux de croissance de 0,6%/an soit sur un rythme légèrement inférieur à celui mesuré entre 2006 et 2012. Cette croissance serait, comme cela est déjà le cas, portée essentiellement par le solde naturel (0,4%), bien que le solde migratoire resterait positif (+0,2%/an). La population de l'Isère devrait dépasser les 1,4 million d'habitants aux alentours de l'année 2028 et même atteindre 1 500 000 habitants à l'horizon 2040 selon le scénario central Omphale. La population de la Savoie devrait quant à elle dépasser les 500 000 habitants à l'horizon 2040, en atteignant 475 000 habitants environ en 2030.



² Source INSEE : recensement principal 2012 (données publiées au 1er janvier 2015)

³ Source INSEE – Omphale scénario central 2010 : maintien de la migration sur la période 2000 et 2008 et maintien de la fécondité à 2,05 enfants par femme (soit le seuil de renouvellement des générations) et quotient de mortalité calculé sur la zone puis ajustée avec la tendance centrale sur la France

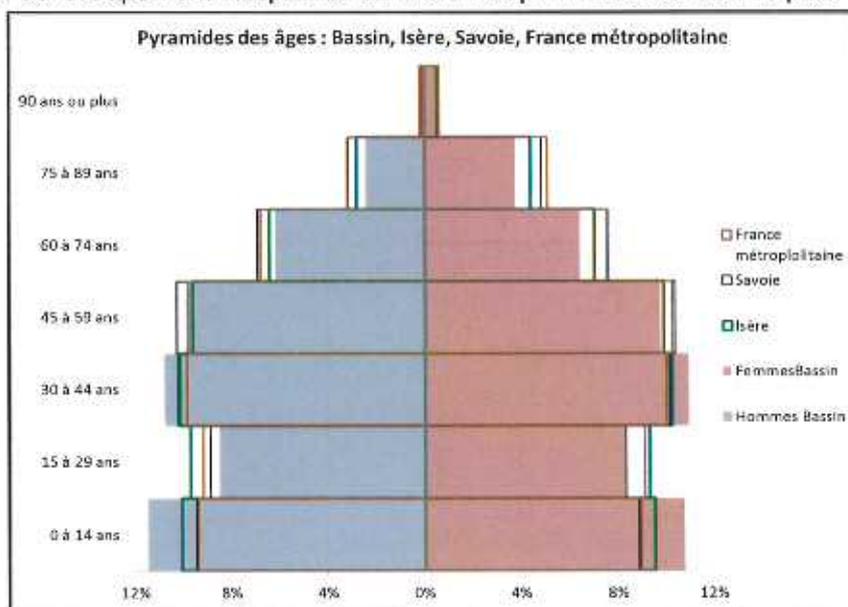
Il est probable que la croissance de la population du bassin suive ces tendances, le bassin pourrait ainsi gagner près de 45 000 habitants à l'horizon 2030.

L'Isère gagne des habitants du fait des mouvements migratoires des étudiants, mais pas seulement : les soldes migratoires sont aussi légèrement excédentaires chez les 25-39 ans et à l'équilibre entre 40 et 59 ans. À partir de 60 ans, en revanche, les personnes qui partent sont un peu plus nombreuses que celles qui viennent s'installer. Le département a ainsi perdu 1 300 retraités en 5 ans. Au final, les mouvements migratoires ont en Isère un effet de rajeunissement de la population, en abaissant le poids des plus de 40 ans.

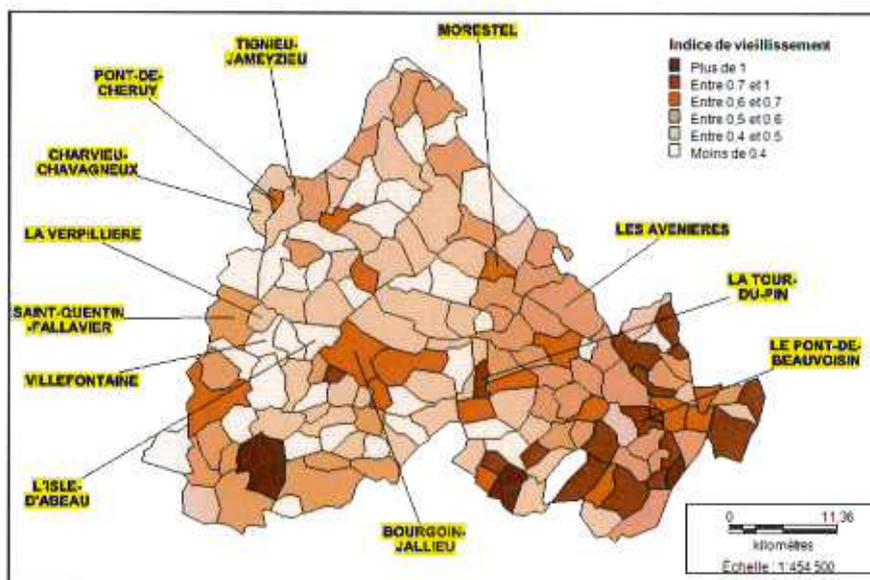


3.2.2 Structure de la population

La pyramide des âges du bassin du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné montre bien la plus grande jeunesse de la population du bassin avec sa base plus large que partout ailleurs : 22,2% de moins de 15 ans sur le bassin contre 18,3% en France. On retrouve ensuite un trou de génération sur le bassin chez les 15-29 ans, notamment chez les hommes par rapport à la proportion dans l'Isère. Entre 30 et 44 ans, la proportion des habitants du bassin est supérieure. Puis à partir de 45 ans, le bassin du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné compte moins de population (en proportion) que les éléments du contexte, visible chez les femmes de 75 à 89 ans notamment.



L'indice de vieillissement⁴ est ainsi plus faible sur le bassin du GHT que partout ailleurs. Il est de 0,48 sur le bassin contre 0,6 dans l'Isère et 0,71 en Savoie et sur la France métropolitaine. Il varie entre 0,1 à l'Isle d'Abeau et 1,2 à Virieu; alors qu'il est de 0,69 à Bourgoin-Jallieu.



3.2.3 Taux de natalité et fécondité

Entre 1990 et 2013, l'indicateur conjoncturel de fécondité⁵ de l'Isère est passé de 1,79 à 2,06 enfants/femme pour 15 724 naissances domiciliées (soit un nombre de naissances plus ou moins stables depuis 10 ans), alors qu'en France métropolitaine il est de 1,99 enfant/femme. En Savoie, il atteint 1,91 enfant/femme en 2013 (4 762 naissances domiciliées). En Isère comme en Savoie, l'âge moyen de la mère à la naissance est de 30 ans⁶, comme au niveau national, alors qu'une naissance sur cinq est le fruit d'une femme âgée de 35 ans ou plus (20,8% pour les femmes de l'Isère).

3.2.4 Chômage, revenus, prestations sociales, minima sociaux.

Au quatrième semestre 2014, le taux de chômage en France métropolitaine était de 10%⁷. En région Rhône-Alpes, ce taux était de 8,9%, avec une augmentation de 0,4 point entre 2013 et 2014. Dans le département de l'Isère, le taux de chômage était de 8,3% et celui de la Savoie de 8,1%, soit des taux inférieurs à la moyenne française. Ces taux sont en constante augmentation depuis le quatrième trimestre 2008 (+ 0,6 point en Savoie entre 2013 et 2014).

Le revenu annuel net imposable moyen est égal à 25 883€ pour les habitants de l'Isère et de 26 488€ en région Rhône-Alpes, soit un niveau légèrement supérieur au revenu moyen constaté sur la France métropolitaine (25 140€). Sur le bassin, le revenu calculé est légèrement plus faible à 24 507€, alors que celui mesuré à Bourgoin-Jallieu est de 21 144€.

⁴ Part des 65 ans et plus et sur la part des personnes de moins de 20 ans qui traduit du vieillissement avancé ou non d'une population

⁵ INSEE : mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés

⁶ Source INSEE 2013 - état civil - naissances domiciliées

⁷ Source : Insee, taux de chômage au sens du BIT et taux de chômage localisé

Ainsi, 4 905€ d'écart est relevé entre le revenu moyen des rhônalpins habitant le territoire Est (le plus élevé, celui du GHT) et le Sud (le plus bas). Un peu moins d'un foyer sur deux est non imposable en France (43,8%), comme dans l'Isère (44,9%). Sur le bassin, deux foyers sur cinq ne sont pas imposables (40,7%), alors qu'à Bourgoin-Jallieu ce niveau est supérieur à tous les éléments de comparaison (46,3%).

En 2013, un français sur vingt a touché le RSA Socle (bénéficiaires exclus de tout emploi) et près de 2% touchaient un RSA activité, soit au total 7,1% de bénéficiaires. Dans le département de l'Isère ces proportions étaient plus faibles : 3,7% de bénéficiaires du RSA Socle et 5,2% au total (même proportion que la région) ; et cela est encore plus vrai dans le département de la Savoie : 2,3% bénéficiaient du RSA Socle et 3,3% au total; 2^{ème} département avec les plus faibles parts derrière la Haute-Savoie.

3,4% des Français bénéficient de la Couverture Maladie Universelle et 7% de la CMU-Complémentaire. Dans l'Isère, ces parts sont respectivement de 2,1% et 4,5% (soit environ 55 000 personnes); alors qu'en Savoie, ces parts sont respectivement de 1,1% et 3,1%.

3.2.5 Données médicales

3.2.5.1 Démographie médicale

L'Isère a une densité de médecins généralistes dans la moyenne française et régionale : 109 pour 100 000 hab.⁸ contre 106 pour 100 000 hab. pour la France et 105 pour 100 000 hab. pour la région Rhône-Alpes. En parallèle, que ce soit dans le département ou sur la région, 43% des praticiens ont plus de 55 ans, soit encore une dizaine d'année d'exercice pour les plus jeunes, contre 48% pour la France.

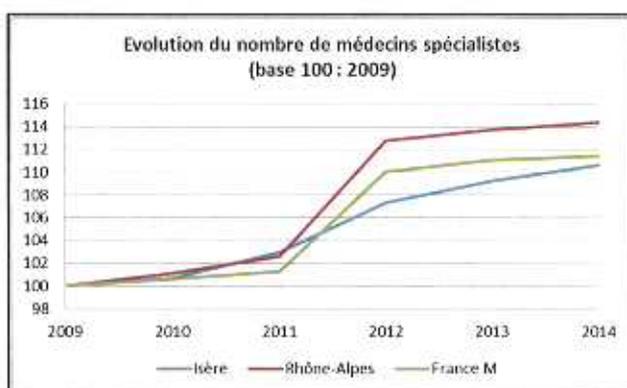
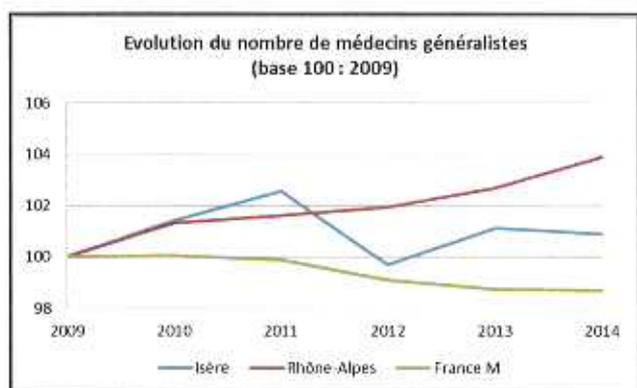
Tout comme pour les médecins généralistes, la densité de médecins spécialistes est équivalente entre le département et sa région ainsi que la France avec 93 ou 94 médecins pour 100 000 habitants. La moitié des médecins spécialistes du département et de la région ont plus de 55 ans alors qu'ils sont 55% sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Médecins généralistes	Isère	Rhône-Alpes	France métropolitaine
Nombre	1 340	6 712	67 428
<i>dont > 55 ans</i>	572	2 909	32 582
Densité	109	105	106

Médecins spécialistes	Isère	Rhône-Alpes	France métropolitaine
Nombre	1 155	5 975	59 973
<i>dont > 55 ans</i>	580	3 018	33 022
Densité	94	93	94

On constate une évolution contrastée du nombre des médecins généralistes du secteur libéral ou mixte en Isère avec un quasi retour au point de départ en 2014 par rapport à 2009⁹. La région Rhône-Alpes connaît une croissance modérée mais continue du nombre de médecins alors que sur la France le nombre ne cesse de baisser, bien que faiblement.

L'évolution du nombre de médecins spécialistes du secteur libéral ou mixte a été contrastée avec une quasi-stagnation entre 2009 et 2011 quel que soit le lieu (département, région, France) puis une croissance des effectifs ces trois dernières années. L'Isère a connu une évolution plus modérée notamment par rapport à la région Rhône-Alpes.



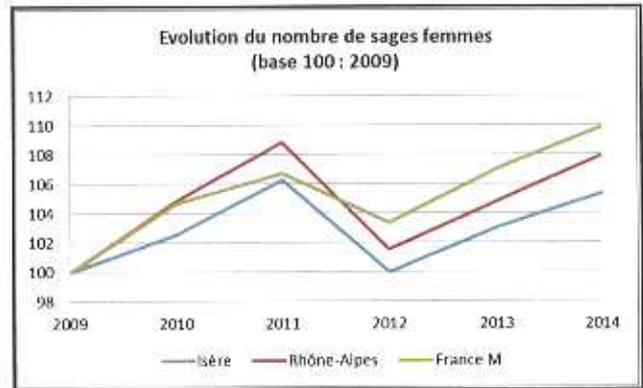
⁸ Source : Statiss 2014, DRESS, ARS

⁹ Source: Statiss 2009 à 2014, DREES

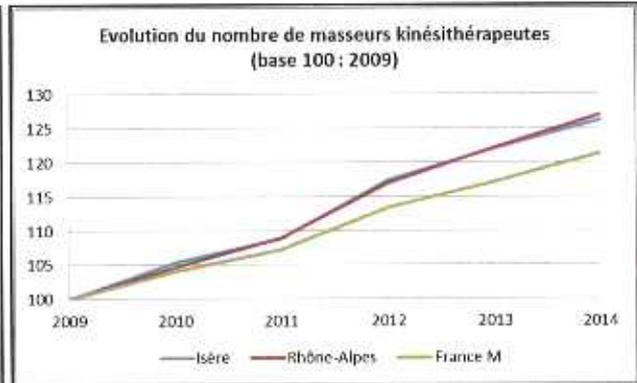
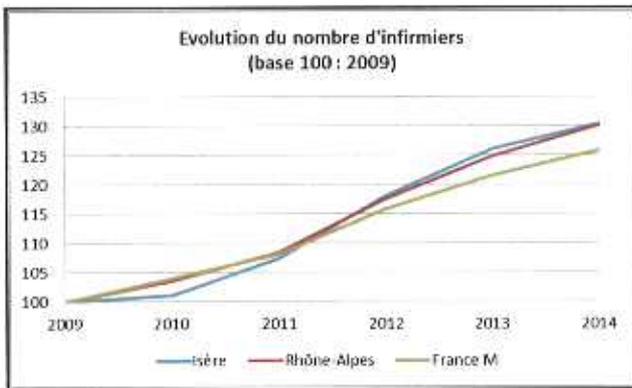
3.2.5.2 Démographie paramédicale

Le nombre de sages-femmes (libérales ou salariées) a évolué moins rapidement sur le département que sur la région ou la France métropolitaine.

A l’opposé, en ce qui concerne le nombre d’infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes (libéraux ou salariés), celui-ci a évolué légèrement plus vite sur le département et sur la région que sur la France métropolitaine.



Mais pour chaque profession, les trajectoires sont similaires.



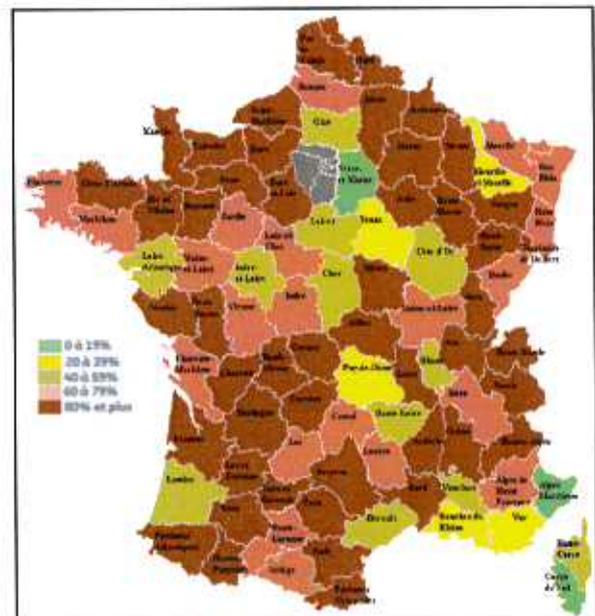
Sur la région, on enregistre en moyenne 95,3 omnipraticiens pour 100 000 habitants avec des disparités selon le territoire de santé : de 76,8 dans le territoire de santé Nord à 102,3 dans le territoire Est (celui du bassin du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné), contre une moyenne nationale de 96,6 pour 100 000 habitants.

3.2.5.3 Permanence des soins

La part des médecins libéraux participant à la permanence des soins¹⁰ en Isère est moyenne avec entre 60 et 79% de participation alors qu’en Savoie plus de 80% y participent.

Dans les autres départements, cette part est en moyenne de 80%.

Quelques départements font exceptions avec une part inférieure à 20% comme c’est le cas en Seine-et-Marne, dans les Alpes-Maritimes ou en Corse du Sud.



¹⁰Source : Ordre des médecins – enquête PDS au 31 décembre 2013

3.2.6 Mortalité et mortalité prématurée

En 2008¹¹, 46 574 décès sont survenus en Rhône-Alpes, dont 51% de décès masculins. Après avoir enlevé les effets de structures par âge, on observe une diminution presque continue de la mortalité générale chez les hommes et les femmes. Un pic est enregistré en 2003, qui souligne l'importance des décès survenus pendant la canicule de cette année-là.

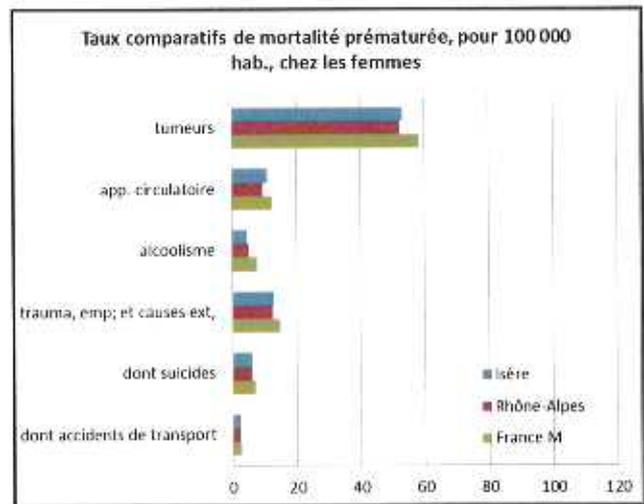
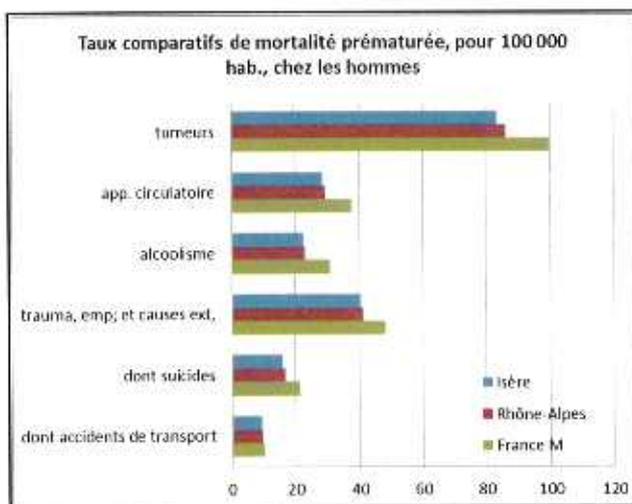
En revanche, en 2008 9 000 décès prématurés sont survenus avant 65 ans soit 19% de l'ensemble des décès. La mortalité prématurée enregistre le nombre de décès des personnes de moins de 65 ans, qui en fait un indicateur de l'état de santé de la population.

On constate que peu importe la cause et peu importe le sexe, les taux de mortalité prématurée¹²¹³ sont moins élevés dans l'Isère et dans la région Rhône-Alpes que sur l'ensemble de la France métropolitaine. La mortalité prématurée touche beaucoup plus les hommes que les femmes car quelle que soit la cause, le taux est toujours près de 2 fois supérieur chez les hommes, et même 4 fois plus important pour les décès liés à l'alcoolisme et 3 fois plus pour les maladies liées à l'appareil circulatoire.

La mortalité prématurée liée au suicide est également plus de 3 fois moindre chez les femmes.

Toutes causes confondues, la mortalité prématurée touche 210 hommes pour 100 000 hab. dans l'Isère contre 270 en France et 103 femmes pour 100 000 hab. dans l'Isère contre 124 en France.

Au-delà de la mortalité prématurée, on décèle plus de 5 000 décès évitables.



¹¹ Source : SROS Rhône-Alpes

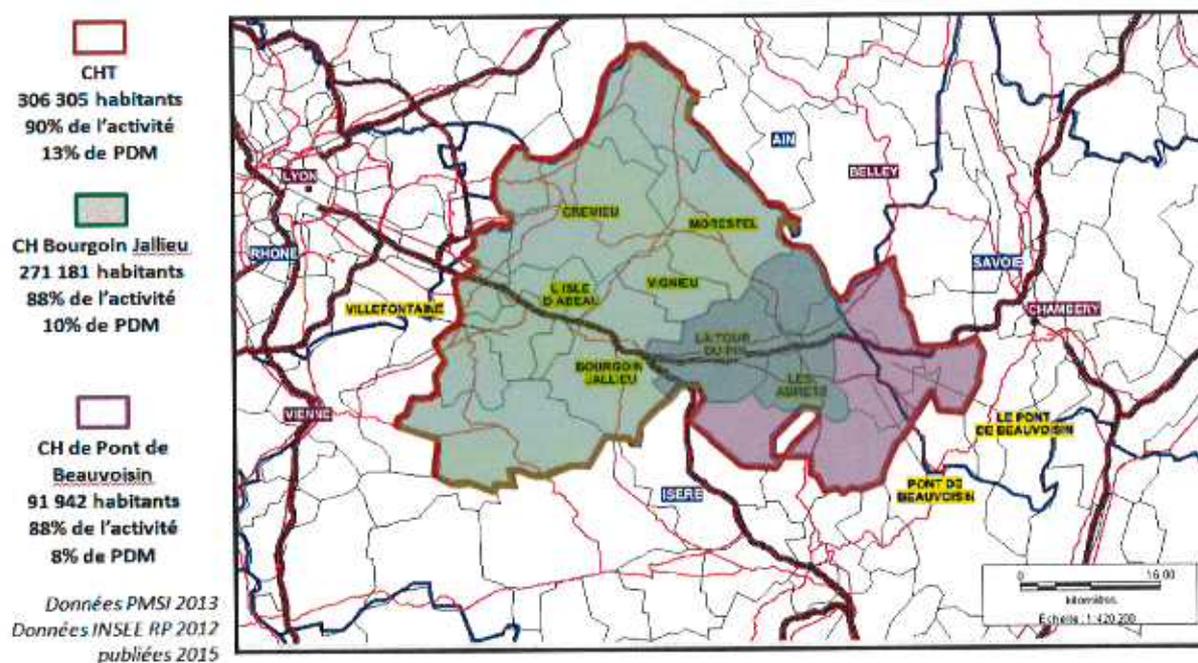
¹² Source: Statiss 2014, INSERM données 2009 à 2011

¹³ Les taux comparatifs sont les taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de France métropolitaine.

3.3 Bassin de recrutement

Le bassin de recrutement MCO du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné a été déterminé en fonction des séjours réalisés pendant l'année 2013 dans les Centres Hospitaliers concernés : Bourgoin-Jallieu et le Pont-de-Beauvoisin pour la partie MCO. Les patients qui résident sur le bassin présenté ci-dessous représentent 90% de l'activité identifiée dans le PMSI. Les 10% restants relèvent pour partie de l'activité saisonnière (vacances et passage), mais aussi de personnes ayant souhaité privilégier une proximité familiale, ou une autre résidence que principale. Ce bassin de recrutement compte actuellement environ **305 000 habitants** sur 158 communes dont celles de Bourgoin-Jallieu, Villefontaine, l'Isle d'Abeau, Charvieu-Chavagneux, la Tour du Pin, la Verpillère, Tignieu Jamezieu, St Quentin Fallavier, les Avenières et Pont de Cheruy (communes de plus de 5 000 habitants).

De plus, la définition retenue impose que chaque commune incluse dans le bassin représente au moins 13% de part de marché. Autrement dit au minimum 1 patient sur 8, habitant chacune de ces communes, a trouvé réponse en hospitalisation complète ou partielle dans un établissement du GHT, sur la période considérée.



Les contours du bassin sont directement liés à l'emprise des propres bassins des principaux établissements publics et privés alentours :

- A l'Ouest : les Hospices Civiles de Lyon et les cliniques lyonnaises et de sa banlieue entre autres, CH Givors
- Au Sud-Ouest : Vienne (CH et Clinique), Saint-Charles en Roussillon (Clinique)
- Au Sud : Voiron (CH et Clinique) et les CH St Laurent du Pont et Rives-sur-Fure
- A l'Est : Aix les Bains (CH et Clinique), Bellevy (CH), Chambéry (CH et Hôpital Privé)

3.4 Parts de marché et potentiels de développement

3.4.1 La réponse globale MCO

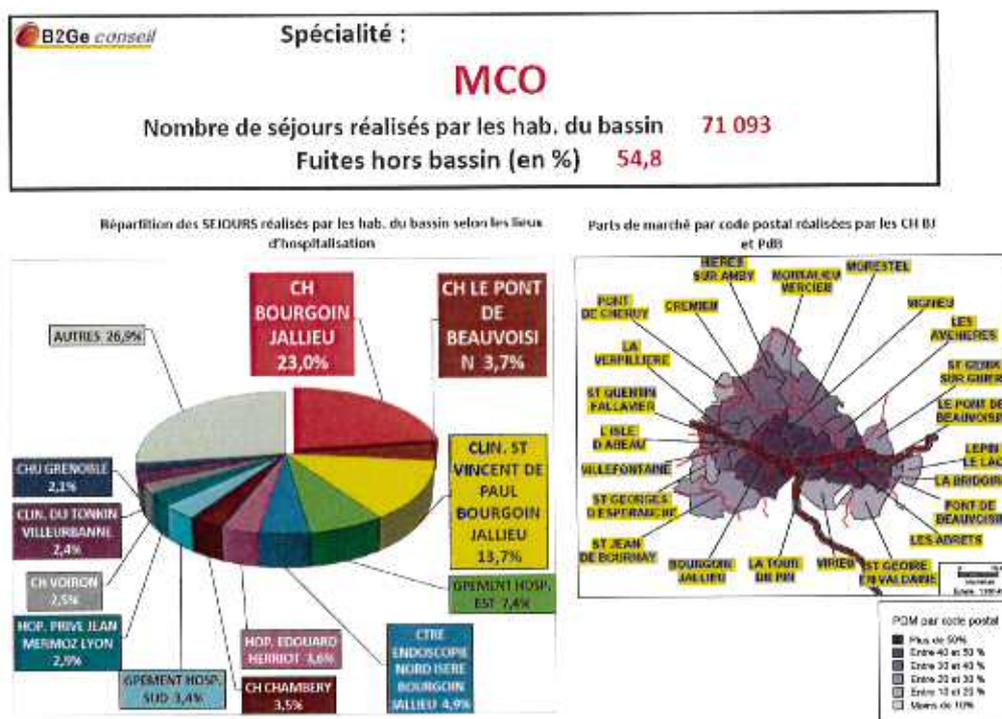
Les 305 000 habitants du bassin de recrutement ont généré un total de plus de **71 000 séjours** d'hospitalisation MCO, complète et incomplète, sur l'année 2013. Ces données sont extraites de la base nationale PMSI MCO publique et privée. Les établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné présentent une réponse aux besoins d'hospitalisation en santé de cette population à hauteur de 26,7%.

L'alternative sur le bassin est l'offre privée de la Clinique Saint Vincent de Paul (Bourgoin-Jallieu, 17,3%) ; l'importance ici déclinée du Centre d'Endoscopie Nord-Isère de Bourgoin-Jallieu (4,9%) correspond au volume conséquent d'endoscopies ambulatoires qui y sont réalisées par rapport au nombre de séjour global généré par le bassin.

Les patients du bassin pris en charge en dehors des établissements du territoire (fuites) représentent 54,8% des séjours : plus d'un patient sur deux est pris en charge hors le bassin et notamment dans l'un des établissements des Hospices Civiles de Lyon (16%). L'aspect universitaire dans l'orientation de la prise en charge (ou niveau II et III pour la maternité) ne peut être reconnu que pour moins de 10% des adressages en hospitalisation.

La réponse des établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné sur le bassin (carte de droite ci-dessous) est globalement équilibrée selon des distances, avec une emprise centrée sur les communes où il y a un établissement : l'attractivité est d'autant plus faible que les communes se situent loin par rapport aux établissements.

Ainsi, les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire Nord-Isère objectivent plus de fuite sur la partie ouest du bassin, en lien avec la géographie du territoire et la proximité de l'offre publique de Lyon notamment, et à l'extrême Est (Influence de Voiron et Chambéry).



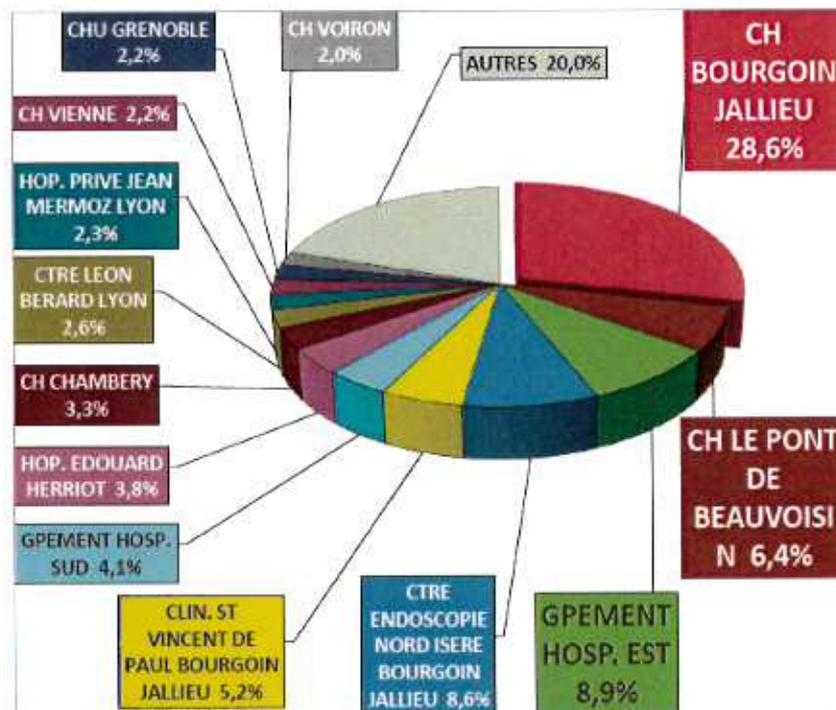
3.4.1.1 La médecine

40 361 séjours ont été réalisés en un an par les habitants du bassin en **médecine** court séjour, selon le PMSI¹⁴. Les fuites hors territoire sont de 51,3% des séjours ; les établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné présentent ainsi une réponse en hospitalisation de médecine pour plus d'un patient sur trois (35% des séjours réalisés).

L'activité du privé est globalement moindre et morcelée entre de nombreux établissements, en lien avec la part encore faible de son offre en la matière, hors l'endoscopie digestive. Les HCL sont par contre bien présents en réponse à la prise en charge de médecine, avec 18,7% de parts de marché. Elle est l'offre concurrente principale du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné.

Pour conforter l'attractivité du GHT, et en limiter les fuites vers le secteur privé pour les spécialités les plus concurrentielles (telle la cardiologie), et vers le secteur public, le GHT se doit de faire travailler ses sites en partenariat les uns avec les autres. Le renforcement de l'offre de chacun des sites, l'adressage plus ciblé d'un site à un autre du GHT sont des pistes pour une meilleure réponse à la population du bassin pour sa prise en charge en médecine.

Le développement des activités s'exercera aussi par augmentation du programmé et une meilleure organisation du non programmé, véritable défi pour fluidifier les filières à partir des urgences.



¹⁴ Données PMSI 2013

3.4.1.2 La chirurgie

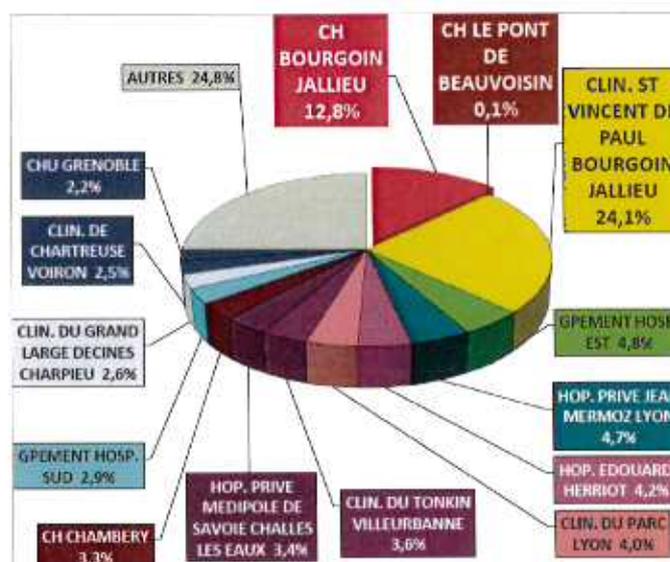
24 729 séjours ont été réalisés en un an par les habitants du bassin en **chirurgie** selon la définition de cette discipline en PMSI¹⁵ (notion d'actes classants). Les fuites hors territoire sont de 62,9%.

Les établissements MCO du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné sont ici représentés par l'offre unique du Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu¹⁶ ; il répond au besoin d'un peu plus d'un patient du bassin sur 8 ; soit une part de marché de 12,8%.

La clinique Saint-Vincent de Paul à Bourgoin-Jallieu représente pour le même besoin global de chirurgie, avec un case mix proche et sans « urgences », une part de marché à elle-seule de près de 25% (soit un patient sur 4). Les autres établissements privés au pourtour ouest du bassin, l'Hôpital Privé Jean Mermoz de Lyon, la Clinique du Parc (Lyon), la Clinique du Tonkin (Villeurbanne) ou encore la Clinique du Grand Large (Décines) totalisent près de 14,9% de parts de marché. Les HCL ne sont présents qu'à hauteur de 12,9%. Le reste de l'activité est disséminée sur de nombreux établissements, principalement privés.

Un fort potentiel de développement d'activité existe donc pour l'établissement du GHT en chirurgie, selon deux axes :

- Améliorer l'attractivité sur son propre bassin en reprenant petit à petit des parts de marché sur le privé.
- Limiter les fuites hors du bassin par une meilleure connaissance de ce qui peut être réalisé par les opérateurs publics, au sein même du GHT.



La part du non programmée est difficile à développer par elle-même. Sans grande concurrence, cette partie devra être préservée, à travers des liens avec les adresseurs de premiers secours, notamment Pont-de-Beauvoisin, mais aussi les ambulanciers, les centres 15. De fait, il reste toujours plus aisé de reprendre de l'activité sur la partie programmée.

Les besoins qui aujourd'hui correspondent aux séjours dans les établissements hors du bassin (notamment aux HCL) seront d'autres pistes à explorer, au profit des établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné, pour une prise en charge au plus près de la résidence du patient.

Enfin, il est toujours possible de compter sur une défection d'opérateurs ou d'équipe au sein des cliniques concurrentes, fonction des départs à la retraite non remplacés, de l'évolution des tarifications, des politiques d'investissements du secteur privé.

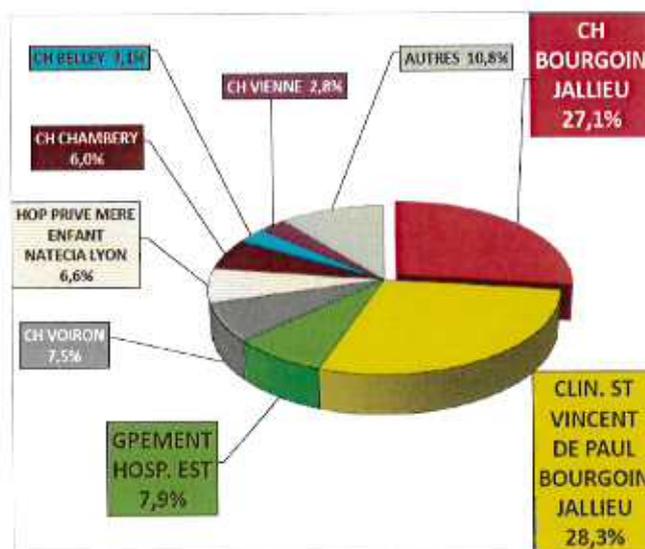
¹⁵ Données PMSI 2013

¹⁶ Pont-de-Beauvoisin est retrouvé ici pour certains traumatismes crâniens classés par l'ATIH en chirurgie

3.4.1.3 L'obstétrique et les nouveau-nés

6 003 séjours ont été réalisés en un an par les habitants du bassin en **obstétrique** (hors nouveau-nés) selon le PMSI¹⁷. Il s'agit des hospitalisations pour accouchements mais aussi du pré-partum et de l'IVG.

Les établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné (uniquement représenté par le CH de Bourgoin-Jallieu) représentent une part de marché de plus de 27%. La concurrence sur le bassin est représentée par la Clinique Saint-Vincent de Paul de Bourgoin-Jallieu avec 28,3% de parts de marché.

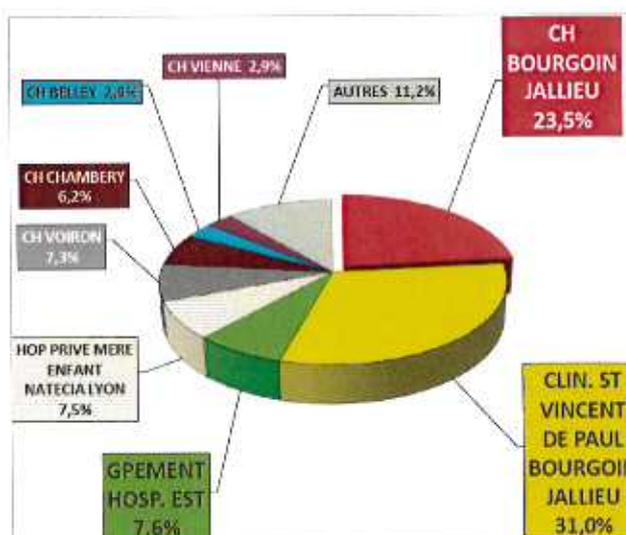


Les fuites hors bassin sont inférieures à 45%. Elles comprennent des réponses publiques (Voiron, Chambéry, Belley, Vienne) ou privées (Mère Enfant Natecia à Lyon) sises au pourtour du bassin, mais aussi l'adressage vers les maternités de niveau III des HCL, selon le travail en réseau.

Nouveau-nés

Parmi la population du bassin, plus de 4 200 **nouveau-nés** naissent par an ; près d'un sur quatre au sein du GHT (maternité de Bourgoin-Jallieu). Près d'un bébé sur trois naît à la Clinique Saint-Vincent de Paul (Bourgoin-Jallieu).

Les fuites sont importantes et la plus grande partie du reste de l'activité est partagée majoritairement entre les différentes offres publiques: 10,7% aux HCL (dont les offres de niveau II et III) et près de 20% dans les maternités publiques du pourtour du bassin (proximité géographique pour ces parturientes).



La rivalité historique en la matière, entre l'offre publique et privée sur Bourgoin-Jallieu, tend vers une évolution favorable de façon récente, au profit du Centre Hospitalier.

¹⁷ Données PMSI 2013

3.4.2 Les activités détaillées en MCO

Une approche identique pour un grand nombre d'activités spécialisées est disponible sous format pdf. Elle se base sur les mêmes principes : un potentiel annuel évalué à partir de la consommation de soins en hospitalisation complète et de jour ou ambulatoire, la part de marché actuelle de chacun des acteurs de santé de la région, l'emprise par codes postaux de la réponse des Centres Hospitaliers de la Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné : Bourgoin-Jallieu et Pont-de-Beauvoisin.

3.4.3 Indicateurs en chirurgie ambulatoire

Deux indicateurs prévalent actuellement en termes de chirurgie ambulatoire :

- La part globale de l'ambulatoire par rapport à l'ensemble de l'activité de chirurgie. Pour rappel, l'objectif national est d'atteindre 50% des prises en charge, non compris les actes d'endoscopie
- La part d'ambulatoire pour des gestes marqueurs dument répertoriés. Ici, l'objectif national est de 85%.

Le Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné est en léger retard pour ce second indicateur. Le GHT (par l'intermédiaire du CH de Bourgoin-Jallieu uniquement) affiche un taux de 69% d'ambulatoire pour des gestes marqueurs dument répertoriés, quand la moyenne des établissements publics est de 72% la même année.

A noter que pour le premier indicateur, part globale d'ambulatoire, les établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné présentent en 2014, un taux global approchant les 30% d'ambulatoire en chirurgie par rapport à l'ensemble de l'activité de chirurgie, taux identique à celui de 2013.

Le Projet Médical de Territoire devra en tenir compte pour proposer des organisations qui favorisent une augmentation de la part ambulatoire. Ceci implique d'offrir une véritable alternative à la population que se tourne aujourd'hui principalement vers le secteur privé pour ces actes programmés et de courte durée de prise en charge.

3.4.4 Oncologie et seuils INCa

Les notions de seuils d'activités sont désormais des impératifs appliqués aux établissements de santé. Actuellement, ces seuils ne concernent principalement que l'oncologie parmi les domaines développés dans l'établissement.

Ces seuils impliquent là aussi une double lecture :

- Une moyenne de l'activité sur les trois dernières années, pour des spécialités bien précises
- Le nombre total de l'activité, sur la dernière année, pour ces mêmes spécialités.

Il faudra garder à l'esprit que ces seuils sont amenés à évoluer, à la hausse, avec potentiellement la notion d'opérateur, ou d'équipe, sur un site donné.

Le Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné, par l'intermédiaire du Centre Hospitalier Pierre Oudot, est autorisé à exercer les activités de traitement du cancer : Chirurgie mammaire et digestive, Chimiothérapie. C'est un atout pour la reconnaissance de l'activité non seulement de cancérologie, mais plus généralement de prise en charge « lourde », auprès du grand public, pour le renom des établissements¹⁸.

Le Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu est membre du Réseau de Cancérologie de la région Rhône-Alpes. Il travaille aussi en collaboration étroite avec le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Léon Bérard (CLB) qui est un centre de recours pour la chirurgie très spécialisée, la radiothérapie et les essais cliniques. Les médecins du Centre Hospitalier participent aux RCP du CLB.

D'autres acteurs de soins, en dehors du centre Leon Bérard, sont aussi présents sur ces segments d'activité : les HCL, sans oublier certains établissements privés lyonnais tels la Sauvegarde, Jean Mermoz, Saint Joseph-Saint Luc, Grande Large (Décines) ou encore Charcot (Ste Foy).

Les établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné pourront conforter la politique à mener vers plus d'autarcie, en travaillant plus étroitement en réseaux. Ceci renforcera l'offre et la cohérence des filières internes au GHT.

¹⁸ Pour information, la Clinique Saint Vincent de Paul est autorisée en Chirurgie carcinologique urologique

3.5 Activités récentes

3.5.1 L'activité de court séjour et d'urgence

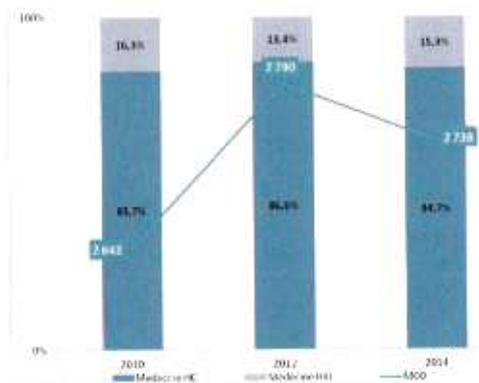
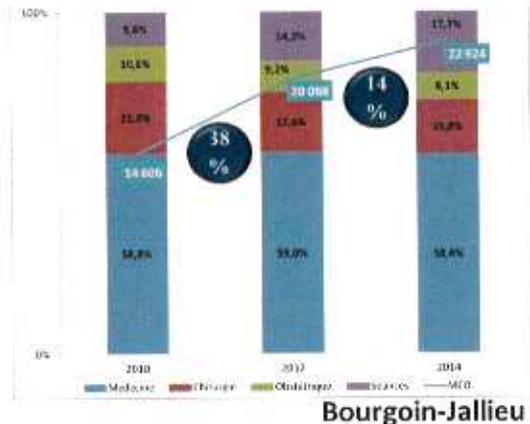
L'activité de **court séjour** sur le GHT est portée par les CH de Bourgoin-Jallieu et Pont-de-Beauvoisin.

L'atout de l'hôpital neuf a pleinement bénéficié au premier, avec une progression de l'activité MCO de +38% les deux premières années, 2010-2012. La tendance est restée supérieure à celle du niveau moyen national¹⁹ avec +14% les deux années suivantes, même si cette progression bénéficie aussi du dynamisme de la région en termes de population²⁰.

Sur Pont-de-Beauvoisin, l'offre se concentre sur la partie médecine pour l'hospitalisation. L'activité est ainsi de +6% sur la même période 2010-2014, soit meilleure que l'évolution au niveau national (1,1% par an), en tenant compte du fait que le bassin de cette partie du territoire est moins évolutif ; A noter toutefois la progression irrégulière, marquée par une décroissance sur les années 2012-2014.

Parallèlement, les durées moyennes de séjours DMS, des deux établissements se sont réduites avec respectivement -12 % et -15% pour Bourgoin-Jallieu et Pont-de-Beauvoisin, chacun se rapprochant des moyennes nationales observées pour les établissements publics²¹, à case mix équivalent. Dans le même temps, la baisse des DMS n'était que de 0,6% par an en MCO dans les établissements publics au niveau national, avec -0,4% par an en médecine.

Les deux établissements disposent pareillement d'un service d'urgence, avec, par an, de l'ordre de 15 000 premiers passages sur Pont-de-Beauvoisin et 40 000 premiers passages sur Bourgoin-Jallieu. Ce dernier dispose aussi d'un SMUR qui a réalisé plus de 1 700 sorties en 2013, dont plus de 82% de primaires.



¹⁹Evolution du nombre de séjours et séances :France Etablissements publics MCO2010-2013 : 2,1% par an

²⁰Taux de Croissance Annuel Moyen : Bassin 1,5% versus France 0,5%

²¹France public : 6,3 jours en médecine ; 6,9 jours en chirurgie ; 4,4 jours en obstétrique

3.5.2 L'activité des SSR

Trois des quatre établissements du GHT disposent d'une offre de SSR²² :

- Le Centre Hospitalier de Morestel : sur 30 lits, polyvalents, la DMS y est de moins de 29 jours, avec un taux d'occupation de près de 94%. Les patients pris en charge résident à Morestel ou communes limitrophes pour 70% d'entre eux, 11% viennent de Bourgoin-Jallieu, 10 % de la Tour du Pin.
- Le Centre Hospitalier de Pont-de-Beauvoisin, sur 50 lits et 10 places, répartis en lits à orientations spécifiques (Gériatrie, locomoteur et neurologique), la DMS est de 37 jours, avec un taux d'occupation de 93%, en progression par rapport à l'année précédente.
- Le Centre Hospitalier de la Tour du Pin, sur 30 lits aussi (dont 12 en UCC, complété de lits polyvalents), la DMS est de 33 jours avec un taux d'occupation de près de 87%, chiffres en progression par rapport à l'année précédente. Les patients sont des résidents de la Tour du Pin dans la moitié des cas, sinon de Bourgoin-Jallieu pour 13% et les Abrets pour 8,5%. Les autres communes représentent de faibles volumes, épars.

3.6 Synthèse du positionnement

Le GHT est donc l'offre de soins publique d'un bassin de près de 310 000 habitants, bassin jeune et en expansion, où la concurrence en matière sanitaire est forte. Les établissements du GHT restent fragiles, avec une consommation de soins qui s'adresse souvent au dehors, pour sa partie Est du bassin, vers Chambéry (de plus, bientôt reconstruit pour la partie publique) et Voiron, et pour sa partie Ouest, vers l'offre privée lyonnaise et les HCL.

Les établissements du GHT présentent des activités complémentaires dans leur répartition, l'un à l'Ouest, l'autre à l'Est du territoire, avec un SMUR et deux sites d'urgences et de médecine, une offre MCO et deux plateaux techniques, principalement non interventionnels, très diversifié sur Bourgoin-Jallieu.

Trois sites de SSR et une filière gériatrique viennent en complément, au plus près des habitants pour l'aspect polyvalent de la prise en charge, avec trois spécialités identifiées en plus sur Pont-de-Beauvoisin, en locomoteur, en gériatrie et en neurologie.

²² Les données chiffrées reflètent l'année 2013, et 2014 pour ce qui est de Morestel

4 Deuxième partie : les projets communs

4.1 Orientations générales

Face au positionnement décrit du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné, et quel que soit le secteur MCO ou SSR, il est apparu important à tous de renforcer les liens entre les établissements pour favoriser une offre publique et cohérente, à disposition de l'ensemble de la population du bassin. Dans cette optique, six axes sont mis en avant pour structurer le projet médical de territoire :

- Conforter la filière d'urgence
- Développer l'imagerie de territoire et la télémedecine
- Pérenniser et faciliter les filières MCO
- Accompagner la gouvernance et la déclinaison territoriale du SSR
- Accompagner la gouvernance et développer la déclinaison territoriale de la filière gériatrique
- Accompagner et coordonner l'évolution de l'offre en MCO et SSR

Afin de favoriser l'attractivité des établissements du GHT, l'offre publique se doit d'être accessible au plus près du domicile du patient. Elle doit parallèlement promouvoir l'efficacité. Mieux vaut organiser un flux entre les sites du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné, selon les volumes envisagés, plutôt que se limiter à une réponse locale sporadique ou favoriser les fuites vers d'autres établissements, publics ou privés. Si l'adressage est « fléché », le retour du patient doit l'être tout autant, notamment pour un retour précoce du patient après transfert pour cause de plateau technique. Une information au plus tôt de la date du retour est un impératif pour optimiser l'organisation du site receveur final, que ce soit en court séjour, en SSR ou en EHPAD.

L'organisation devra aussi être pérenne, afin de fidéliser les patients comme les correspondants. Elle s'inscrit dans des critères stricts de respect des normes de qualité et de sécurité.

Pour une acceptation partagée, ce Projet Médical de Territoire est élaboré de façon coordonnée aux Projets Médicaux de chacun des sites. Le respect mutuel entre les différents intervenants oriente ainsi les collaborations.

Pour Pont-de-Beauvoisin, un principe de réalité s'impose. L'adressage des patients, lorsque leur prise en charge dépasse ce qui est possible localement, doit respecter le souhait du patient et la proximité par rapport au lieu de résidence. Servir le territoire, c'est adresser les patients résidant entre la Tour du Pin et Pont-de-Beauvoisin prioritairement vers Bourgoin-Jallieu, les patients habitant entre Chambéry et Pont-de-Beauvoisin resteront adressés à Chambéry ; ceux habitant entre Voiron et Pont-de-Beauvoisin resteront adressés à Voiron.

Le domaine de la qualité et la sécurité²³ est aussi une problématique commune à tous les sites. Chronophages, qualité et sécurité demandent une veille documentaire régulière, des adaptations continues. Des partages de données ou des mutualisations sont donc intéressantes à mettre en

²³Afin de rendre les systèmes d'information (SI) plus performants, en particulier en termes de qualité et de sécurité des soins, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), a engagé, depuis avril 2010, une démarche d'élaboration d'un plan stratégique de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH), baptisé « Stratégie Hôpital Numérique ». Cette stratégie se décline en un plan d'action, le programme hôpital numérique.

valeur dans l'optique d'approches communes et de démarches concertées. La gestion des risques se décline pareillement comme fonction support. Elle s'oriente vers des coopérations et partages d'expérience dans les domaines aussi divers que la prise en charge médicamenteuse, la maîtrise du risque infectieux nosocomial, l'identification du patient tout au long de son parcours de soin, l'analyse des causes profondes des événements indésirables (EI) signalés, en particulier les EI graves, le développement d'outils d'analyse et de suivi des risques a priori, la mise en place d'une dynamique de retour d'expérience. Ces échanges complètent l'approche singulière que conserve chacun des sites.

Le projet nécessite ainsi une communication précise, tant interne qu'externe. C'est donc une opportunité de faire connaître la nouvelle organisation, la nouvelle offre de service et les améliorations apportées dans le cadre du projet coordonné. C'est également l'occasion de capitaliser sur les différents métiers et le savoir-faire de chaque hôpital. Dans cette optique, une connaissance élargie des intervenants hospitaliers entre eux sera d'autant plus facilitée, favorisant ainsi la mise en relation du bon intervenant selon la demande.

Une communication cohérente nécessite de construire dans un premier temps l'identité de marque du GHT puis, développer la communication interne et externe.

4.1.1 Identité du GHT

Le travail autour de l'identité de la marque GHND doit refléter l'identité commune aux 4 sites hospitaliers, avec un logo.

Des offres de services sont à concevoir, tel un « Guide des activités médicales » destiné aussi bien en interne qu'aux médecins libéraux prescripteurs. Ce type de support permet de clarifier les organisations internes pour pouvoir ensuite communiquer de manière claire au niveau externe.

Un site web représentera les quatre établissements à partir d'une page d'accueil commune. Des supports de toute nature (papier et numérique) sont aussi à promouvoir : documents d'information, communiqués de presse, réseaux sociaux...).

4.1.2 Communication interne

Le besoin de communication entre les intervenants des différents sites du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné est un minimum pour développer des liens entre les sites. Les moyens d'information de ce que chacun entreprend et est apte à prendre en charge sont donc à développer. Il sera aussi proposé des numéros à communiquer²⁴ ou des lignes dédiées à instituer, pour faciliter la liaison entre correspondants,

Ces actions seront prolongées par des événements à proposer pour le personnel :

- Journée portes ouvertes (ou week ends d'intégration) pour faire connaître les différents sites, avec prolongement de la communication par les photos de l'évènement, les interviews à relayer sur le site web, dans le journal interne, les journaux locaux.
- Par la suite, rencontre aux dates d'anniversaire marquantes de chaque établissement pour entretenir les liens entre les quatre entités.

La communication interne va ainsi permettre d'assurer le bon déroulement de cette conduite de changement que ce projet représente au sein du personnel.

²⁴ Développement interne ou du R.O.R.

Deux facteurs clés sont donc à privilégier : Informer de manière régulière et fédérer en faisant participer.

4.1.3 Communication externe

Au niveau de la communication externe, c'est l'occasion de diffuser une information appropriée auprès de la population et d'installer de nouveaux repères auprès de celle-ci.

Des supports seront proposés, avec pour cible des professions libérales, tel un « Guide des activités médicales » constitué de fiches pour chaque service avec les coordonnées et la description de l'organisation des soins. Et une newsletter sera proposée aux correspondants libéraux afin de les informer de toute l'actualité au GHND

Des événements sont aussi à construire. Les Journées portes ouvertes sont à élaborer. A destination du grand public, elles seront l'occasion de réunions d'informations sur des thématiques précises, sur la prévention...Des stands pourront proposer des animations/informations autour de la santé (hygiène, SAMU, secourisme, diabétologie, métiers hospitaliers, utilisation des défibrillateurs...).

Il paraît important de privilégier un temps pour chaque cible : les journalistes, les professions libérales (table ronde sur des thématiques médicales), le grand public, les bénévoles des associations travaillant avec les hôpitaux.

4.1.4 Inter-communicabilité des systèmes d'information

Le besoin d'**inter-communicabilité des systèmes d'information** est tout aussi important. Le dossier commun et le système d'information en sont la première étape : un GAM commun sur les deux MCO pour gérer les identités et permettre ensuite de mettre en place un dossier commun de territoire. Il est ainsi posé comme base d'échange entre les établissements du GHT. Ce Dossier Médical Partagé (DMP) sur chaque site fera appel aux données de chacun des sites, en toute transparence, pour un suivi des activités générées. Il devra mettre à disposition des différents établissements, des outils spécifiques. Ceux-ci devront mettre en évidence l'évaluation des flux entre les établissements et les filières de patients qui auront bénéficié d'une prise en charge multi site ou la coordination d'intervenants partagés. Ce sont en partie ces données qui crédibiliseront les actions et les investissements de chacun, à communiquer au plus grand nombre dans le cadre de l'évaluation des projets.

4.1.5 Adressage direct

La mise en place de réunions d'information à Pont-de-Beauvoisin ou Bourgoin-Jallieu, ouvertes aux praticiens de l'ensemble du GHT, sera l'occasion de mieux faire connaître les chirurgiens, les gastro-entérologues, néphrologues et urologues et autres spécialités, du CH de Bourgoin-Jallieu et les moyens à disposition pour les joindre plus facilement.

Les admissions directes seront favorisées, notamment dans les services de chirurgie avec comme base la confiance du diagnostic posé par le médecin adresseur. En pratique, ce sera souvent l'urgentiste de Pont-de-Beauvoisin, avec un adressage direct à la suite d'un contact médical. Ceci suppose en complément, de faciliter les liaisons pour la saisie des prescriptions, sans rupture en raison des distances, l'émission des étiquettes ... grâce à un système d'informatisation compatible inter sites.

Une évaluation régulière de l'avancement des projets sera présentée devant les instances concernées, au sein des différents sites.

4.1.6 Mutualisation des ressources

Le Projet Médical de Territoire présente aussi comme intérêt de réfléchir aux mutualisations possibles de postes, médicaux ou para médicaux. Selon les spécialités, des stratégies de recrutement sont à élaborer conjointement pour des temps partagés sur 2 ou 3 sites (avec accord sur le profil de poste). Ils pourront conforter les praticiens par exemple pour les bilans d'évaluation de la chute du patient chuteur. Ainsi, proposer une consultation d'évaluation gériatrique (y compris de chute) sur Pont-de-Beauvoisin, puis augmenter le temps spécifique dédié à cette activité pour l'étendre à terme aux quatre sites.

Enfin, la recherche clinique à Bourgoin-Jallieu se structure avec l'appui d'un ARC. Son action sera à étendre aux différents sites du GHT.

4.2 Conforter la filière d'urgence

4.2.1 Population adulte et générale

Le premier point est de réaffirmer, dans ce projet de territoire, les deux sites d'urgences et de SMUR de Bourgoin-Jallieu et de Pont-de-Beauvoisin comme portes d'entrée des patients dans les établissements du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné. Le propos est aussi l'optimiser les ressources du territoire en aval. Des mutualisations sont attendues. Elles concerneront au début des modules de formations communes. Progressivement, les futurs recrutements devront afficher une possible activité sur l'ensemble des deux sites ; des partenariats seront aussi à mettre en valeur avec HEH (travail en collaboration avec l'ARS) pour les postes d'Urgentistes. Ainsi, la médicalisation de l'urgence hospitalière mais aussi extra hospitalière se trouve renforcée, pour un maillage conforté du territoire, dans un souci d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

Le travail est en cours entre les deux sites, pour une orientation de la régulation du 15 des patients du secteur de Pont-de-Beauvoisin vers les urgences du CHPB, avec une prise en charge directe des patients du service des urgences de Pont vers les services de spécialités nécessaires du CHPO pour ce qui intéresse la chirurgie, la réanimation et les soins intensifs. La réflexion s'oriente aussi vers la mise en place de solutions alternatives à la prise en charge de l'afflux de patients prévisible dans les années qui viennent et du creux démographique (pénurie médicale) (Télémédecine, consultations non urgentes reportées, liens avec le réseau des médecins traitants). Les médecins des deux sites d'urgences et de SMUR participent aux différents réseaux d'urgentistes nationaux et régionaux, SFMU et SAMU DE France, RESUVAL, RESCUE, ainsi que la COLLEGALE de LYON.

Actuellement, l'équipe de Bourgoin-Jallieu se restructure, pour tendre vers la fidélisation de membres de l'équipe. C'est un aspect important du projet, car les urgences sont la vitrine la plus visible de l'établissement, et par-delà du GHT :

La redéfinition du rôle de l'UHPU / UHTC, l'organisation des différentes filières de prise en charge, l'amélioration de l'accueil des patients, l'organisation paramédicale la nuit... sont autant de chantiers à ouvrir.

Par ailleurs, les orientations sont :

- la mise en place d'une organisation pour avis spécialisé au sein des urgences,
- la révision des procédures d'hospitalisation dans les services du CHPO et dans les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire,
- ainsi que l'amélioration des liens avec l'imagerie.

Tout devra être fait pour limiter les « non vus », ces patients qui s'inscrivent à l'accueil mais repartent sans avoir été examinés par un médecin.

Par ailleurs, tous les praticiens hospitaliers entendent confirmer les liens qu'ils entretiennent avec la ville. Ils se préparent donc à répondre, pour le non programmé, à l'évolution des activités, fonction des départs non renouvelés de généralistes. Cette anticipation doit se doubler d'une approche et d'un dialogue avec les nouveaux libéraux installés.

Les centres hospitaliers de Morestel et La Tour-du-Pin sont aussi partie prenante de la réflexion, avec pour le projet, le rééquilibrage proposé dans les adressages vers les urgences, lorsqu'aucune autre

orientation n'est possible pour un patient ou un résident. Ainsi, une place plus grande est donnée aux urgences de Pont-de-Beauvoisin, au regard de son organisation et de son plateau technique, des possibilités d'hospitalisation dans des lits de médecine, des avis spécialisés et des articulations avec le CHPO, tels que projetés dans la réflexion en cours.

4.2.2 Spécificité de la pédiatrie

Pour la population de Pont-de-Beauvoisin, il est intéressant de mettre en avant le partenariat privilégié à développer avec la pédiatrie et les urgences de Bourgoin-Jallieu et ainsi mieux positionner l'offre globale du GHT, plutôt que conforter les fuites vers Voiron. Les consultations avancées de pédiatrie sur Pont-de-Beauvoisin aideront aussi la communication et la coordination entre équipes avec les urgentistes, pour un adressage « médical » vers ces pédiatries, à partir d'un passage aux urgences (adressage à la consultation de second niveau de pédiatrie après passage aux urgences)

Sur Bourgoin-Jallieu, il existe aux urgences une entrée fléchée, autorisant un accès direct au spécialiste pédiatre, devenue indispensable au regard de l'augmentation récente du nombre de passages pédiatriques (+22%). La prise en charge médicale de tout enfant, est ainsi réalisée par le pédiatre. Elle se complète d'un avis chirurgical si besoin. Le projet met ici en avant l'intérêt de spécialiser pareillement les équipes paramédicales de la filière urgence (puéricultrices, IDE pédiatrique).

4.2.3 Prospective d'évolution capacitaire à partir des urgences

4.2.3.1 L'évolution récente

L'augmentation du nombre de passages aux urgences est constatée dans les deux services d'urgences du GHT, au CHPO comme au CHYT : Ainsi, pour le territoire, **l'évolution annuelle moyenne est de +3,37%** soit en 2014, de l'ordre de **59 000 passages** sur l'ensemble CHPO+CHYT :

2010	2011	2012	2013	2014	Evolution annuelle
51 989	54 475	55 159	55 088	59 000	3,37%

Parallèlement, le taux de croissance annuel moyen de la population du bassin est de +1,5%. C'est une progression de deux fois la région, et même trois fois celle de la France.

Au niveau national, le nombre de passages aux urgences représente 26% de la population. L'équivalent d'un français sur 4 passe donc aux urgences chaque année.

Sur le territoire du GHT, cette proportion est de 19% en 2014, rapportée à sa population. Deux explications sont avancées : une population plus jeune, moins consommatrice d'hôpital de proximité, couplée à des fuites vers les services d'urgences alentour, en particulier sur Lyon.

4.2.3.2 Les projections d'activité

En projection, deux hypothèses sont proposées : une cible à 22% pour se rapprocher progressivement du ratio national, limitant ainsi l'effet fuite, ou bien une simple reconduction de la proportion observée de 19%.

Années	2012	2014	2016	2018	2020	Evolution annuelle
Population	306 305	315 000	324 521	334 330	344 435	1,5%
Urg/Pop Optimum	18%	19%	20%	21%	22%	
Indice France		26%				

Selon les deux hypothèses, rapportées à l'évolution de la population, de l'ordre de 6 500 à 16 800 passages annuels supplémentaires sont projetés en 2020 :

Années	2012	2014	2016	2018	2020	Evolution par rapport à 2014
Optimum	55 159	59 000	64 904	70 209	75 776	+ 16 800
Base 19%			61 659	63 523	65 443	+ 6 500

Pour un objectif cible de + 15 000 passages, c'est donc 74 000 passages qui sont projetés en 2020.

La répartition entre les sites est stable sur la période d'observation : CH PO : 72%, versus CH YT : 28%.

Rapportée à l'hypothèse pour 2020, c'est pour le CHPO, 54 000 passages (73%), soit + 11 600 passages qui sont projetés. Pour sa part, la même année, le CH YT aurait une activité de 20 000 passages (27%), soit + 3 400 passages.

En France, 21% des passages sont hospitalisés, dont 19% dans une structure MCO.

Bourgoin-Jallieu

Pour le CH PO, un ratio légèrement supérieur. Dans la projection, l'hypothèse d'un ratio se rapprochant du taux national est posée, au regard des volumes et des tendances. Ainsi, ce sont 10 800 patients qui seraient à hospitalisés selon la projection de l'activité d'urgences projetée en 2020.

	2013	2014	2020
passages	39 083	42 400	54 000
dont hospit	9 071	9 261	10 800
%	23,2%	21,8%	20,0%

C'est une augmentation de 1 500 patients à hospitaliser en 2020 par rapport à aujourd'hui.

Pont-de-Beauvoisin

Environ 10% d'hospitalisés sont constatés par rapport aux passages aux urgences, par le service du CHYT. Ce chiffre plus bas s'explique par le plateau technique et les spécialités plus limitées à disposition et l'orientation médicale (non chirurgicale ou obstétricale) de l'établissement.

Pour les 20 000 passages projetés en 2020, 10% d'hospitalisés représentent 2 000 patients, soit une augmentation de 400 patients par rapport à aujourd'hui.

4.2.3.3 Conséquences capacitaires en lits d'hospitalisation complète

La simple évolution des passages aux urgences induit un besoin de lits supplémentaires par rapport à ceux occupés aujourd'hui. Cette première approche reconduit les DMS observées par établissement :

Ainsi, si 1 500 patients à hospitaliser sont projetés au CHPO, **32 lits supplémentaires** sont à identifier, avec 6,5 de DMS, et un TO de 85%. La répartition serait de + 27 lits de Médecine et + 5 lits de Chirurgie.

Avec le même raisonnement, les 400 patients supplémentaires à hospitaliser en 2020 au CHYT nécessiteront **11 lits supplémentaires**, avec 8,5 de DMS, et un TO de 85%.

4.3 Développer l'imagerie de territoire et la télémedecine

4.3.1 L'imagerie de territoire

L'offre d'imagerie concerne à la fois le besoin externe, en lien direct avec le bassin de population et les médecins libéraux de ville, et le besoin interne aux établissements, pour les patients des urgences, les hospitalisés et les résidents. Ainsi chacun des quatre sites du GHT a des besoins, en matière d'imagerie, sachant que l'offre actuelle publique se concentre sur Bourgoin-Jallieu où certains équipements sont à saturation, et à Pont-de-Beauvoisin où la permanence des soins reste imparfaite, notamment par l'absence d'échographiste la nuit et le week-end. La formation des urgentistes (DU échographie) y est à développer pour uniformiser les pratiques. Un lien en télémedecine avec l'équipe d'astreinte ou de garde de radiologue sera peut-être aussi à explorer, pour un complément de cette prestation.

L'extension de l'offre de soins en imagerie ne peut toutefois pas être envisagée sans un renforcement de l'équipe médicale. Le secteur peut s'avérer assez concurrentiel, il sera nécessaire de s'attacher à offrir des conditions d'exercices confortables mais permettant également un enrichissement professionnel. La stratégie de la concurrence semble nous imposer des secteurs d'excellence. Il sera donc habile d'orienter le recrutement sur des spécialités peu développées en imagerie au CHPO (Médecine du sport - Gynécologie – Cardiologie – interventionnel).

Conjointement il va s'avérer nécessaire de mutualiser les temps médicaux des sites de Bourgoin-Jallieu et Pont-de-Beauvoisin afin de sécuriser l'offre de soin d'imagerie, de même que les prestations en bio médical. Il en est aussi attendu une plus grande homogénéité des prestations. Dans un premier temps, la mutualisation sera proposée sous forme de volontariat, puis progressivement incluse dans les propositions de recrutements.

Il est par ailleurs difficile d'envisager une extension d'un plateau technique avant la parfaite optimisation de l'existant. A ce jour le service possède un potentiel sous exploité au regard de l'échographie et de la radiologie conventionnelle. L'offre dans le secteur géographique du CHPO devient très modeste. Or il apparaît nécessaire de répondre aux attentes de la population locale. Il est clairement établi que cette activité n'est pas très lucrative. Cependant elle est en mesure d'engendrer un recrutement parallèle pour l'imagerie en coupes.

Le scanner du CHPO assure une activité au bénéfice de trois types de populations. Les patients externes issus du recrutement interne et externe au CHPO, les patients hospitalisés au CHPO ou sur les structures du territoire, enfin les patients adressés par le service des urgences. La cohabitation de ces trois flux répond à un subtil équilibre qui s'avère extrêmement fragile au regard des volumes qu'ils représentent. L'année 2014 affiche sur cette modalité une activité supérieure à 22 000 Forfaits techniques. Malgré une parfaite optimisation de l'organisation du travail, le système en place vient d'atteindre ses limites. Ainsi au regard du contexte, il est cohérent d'envisager une organisation sur deux appareils. L'objectif est donc l'obtention d'une seconde autorisation de scanographe au CHPO. Ce dossier fera l'objet d'une étude médico-économique afin de démontrer la nécessité de cette autorisation supplémentaire sur le Nord-Isère.

Pour améliorer le service rendu, il importe de simplifier les transmissions et avis par des PACS mutualisés ou inter connectés, et des RIS. Le premier PACS a permis de dématérialiser le cliché et de favoriser la diffusion de l'information au sein du CHPO. Par la mise en place d'un RIS/PACS mutualisés, les services d'imageries (CHPO-CHPB) vont pouvoir associer leurs moyens mais également s'ouvrir directement vers la ville. L'ergonomie de travail des acteurs d'imagerie sera grandement facilitée par la possibilité de recevoir et transmettre des informations fiables et de qualité. Parallèlement il sera possible d'optimiser la prise en charge du patient grâce à un dossier médical d'imagerie dématérialisé interconnecté.

Les financements et coûts devront tenir compte de l'implication des établissements publics et privés, (Morestel et Tour du Pin, médecine libérale, EHPAD, Centre Hospitalier de Voiron, etc). L'expérience acquise avec la Télé-AVC pourra servir d'appui. Toutes ces possibilités de la télémédecine sont ainsi à développer.

L'interprétation des images produites sera réalisée par une permanence des radiologues publics, ou en commun avec les privés (intégration d'acteurs privés). Cette organisation sera à mettre en place à l'échelon du Territoire Nord Isère. Dans la mesure du possible, les solutions publiques seront privilégiées. Les liens avec IMADIS seraient alors rompus. Il importe par contre de favoriser l'accessibilité aux images produites, pour tous les sites.

Le projet est aussi de favoriser l'accessibilité au scanner, les délais de rendez-vous comme les retours des interprétations. Morestel et la Tour du Pin auront avantage à privilégier la filière vers Pont-de-Beauvoisin, pour conforter l'activité de ce site. Il n'en demeure pas moins que le second scanner sur Bourgoin-Jallieu reste une nécessité pour fluidifier les demandes, notamment du fait de l'augmentation prévisionnelle du nombre de passage aux urgences.



Il va aussi s'avérer nécessaire d'élaborer une véritable politique de marketing pour les services d'imageries. Il a été évoqué dans ce projet l'apparition de déserts médicaux dans le cadre de la radiologie conventionnelle.

4.3.2 Télémédecine

La télémédecine²⁵ nécessite quelques pré-requis pour se déployer au mieux : la confiance entre médecins du GHT, l'homogénéité des décisions et des interprétations (projet neuro AVC), d'où le besoin de se connaître, et de favoriser les rencontres et les échanges en interne, mais aussi en externe pour les autres référents.

La télémédecine peut se décrire en différents points, applicables à des degrés divers pour le GHT :



- La téléconsultation : un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin à distance pose le diagnostic. C'est le schéma qui peut être retenu pour les plaies ou le pied diabétique, avec le concours des paramédicaux formés.
- La télé expertise : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. Tout le travail autour de l'imagerie (PAQS), notamment en coupe, correspond à cet axe, que ce soit entre médecins du GHT, ou avec d'autres référents. Les manipulateurs sont sur place, l'interprétation est possible à distance, sur le site pivot ou un autre. Ce projet impose une comptabilité des systèmes d'information et de transfert de chacun des sites.
- La télésurveillance médicale : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. C'est ici par exemple le domaine de la cardiologie, telle qu'elle pourrait se développer avec l'équipe du CH de Bourgoin-Jallieu. La surveillance à distance (à domicile actuellement) des défibrillateurs, pour alarme, est à développer. Elle sera à étendre à d'autres tracés, pour surveillance. A minima, ce sont des interprétations à distance d'ECG qui sont projetées, pour les différents sites, notamment Morestel et La Tour du Pin.
- La téléassistance médicale et la régulation médicale n'auront pas de déclinaison particulière au sein du Projet Médical de Territoire du GHT, au contraire du télé staff, projet expérimental (Projet ARS) en direction de 2 EHPAD, à décliner plus avant en cas de succès.

L'intérêt de la télémédecine est plus particulièrement pointé en **ophtalmologie**, pour laquelle des propositions sont à construire dans le dépistage et le suivi pour patients diabétiques ou encore la recherche de DMLA. Un rétinophotographe serait à acquérir pour des lectures à distance, afin de pouvoir réaliser des fonds d'œil. Il s'agirait de disposer de façon complémentaire d'un appareil d'orthoptie.

La réflexion entre praticiens autour des questions d'**infectiologie** est aussi un développement possible de la télémédecine en collaboration avec les biologistes, publics et privés: avis à distance, échanges de données, pertinence des prescriptions, pour un travail sur l'antibiothérapie, les BMR, à l'échelon du GHT.

²⁵ L'ARS Rhône-Alpes a intégré au sein du Projet Régional de Santé, un Programme régional de télémédecine définissant les principaux objectifs à atteindre en termes de système d'informations de santé et de télémédecine sur la période 2012-2017

4.4 Pérenniser et faciliter les filières MCO

L'articulation médicale entre sites du GHT sera favorisée par des apports de compétence de spécialités là où elles sont opportunes. L'activité à distance vient d'être évoquée, avec l'essor de la télémédecine, à disposition de chacun des quatre sites, à la mesure et selon les besoins, adaptées à chacun. Un second axe de développement inscrit dans le projet de territoire est le développement de consultations avancées, en analysant les expériences précédentes restées sans lendemain et en s'appuyant sur les expériences positives récentes (endocrinologie). Ces consultations avancées sont aussi l'occasion d'apporter à la population une possible prise en charge et un suivi, au plus près de son habitat ; Si des gestes sont à prévoir, ils pourront au mieux être dirigés sur un autre site du GHT, en pratique dans la majorité des cas, sur le site du CH de Bourgoin-Jallieu. En pratique une optimisation des ressources sera à rechercher sur les sites de consultation, en premier lieu sur le CHPO, avec identification d'un référent médical et d'un cadre.

4.4.1 Consultations avancées

Les consultations avancées sont une façon de renforcer les liens entre les praticiens de chacun des sites, pour favoriser les adressages d'un lieu à un autre, mieux se connaître et échanger sur des pratiques communes ou complémentaires. Ces apports de spécialistes valorisent aussi chacun des sites hospitaliers, fixant au mieux leur population pour une attractivité accrue.

Un relais local auprès des adresseurs sera à identifier pour promouvoir les consultations avancées, d'autant que les consultations avancées sur Pont-de-Beauvoisin pourraient accueillir certains des patients originaires des bassins de Morestel ou la Tour du Pin.

Le développement des consultations avancées s'inscrit dans un souci de cohérence, avec un volume minimum qui réponde à un besoin, associé à des modalités pratiques de réalisation qui tiennent compte des limites des plateaux techniques sur place. Il faut aussi tenir compte de ce qui existe déjà. Certains praticiens du privé se sont investis sur le site des consultations de Pont-de-Beauvoisin. Ils apportent actuellement des réponses dont il s'agit de tenir compte pour ne pas créer des tensions là où elles n'ont pas lieu d'être. Ainsi, le GHT ne prévoit pas prochainement de consultations avancées de Bourgoin-Jallieu sur Pont-de-Beauvoisin en urologie, au regard des volumes attendus actuels, tant que l'offre libérale répond positivement aux besoins des praticiens sur place comme de la population.

Enfin, le nombre de spécialistes de Bourgoin-Jallieu ne permet pas toujours d'organiser des consultations avancées. D'autres pistes seront alors explorées, telle la télémédecine. L'ophtalmologie en est un exemple.

Le possible développement rapide des consultations avancées en **anesthésie** est favorisé par la présence, déjà sur le site de Pont-de-Beauvoisin, d'un anesthésiste lors des actes réalisés pour le gastro-entérologue. Ainsi, une extension de la présence de l'anesthésiste se conçoit à court terme, pour la réalisation de consultations avancées sur Pont-de-Beauvoisin. Elles s'adresseront aux patients pour l'ensemble des projets de prise en charge chirurgicale, dès lors que le geste est programmé sur le CH de Bourgoin-Jallieu. Elles sont donc liées aux activités développées sur cet établissement, quand bien même le chirurgien n'a pas développé de consultations avancées (cas de l'ophtalmologie, des patients d'urologie ou de vasculaire suivis au Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu...). Le besoin est seulement d'un dossier médical partagé, outil informatique indispensable à une complémentarité d'activité entre les sites, pour un continuum de la prise en charge et du suivi.

Bien sûr, les consultations avancées des chirurgiens renforceront le dispositif, avec possibilité de donner des avis en interne. Cette présence sur site aura aussi l'avantage de leur faire rencontrer les urgentistes, (avis au sein des lits porte) et plus largement les médecins de Pont-de-Beauvoisin (unités de médecine, SSR, EHPAD). Mieux se connaître, c'est aussi se donner la chance de mieux s'estimer et apprécier les compétences mutuelles.

Les consultations avancées de **chirurgie viscérale** sont déjà en place. Elles permettront le suivi des hospitalisés déjà connus du site de Bourgoin-Jallieu. Progressivement, elles permettront de poser des indications, à partir des adressages des médecins du Centre Hospitalier de Pont-de-Beauvoisin, mais aussi des généralistes et gastro-entérologues, à destination des patients du bassin de proximité. Un travail de communication est donc à entreprendre pour faire connaître largement cette offre de spécialité sur le site de Pont-de-Beauvoisin.

A court terme, c'est aussi la volonté des **orthopédistes** d'organiser des consultations avancées. Elles se concevront dans le même esprit que celles des chirurgiens viscéraux, pour pareillement conforter les filières d'adressage et augmenter l'attractivité des sites. La lisibilité à distance du programme opératoire sera à instruire, par le système d'information partagé en cours de déploiement.

En **chirurgie vasculaire** le projet est de s'appuyer sur ce qui existe déjà. Cependant le développement de la chirurgie vasculaire en cours sur le site du CHPO devrait permettre de mettre en place Des consultations avancées sur le CH de Pont de Beauvoisin ; avec un travail tout à fait intéressant à développer avec le SSR locomoteur ; en lien également avec le CHU de Lyon.

L'intervention d'**angiologue** est associée à l'offre de cardiologie sur Pont-de-Beauvoisin. Des coordinations entre professionnels sont mises en avant, notamment pour la prise en charge du **piéd diabétique**, avec des intervenants para médicaux spécialisés. Ceux-ci devront voir leur temps augmenter. Plus largement, les avis et traitements des plaies sont à promouvoir lors de consultations avancées, à partir des équipes de Bourgoin-Jallieu. L'ensemble pourra aussi bénéficier de l'apport de la télémédecine en ces domaines

De façon complémentaire, la **diabétologie** offre déjà une consultation avancée régulière sur Pont-de-Beauvoisin. L'adressage pourra être élargi à certains patients des autres bassins des établissements du GHT, en accord avec l'uniformisation des plannings de rendez-vous. Les avis sont aussi à promouvoir, au mieux quand du temps peut être identifié pour cette activité.

La **pneumologie** sera développée sur le modèle de l'endocrinologie, dès lors qu'un effectif minimum de quatre personnes sera de nouveau présent dans le service de Bourgoin-Jallieu. Même si certaines prises en charge seront limitées par le plateau technique, l'intérêt des avis pour les hospitalisés de certains suivis pourra être bénéfiques au site et à la population locale de Pont-de-Beauvoisin, sachant qu'il n'existe plus d'offre de pneumologue en ville. Les liens entre les sites devraient permettre des accès aux plateaux techniques de Bourgoin-Jallieu plus aisés et rapides : fibroscopies ou EFR, avec plages d'urgence, notion commune de degré d'urgence, et relais entre secrétariats de chaque site.

En **neurologie**, il est attendu une augmentation du temps médical sur Bourgoin-Jallieu avant de commencer à servir le site Pont-de-Beauvoisin pour les avis et consultations avancées, au-delà du simple avis à distance. La réponse aux interrogations des urgentistes de Pont-de-Beauvoisin, ou bien

en termes de rééducation ou réadaptation seront aussi des apports appréciés, fonction du temps à disposition de neurologue, sur place ou à distance en télé-médecine.

De possibles consultations avancées sont aussi à évoquer pour **algologie**, dans le cadre du suivi. La prise en charge de la douleur chronique se conçoit au mieux en équipe pluridisciplinaire. Sa reconnaissance sur Bourgoin-Jallieu reste à confirmer.

La pluridisciplinarité concerne aussi l'éducation thérapeutique, dont les programmes sont pareillement à développer ou en projet sur Bourgoin-Jallieu, en pneumologie, neurologie, cardiologie ou encore diabétologie, avec diététiciens et IDE formés.

L'ancrage de la filière femme enfant souhaite aussi conforter son implantation sur les sites du GHT, principalement sur le Centre Hospitalier de Pont-de-Beauvoisin, à partir des équipes de Bourgoin-Jallieu, les autres bassins de population n'ayant pas de besoins identifiés (pédiatre en ville sur Morestel, proximité de la Tour du Pin, volumes restreints en gynécologie). En **pédiatrie**, l'adressage devra, au mieux, être médical afin de cibler des prises en charge de spécialité ou d'hyper spécialité. Les pédiatres actuels ont actuellement tous des compétences complémentaires et reconnues. Le besoin est donc de faire connaître ces professionnels dès le début de la mise en place de l'organisation.

En **gynécologie**, des consultations avancées pourront se développer, dès lors que du temps médical supplémentaire sera identifié. Cette offre renforcera l'activité actuelle réalisée par les sages-femmes, dans le cadre du centre périnatal de proximité sur Pont-de-Beauvoisin.

Des consultations avancées sont aussi en cours de réflexion sur la Tour du Pin et Morestel.

4.4.2 Pérenniser l'offre de spécialité

Les activités de gastro entérologie et de cardiologie sont structurantes de l'offre d'hospitalisation complète du CH de Pont-de-Beauvoisin. Historiques, elles assurent des prises en charge de spécialité pour les patients hospitalisés en médecine, apportant une réelle plus-value au généraliste de ville. Elles renforcent ce qu'il est possible de développer en médecine polyvalente comme en médecine gériatrique. Elles sont alimentées par des consultations et la possibilité de réaliser des explorations complémentaires. Dans le temps de ce projet de territoire, soit dans un intervalle de 5 ans ou moins, se posera la problématique du remplacement des temps médicaux actuels s'ils souhaitent faire valoir leurs droits à la retraite.

En conséquence, le GHT se doit de proposer des réponses pour conforter la pérennité de ce site d'hospitalisation, au service de la population alentour, dans l'intérêt de l'activité hospitalière de tous, à travers les filières de soins.

Un dialogue est donc à engager entre les praticiens actuels exerçant sur Pont-de-Beauvoisin, en gastro entérologie comme en cardiologie, et leurs confrères de Bourgoin-Jallieu. L'objectif est la pérennité des avis internes donnés pour les hospitalisés à Pont-de-Beauvoisin, et de l'offre de spécialité de consultations externes, avec possibilité de réaliser certains examens complémentaires. Le respect des engagements actuels et la reconnaissance des activités d'aujourd'hui sont un préalable à ces rencontres.

Le GHT souhaite ainsi mettre tout en œuvre pour préparer l'avenir dans les meilleures conditions possibles. En **gastro entérologie**, les opérateurs exerçant sur le CH de Bourgoin-Jallieu sont ouverts

pour réaliser sur place, à Pont-de-Beauvoisin, des consultations externes et internes ainsi que des actes de fibroscopie et d'endoscopie.

Ce n'est qu'en cas de besoins supplémentaires que seront envisagés des transferts de patients, avec un adressage vers Bourgoin-Jallieu, afin de réaliser des cathétérismes, de l'écho endoscopie ou autres gestes notamment interventionnels. Ceci imposera de maintenir des investissements réguliers sur site pour pérenniser chacun de ses actes.

Il en sera de même pour la **cardiologie**. S'il est important de mettre en avant les atouts de l'organisation actuelle, et ce qu'elle continue d'apporter à l'établissement de Pont-de-Beauvoisin, il est tout aussi primordial d'assurer une continuité de service, à court moyen et long terme. De plus, le souhait est de conforter du temps médical de cardiologie sur ce site, de l'ordre d'un temps partiel. L'un des gériatres hospitaliers est en cours de formation spécialisée, pour un DU de cardio gériatrie. Mais cela reste insuffisant face aux besoins d'avis internes pour l'ensemble de l'établissement. L'avenir s'inscrit donc possiblement dans la recherche d'un temps partagé de cardiologue, entre les établissements de Pont-de-Beauvoisin et Bourgoin-Jallieu. De plus, ce temps complémentaire aurait en charge de faciliter les adressages et avis de Bourgoin-Jallieu pour l'ensemble des sites du GHT. Il dépendrait donc aussi de l'essor de la télémedecine, en particulier pour les besoins d'avis des praticiens de la Tour du Pin ou de Morestel, au bénéfice de leurs patients et leurs résidents.

4.4.3 Filières médico chirurgicales

L'anesthésie comme la réanimation sont deux spécialités transversales de la filière ; il est ici rappelé l'organisation indépendante de la garde de chacun.

Face aux spécialités déployées sur Bourgoin-Jallieu, les **anesthésistes** considèrent qu'il leur est possible de prendre en charge toute urgence chirurgicale, pour des patients âgés de plus de deux ans, sous réserve de l'accord du chirurgien. C'est aussi son accord qui est recherché pour la décision d'un acte à pratiquer en ambulatoire, selon l'équilibre à trouver au cas par cas, en fonction de l'acceptation des risques et contraintes. L'anesthésiste aura quant à lui pour limite les patients inférieurs à ASA 3 et un geste de moins de 2 heures, sous coelioscopie. Ainsi, les pratiques sont à discuter en interne, entre chirurgiens et anesthésistes pour déterminer le niveau raisonnable du risque. Le développement de l'ambulatoire sera aussi le fait de l'évolution de l'état d'esprit : volonté, contraintes et formations initiales (jeunes praticiens) ou complémentaires. Ces éléments, propres aux praticiens de Bourgoin-Jallieu, auront bien sûr un impact sur la prise en charge des patients du bassin, en cas de transfert d'un site à l'autre, ou lors des décisions en consultations avancées.

En **réanimation**, le projet est de mieux se faire connaître en intra comme en extra GHT. Des informations sont à faire vers le corps médical, afin d'informer sur les prises en charge possibles (neuro lésé, etc.). La poursuite des liens avec la clinique et le CH Voiron est inscrite au bénéfice des patients du bassin, avec des retours aisés dans les structures d'adressage. Les capacités de la réanimation sont de 10 lits. La réanimation peut poursuivre et développer les prises en charge médicales (sur tout le GHT, avec une meilleure orientation), ainsi que les prises en charge chirurgicales (au-delà de la clinique, aujourd'hui principal correspondant). Enfin, la volonté du service est aussi de pouvoir réaliser des prélèvements d'organes.

4.4.3.1 Filière viscérale et digestive

L'offre actuellement de **gastro entérologie** est déclinée sur les deux sites MCO, Bourgoin-Jallieu et Pont-de-Beauvoisin. Elle est confortée dans ce projet, avec une organisation de consultations pérennisées sur ce dernier site, par l'opérateur actuel et, à son potentiel départ, par l'équipe publique du Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu, comme cela est décrit dans le chapitre « Consultations avancées » : Maintien des investissements réguliers sur Pont-de-Beauvoisin pour pérenniser les actes, avec présence renforcée de l'anesthésiste. L'objectif est de conforter une filière public-public, médico chirurgicale.

Une offre d'endoscopie H24 est en cours de structuration sur le territoire avec la mise en place d'une astreinte d'endoscopie sur le CHPO depuis l'automne 2016.-L'intérêt premier du projet de territoire pour la **chirurgie viscérale et digestive** est de faciliter les échanges entre Bourgoin-Jallieu et Pont-de-Beauvoisin. Il en est ainsi des urgences, des avis comme des adressages. Les consultations avancées déjà évoquées, sont en cours de déploiement. Les transferts ainsi que la communication seront facilités comme cela est décrit dans les principes généraux. Toute la chirurgie de la spécialité devra en tirer avantage : un recrutement géographiquement conforté, des actes plus nombreux, en ambulatoire comme en prise en charge classique, avec notamment plus d'actes de carcinologie. Pour cette dernière activité, toute la filière est aussi intéressée au projet, de l'annonce aux traitements, à réaliser sur les sites les plus appropriés au regard du lieu de résidence, pour les soins médicaux complémentaires ou intercurrents, en plus des indications de SSR ou de soins palliatifs.

4.4.3.2 Filière d'uro-néphrologie

La **néphrologie** est une spécialité en plein essor, fonction de l'évolution des pathologies, notamment sur le versant des insuffisances rénales chroniques. Il est important de mettre en avant la joignabilité du spécialiste, installé récemment sur le site de Bourgoin-Jallieu pour ne pas retarder la prise en charge. Ce praticien est resté en lien étroit avec les services les plus à la pointe des HCL, pour les greffes et autres gestes ou avis hyper spécialisés. C'est donc un relais local pour une prise en charge et un suivi au plus près, au sein du territoire, des patients du bassin. De plus, l'intérêt du Centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu est d'offrir la possibilité d'un néphrologue H24, par l'organisation déjà déployée mais à mieux faire connaître, de la continuité des prises en charge avec les médecins de l'AURAL.

En matière d'**urologie**, le projet est là encore de faciliter les échanges entre les sites d'urgences, pour avis et adressage. Le Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu propose actuellement une astreinte sur trois têtes, il existe un téléphone dédié. Il donne la possibilité d'avis (ex : hématurie). Si besoin, le bloc d'urgence est aisément disponible en H24, au contraire de celui de la clinique.

Par contre, au regard des volumes attendus actuels, et tant que l'offre libérale répond au besoin (déontologie), il n'est pas projeté de consultations avancées d'urologie.

4.4.3.3 *Cancérologie*

Qu'elle touche la filière médico chirurgicale viscérale ou urologique, gynécologique, ou hématologique, la cancérologie se doit d'être décrite sur le bassin de population pour une prise en charge complète intéressant tout le parcours au patient. Le projet insiste donc sur le besoin de présenter de façon adaptée au patient tous les sites du GHT qui lui seraient profitables, dans son projet de soin : Indication pour chaque lieu de prise en charge, médecine spécialisée, urgence, chirurgie et chimiothérapie, mais aussi en radiothérapie ou pour les avis complémentaires ou hyper spécialisés (en partenariats), SSR, soins palliatifs, douleurs chroniques, afin aussi de mieux faire connaître les interlocuteurs et les réseaux. L'oncogériatrie qui existe déjà, doit être impérativement renforcée dans les années à venir, comme il sera rappelé dans le chapitre « Gériatrie » au sein de son axe 3.



4.4.3.4 *Soins palliatifs*

L'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Bourgoin peut s'élargir à une dimension territoriale par des actions de formation communes, des rencontres pluridisciplinaires sur les différents sites, un partenariat renforcé avec le groupe transversal soins palliatifs du Centre hospitalier de Pont-de-Beauvoisin. Des flux de patients en soins palliatifs peuvent être envisagés entre les services de MCO de Bourgoin et les LISP de Pont-de-Beauvoisin sur des critères de proximité, après avis de l'EMASP de Bourgoin, et avec l'adhésion des familles. A ce stade de la réflexion, l'hypothèse d'une unité de soins palliatifs territoriale n'est pas retenue.

Cependant l'offre de court séjour, sur Bourgoin-Jallieu et Pont-de-Beauvoisin est à renforcer, au regard des demandes croissantes et de l'évolution des prises en charge. Ainsi, un doublement des capacités en LISP est projeté à terme, avec en période intermédiaire une augmentation de +50% du nombre de LISP sur chacun des deux sites²⁶.

Un aval pour les patients en soins palliatifs du territoire pris en charge en MCO est à rechercher et développer, notamment pour les séjours longs. L'hypothèse d'un SSR en capacité d'accueillir des patients en soins palliatifs est à étudier au sein de la réflexion de la filière SSR mais semble incontournable à moyen terme pour répondre aux besoins de la population du territoire, et pour permettre d'optimiser les DMS des LIPS de MCO sur Bourgoin et Pont-de-Beauvoisin.

L'offre de la Tour du Pin, avec ses lits d'USLD, est à mettre en avant, comme alternative pour les patients âgés en soins palliatifs : capacité de 59 lits avec compétence spécifique en soins palliatifs à renforcer, délais d'entrée en USLD sont actuellement courts. De plus, l'équipe a la volonté d'intégrer un groupe éthique sur le GHT.

4.4.3.5 *Douleur chronique*

L'équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge de la douleur chronique en est à ses débuts de structuration sur Bourgoin-Jallieu. Sa pluridisciplinarité est à privilégier ; ainsi, un adressage sur le site de Bourgoin-Jallieu est prôné pour l'ensemble des patients du bassin. Les consultations avancées resteraient toutefois possibles, dans le cadre du suivi en algologie.

²⁶ Soit pour Pont-de-Beauvoisin un objectif de 6 LISP ; et 10 LISP sur le CHPO

4.4.3.6 Ethique

En matière d'éthique, l'intérêt est de s'appuyer sur des équipes pluridisciplinaires, d'horizon varié. Un groupe de 15 personnes se réunit une fois par trimestre sur Bourgoin-Jallieu. Des praticiens ou personnels de Pont-de-Beauvoisin, Morestel et la tour du pin pourraient les rejoindre, notamment pour que des soignants présentent des situations, a posteriori. Les autres sont vues en réunions de l'équipe des soins palliatifs.

4.4.3.7 Filière d'ortho traumatologie

Pour favoriser la filière de **traumatologie**, il est convenu entre les intéressés de mettre à disposition des urgences de Pont-de-Beauvoisin, comme des orthopédistes de Bourgoin-Jallieu, les règles de fonctionnements et d'organisation de chacun²⁷, ceci afin de faciliter les conditions de prise en charge (et de prescriptions) lors des transferts d'un site à l'autre. Un orthopédiste est d'astreinte, toujours joignable en H24.

Comme cela a été présenté préalablement, les admissions directes dans les services de traumatologie seront favorisées. Elles sont basées sur la confiance du diagnostic des urgentistes de Pont-de-Beauvoisin, après contact médical. Les évolutions du système d'information faciliteront les transferts de dossier pour le circuit court : émission des étiquettes, suivi des examens complémentaires dont l'imagerie, premières prescriptions ...

Le déploiement du système d'information partagé va ainsi favoriser l'essor des consultations avancées sur Pont-de-Beauvoisin, pour l'**orthopédie**, avec une lisibilité à distance du programme opératoire, une complémentarité avec l'offre d'anesthésie, elle aussi effective sur ce site.

Cette filière s'inscrit aussi dans les projets de l'imagerie, des SSR polyvalent et locomoteurs comme de la prise en charge de la douleur chronique. Ainsi, le projet est d'augmenter les échanges entre équipes médicales et chirurgicales, notamment avec la **médecine physique et de réadaptation** : obtention d'un avis rapide, évaluation concertée, renseignements quant à la sortie du MCO d'un patient, sans perte de journées par blocage inutile de lits SSR en cas de concurrence entre différents établissements sollicités.

Les projets pour les SSR polyvalent comme locomoteur sont axés sur une meilleure prise en charge en masseur et kinésithérapie de chaque site, sans modification capacitaire globale. De fait, l'évolution des prises en charge, au profit des sorties précoces du MCO, risque par contre d'être de plus en plus limitée dans les indications de SSR.

²⁷ Le tableau de garde des orthopédistes ; règles de l'orthopédiste à contacter en fonction de la date des faits, à renseigner

4.4.3.8 Ophtalmologie

Le fonctionnement en **ophtalmologie** du Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu est centré sur la réponse au programmé. Le besoin d'effectif complémentaire est nécessaire pour développer l'offre. Pour le moment, il est donc mis en avant l'atout de la télémédecine²⁸ pour répondre aux besoins principaux des patients du territoire : dépistage et suivi pour diabète et DMLA, fond d'œil et rétinographie pour lecture à distance.



Pour les liens entre sites, il est rappelé l'importance des numéros de téléphone et mail à communiquer pour joindre un des ophtalmologues de l'établissement. La réponse aux urgentistes de Pont-de-Beauvoisin sera à calquer sur l'organisation interne de Bourgoin-Jallieu, avec un dialogue d'urgentiste à spécialiste.

Ainsi, une intervention rapide, hors week-end est possible, à J0 ou J1, pour l'ablation des corps étrangers. Un petit créneau d'urgence ou de semi urgence reste à mettre en œuvre pour les demandes plus larges. Le projet est aussi d'offrir la possibilité d'avis, entre 3 et 10 jours de délai, selon la complexité. Ceci suppose de mettre en place un circuit privilégié avec le secrétariat.

Il serait enfin intéressant de disposer d'une offre d'ergothérapeutes formés en ophtalmologie pour la prise en charge de patients en soins de suite externes.

4.4.4 Filières à prédominance médicales

4.4.4.1 Cardiologie

Le projet pour la cardiologie vise deux objectifs spécifiques :

- ✓ Pérennité de l'offre de cardiologie sur Pont-de-Beauvoisin : la pérennité de l'offre de cardiologie sur place est une condition indispensable pour assurer pleinement son rôle dans une offre de court séjour pour le bassin de population.
- ✓ Faciliter les adressages et les avis de l'équipe du Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu pour l'ensemble des 3 autres sites

Des réunions sont à prévoir entre le cardiologue de Pont-de-Beauvoisin et l'équipe du Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu, puisque la spécialité va se retrouver dans la même problématique que la gastro entérologie : la gestion du départ du cardiologue de Pont-de-Beauvoisin à terme, l'anticipation d'une réponse pour maximiser les flux vers Bourgoin-Jallieu. De plus, du temps de cardiologue manque déjà pour avis intra hospitalier sur Pont-de-Beauvoisin, où la réponse actuelle n'est qu'à hauteur de 0,6 ETP. Un praticien est en formation, DU de cardio gériatrie. Mais ce ne sera pas suffisant. Le centre hospitalier doit répondre à cette demande.

Le projet retient donc l'idée d'un partenariat, pour qu'un cardiologue de l'équipe du Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu vienne à Pont-de-Beauvoisin, ou bien qu'un poste partagé soit proposé. Un renfort pour atteindre 6 ETP de cardiologues est attendu sur Bourgoin-Jallieu afin de conforter l'équipe

²⁸ Voir chapitre télémédecine

actuelle et poursuivre le développement des prises en charge : éducation thérapeutique, cardiopédiatrie, pose de Pace Maker (3 opérateurs pour le moment), cathétérismes droits.

La formation des équipes médicales de Pont-de-Beauvoisin (ainsi que celles de la Tour du Pin et Morestel) est aussi à parfaire, dans les 5 ans, en matière de fibrillation auriculaire, d'insuffisance cardiaque, pour répondre au mieux, en interne et au plus vite. Le besoin est aussi de se rencontrer, se voir pour se connaître, et mieux comprendre chaque site. La télé-cardiologie viendrait en appui ou en complément de ces liens et formations, dont la transmission d'ECG pour avis urgent.

Dans le cadre de la filière, la question de la rééducation cardiaque a été mise en avant. S'il existe bien des demandes potentielles de SSR de cardiologie sur Pont-de-Beauvoisin, le temps médical actuel comme à venir ne permet pas d'instruire un dossier en ce sens. La réponse est et reste une offre de prise en charge externe, à partir de l'équipe de cardiologues et du site de Bourgoin-Jallieu.

4.4.4.2 Diabétologie

Des consultations avancées sur Pont-de-Beauvoisin sont actuellement effectives, assurées par l'équipe d'endocrinologie du Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu. L'accès à ces consultations avancées pourrait aussi être ouvert de façon privilégiée à l'ensemble des correspondants des autres établissements du GHT, pour les bassins de population de Morestel et la Tour du Pin. En dirigeant préférentiellement ces patients vers Pont-de-Beauvoisin, les délais de rendez-vous seraient ainsi au mieux lissés entre les différents lieux de consultation.

Des avis de spécialistes complètent l'offre.

Le pied diabétique bénéficie sur Bourgoin-Jallieu d'une approche pluridisciplinaire, structurée avec une IDE spécialisée (doppler et infectieux), dont pourrait bénéficier Pont-de-Beauvoisin pour adressage. Le développement de la télémédecine pourra être un plus pour cette orientation.

Au centre Pierre Oudot, les plaies et cicatrisations chroniques, hors diabétologie bénéficient aussi d'une prise en charge spécifique pluridisciplinaire, structurée avec une IDE spécialisée « plaie et cicatrisation ». Le recrutement de ses patients est double : en interne, les patients sont issus des hospitalisés secondairement adressés ; En externe ils sont adressés par des médecins et/ou des IDE libéraux, dont les phlébologues. L'activité en consultation IDE est centrée sur les soins, la prévention, l'aide à l'élaboration de protocoles et la rédaction des ordonnances. Une alerte au médecin référent sur place est déclenchée en cas d'aggravation du cas. Des liens existants (internet, photos, avis pour patients immobilisés) sont à développer avec le secteur libéral (médecins ou infirmières) pour les courriers et dossiers.

Sur le CHYT, une consultation de plaies et cicatrisation est en place (1 journée par semaine) avec adressage par la ville et suivi des patients sortis d'hospitalisation. Un groupe de travail est également actif sur site (protocoles).

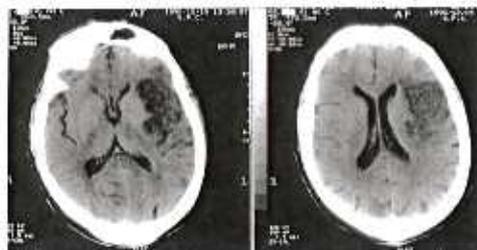
L'éducation thérapeutique en diabétologie est aussi au cœur de la démarche, avec diététicienne et IDE formées, en parallèle de l'éducation en pneumologie, neurologie, cardiologie. (Programmes en cours, ARS).

L'offre en angiologie et en vasculaire est à poursuivre, en ce qu'elle fonctionne déjà : angiologue associé au cardiologue de Pont-de-Beauvoisin, chirurgien vasculaire en consultation avancée

- sur Pont-de-Beauvoisin depuis Grenoble ou Chambéry
- sur Bourgoin-Jallieu, depuis HEH, avec réalisation de gestes sur Bourgoin-Jallieu ou sur HEH pour les plus complexes.

4.4.4.3 Neurologie

L'intérêt est souligné dans ce projet d'une unité de neurologie à Bourgoin-Jallieu. Cette offre aurait pour avantage de préserver, notamment une autonomie en matière de prise en charge des AVC sur le bassin. Il est à noter que les sites de Pont-de-Beauvoisin comme Bourgoin-Jallieu tous les deux de matériel de télé AVC qui permet d'avoir une expertise neuro-vasculaire en Urgence et de réaliser si nécessaire une trombolysse. Des coordinations avec les SAMU des trois départements intéressés pour le bassin du GHT, 38, 73 et 69 sont effectives. Par contre, une harmonisation globale reste à trouver pour les transmissions de télé-médecine : Bourgoin-Jallieu travaille avec les HCL tandis que Pont-de-Beauvoisin s'est tourné vers Chambéry. La cohérence globale sera à rattacher au projet d'imagerie précédemment exposé. Plus largement, la neurologie dans son ensemble est aussi dépendante de l'évolution de l'offre en imagerie en coupe, d'où l'intérêt du second scanner sur Bourgoin-Jallieu.



L'augmentation du temps médical sera un préalable avant de commencer à servir Pont-de-Beauvoisin (au-delà du simple avis à distance). Les réponses aux interrogations des urgentistes de Pont-de-Beauvoisin, toujours possibles, seront d'autant plus rapides. De même il sera alors possible de dispenser des avis en interne. La télé-médecine sera aussi d'un apport certain, de façon complémentaire à l'offre sur site, potentiellement à débiter en amont. Les examens d'EEG et d'EMG restent réalisés et interprétés sur Bourgoin-Jallieu, au regard du temps médical nécessaire et de la formation des paramédicaux.

Le retour rapide vers le court séjour de Pont-de-Beauvoisin est aussi prôné pour les patients du bassin de Pont-de-Beauvoisin après hospitalisation courte à Bourgoin-Jallieu. Les prises en charge en SSR dès que possible sont à favoriser, pour libérer le court séjour. Selon les cas, il sera intéressant de disposer plus systématiquement d'avis et de recommandations du neurologue pour estimer les possibilités du patient, en termes de réadaptation ou rééducation. Il y aura besoin de consulter le dossier, tenir compte de la proximité géographique, des possibilités offertes par le site (Masseur Kinésithérapie, orthophonie), afin d'orienter au mieux, vers Pont-de-Beauvoisin, Morestel, sinon Virieu.

4.4.4.4 Pneumologie

Les consultations avancées sur Pont-de-Beauvoisin sont intégrées au projet, dès lors que l'effectif médical de Bourgoin-Jallieu sera de 4 personnes. Elles se déclineront sur le modèle de l'endocrinologie, complétées par des avis prodigués en interne. Ceux-ci aideront à ce que les différents partenaires de chaque site se comprennent mieux, adoptent des stratégies thérapeutiques complémentaires et favorisent des circuits courts pour les examens complémentaires obligatoirement réalisés sur Bourgoin-Jallieu, tels les EFR et fibroscopies : plages d'urgence, notion de degré d'urgence à partager,

liens de secrétaire à secrétaire. Les avis et les suivis concerneront plus particulièrement les patients atteints de pathologies chroniques (BPCO, Asthme) ou ceux de cancérologie.

Les patients de Pont-de-Beauvoisin, vus en urgences, seront dirigés sur Bourgoin-Jallieu afin d'être pris en charge lors d'une décompensation par exemple, asthme, BPCO, puis pour instaurer le traitement et l'éducation. Celle-ci bénéficie de l'apport d'une équipe pluridisciplinaire, sur Bourgoin-Jallieu, au début de la démarche. L'évolution potentielle dans un second temps pourra alors être réalisée Pont-de-Beauvoisin.

Les avis à distance (tel, mail, télémedecine) compléteront le dispositif, lorsque le patient reste pris en charge uniquement sur Pont-de-Beauvoisin. Une prise de rendez-vous, à distance, ou une discussion d'un examen complémentaire seront alors de mise.

La pneumologie souhaite aussi instruire un projet sommeil, avec un développement de la partie polygraphie réalisable en externe sur Pont-de-Beauvoisin, tandis que se développerait le projet polysomnographie sur Bourgoin-Jallieu.

4.4.4.5 Infectieux

La spécialité de la médecine infectieuse se prête mal à la consultation avancée. C'est donc la joignabilité des correspondants, la télémedecine et les avis de Bourgoin-Jallieu qui sont mis en avant dans le projet.

Un travail sur l'antibiothérapie est à mener pour le suivi et les stratégies en matière de BMR, à l'échelon du GHT. Il comprend le fait de limiter l'étendue des molécules usitées et les prescriptions aux recommandations émises et aux bonnes pratiques décrites. La réflexion sera à mener en collaboration avec les biologistes, publics et privés.

Un inter CLIN est à instruire, des évaluations communes sont à faire, dans le prolongement de l'hygiène hospitalière, déjà réalisée en commun.

4.4.4.6 L'addictologie

L'addictologie et tout particulièrement l'Alcoologie sont des spécialités nécessaires dans tous les hôpitaux, tant les populations sont touchées par les pathologies addictives. Les patients nécessitant une telle prise en charge le sont actuellement, mais répartis au sein de lits d'un des services de médecine sur le CHPO et de la médecine polyvalente sur le CHYT.

L'émergence d'une filière Hospitalière de soins addictologiques²⁹ qui s'inscrive dans le projet de Groupement Hospitalier Territorial est nécessaire. Elle a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge multidisciplinaire globale, graduée, de proximité, et si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Le dispositif propose une prise en charge couvrant l'intégralité des parcours de soins possibles, selon la sévérité de l'addiction ou des poly-addictions et des éventuelles co-morbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques.

²⁹Elle répond aux circulaires ministérielles DGS/6B/DHOS/02 N° 203 du 16.05.2007 et DHOS/02/2008/209 du 26.09.2008.

C'est L'ELSA qui assure à cette fin les évaluations cliniques psychosociales à visées diagnostiques, thérapeutiques et de réinsertion. Cette équipe assure également une forte activité de consultations externes non reconnue mais néanmoins indispensables à la population et à nos partenaires qui gèrent les addictions, de type CSAPA. Faire reconnaître cette activité est indispensable au niveau de notre établissement, et permettrait dans un second temps, de réfléchir à la réponse qui pourrait être apportée en terme de consultations avancées sur les autres sites.

Il existe actuellement 3 lits de sevrage programmés sur le CHPO en service de gastro-entérologie. Compte tenu de la population du territoire, du nombre de passages aux urgences qui ne cessent de croître (+ de 50 000) il est nécessaire de compléter ces lits de sevrage par 3 ou 4 lits supplémentaires pour mieux répondre à la demande. Ces lits permettront d'assurer la mise en place de sevrages simples en alcool, programmés, parfois complexes, avec une éducation thérapeutique et des psychothérapies institutionnelles auprès de patients préparés, motivés ayant décidé de soigner leurs addictions (principalement alcool-tabac et usage excessif de médicaments) suivis d'un départ en Service de Soins de Suite et de réadaptation, sans retour temporaire au domicile.

L'activité en hospitalisation sera réservée à tous les patients orientés par ces consultations, mais aussi aux patients orientés par les médecins généralistes et spécialistes du territoire, à ceux adressés par les différentes institutions ainsi qu'aux patients de Morestel.

Le travail en équipe pluridisciplinaire reste le fondement de la réussite. Le travail en réseau, véritable maillage territorial est lui aussi indispensable à la réussite de ce projet, dont on rappelle qu'il est de niveau I, présentant un minimum de risque pour le patient. Enfin la formation est elle aussi indispensable à la réussite de notre projet.

4.4.5 Filières de l'enfant et de la femme

4.4.5.1 Pédopsychiatrie

En pédopsychiatrie, le maintien de l'offre de soins de proximité est un atout mais demande une réflexion quant à la pertinence du maintien de toutes les structures afin de garantir des équipes pluridisciplinaires avec un temps médical suffisant. Des liens sont à parfaire avec le secteur libéral de la pédopsychiatrie.

Les projets vont s'attacher à réorganiser la filière petite enfance ainsi que restructurer la filière de prise en charge des plus de 16 ans avec la psychiatrie adulte en lien avec l'Etablissement de santé mentale des portes de l'Isère (ESMPI).

4.4.5.2 Troubles de l'apprentissage

Il n'existe pas actuellement sur le territoire de Centre diagnostic de dépistage des troubles de l'apprentissage. Le projet pourra donc combler ce manque, avec une autorisation à demander, portée par les pédiatres. La structure pourrait se situer sur le territoire en recherchant la mutualisation de temps de psychomotricienne, psychologue, ergothérapeute, neuro psychologue, etc.

4.4.5.3 Pédiatrie

L'organisation des urgences a été décrite dans un chapitre précédent³⁰. Elle est centrée sur Bourgoin-Jallieu avec des liens privilégiés entre les urgentistes de Pont-de-Beauvoisin et les pédiatres. Ces liens seront complétés par la présence sur site des pédiatres lors de **consultations avancées**, à développer sur Pont-de-Beauvoisin.

Ces consultations avancées seront limitées à un adressage médical pour valoriser au mieux les expertises de chacun. Ceci impose de faire connaître les professionnels qui seront amenés à les réaliser. Au regard de la situation des autres sites, Morestel (libéral installé) et Tour du Pin (proximité géographique), il ne paraît pas licite d'y développer d'autres consultations avancées.

4.4.5.4 Maternité

En maternité, il est nécessaire de conforter l'activité du CHPO pour répondre aux besoins de la population, qui pour un tiers d'entre eux font appel à des maternités hors territoire. Le travail avec les sages-femmes libérales, les rencontres régulières, l'ouverture du plateau techniques à ces professionnels contribuent à conforter la maternité du CHPO sur le territoire.

L'ouverture récente de la maison de naissance et son succès depuis (dans le cadre de l'expérimentation nationale) montrent combien une offre « libéral / hôpital » répond en partie à la demande de la population.

L'ouverture du service de néonatalogie du Nord Isère avec 6 berceaux en mars 2016, dans le cadre d'un GCS avec la Clinique St Vincent de Paul a permis également de répondre aux besoins de la population, notamment autour de la question des grossesses à risques.

³⁰ Activité transversale et plateau technique - Urgence

Sur le bassin, le souhait est aussi de poursuivre la présence des sages-femmes qui participent et développent le Centre périnatal de proximité (CPP) de Pont-de-Beauvoisin. Les consultations et les préparations à l'accouchement y sont de mise.

Le projet pourrait se compléter de l'ouverture du plateau technique de Bourgoin-Jallieu à des sages-femmes libérales de Pont-de-Beauvoisin.

4.4.5.5 Gynécologie

La gynécologie rejoint la volonté globale exprimée pour les filières médico chirurgicales, avec le fait de privilégier les admissions directes en cas de passage aux urgences sur Pont-de-Beauvoisin. Ainsi, le même processus pourrait être calqué sur celui usité par les urgences de Bourgoin-Jallieu, en interne à l'établissement. De même, des accès aisés au spécialiste seront favorisés pour avis demandés par les urgentistes de Pont-de-Beauvoisin.

Les consultations avancées sur Pont-de-Beauvoisin pourront s'exercer, sous condition uniquement de temps médical supplémentaire ; il n'y a pas non plus d'indication pour de telles consultations sur les deux autres sites du GHT.

4.4.5.6 Orthogénie

Un parcours spécifique, portée par des médecins généralistes, est effectif sur Bourgoin-Jallieu. Des liens sont à parfaire avec le planning familial sur Pont-de-Beauvoisin.

Le renouvellement des généralistes et des gynéco-obstétriciens est en cours ; le projet entend poursuivre le fait de privilégier les IVG médicamenteuses.

4.5 Accompagner la gouvernance et la déclinaison territoriale du SSR

4.5.1 L'approche des besoins en SSR pour le territoire

Trois approches de flux complémentaires sont proposées, à partir de l'étude des modes de sortie après hospitalisation en MCO :

- Séjours des patients du **bassin du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné**, 23 codes postaux, quel que soit le lieu d'hospitalisation de ces patients
- Séjours des patients du **CH Pierre Oudot de Bourgoin-Jallieu**, quel que soit le lieu d'habitation des patients
- Séjours des patients du **CH de Pont-de-Beauvoisin**, quel que soit le lieu d'habitation des patients

Plusieurs segmentations sont identifiées à chaque fois :

- ✓ Séjours de Médecine
- ✓ Séjours de Chirurgie
- ✓ Âge supérieur ou inférieur à 75 ans
- ✓ Neurologie
- ✓ Orthopédie
- ✓ Cancérologie

Sur 101 430 RSA pour le **Bassin CHT Nord-Isère**, 2 381 séjours sont dénombrés avec mode de sortie « transfert et destination vers une unité de soins de suite ou de réadaptation »

75 ans et plus	Séjours de Méd	711
	<i>dont neuro</i>	98
	Séjours de Chir	564
	<i>dont ortho</i>	406
	Total	1 275
Moins de 75 ans	<i>dont cancéro</i>	94
	Séjours de Méd	437
	<i>dont neuro</i>	78
	Séjours de Chir	669
	<i>dont ortho</i>	440
Total	1 106	
TOTAL	2 381	

Au **CHPO de Bourgoin-Jallieu** : sur 24 058 RSA, sont dénombrés 996 séjours avec mode de sortie « transfert et destination vers une unité de soins de suite ou de réadaptation ».

75 ans et plus	Séjours de Méd	516
	<i>dont neuro</i>	68
	Séjours de Chir	202
	<i>dont ortho</i>	162
	Total	718
Moins de 75 ans	<i>dont cancéro</i>	53
	Séjours de Méd	214
	<i>dont neuro</i>	26
	Séjours de Chir	64
	<i>dont ortho</i>	51
Total	278	
<i>dont cancéro</i>	30	
TOTAL		996

Au centre hospitalier de **Pont-de-Beauvoisin** : sur 2 738 RSA, sont dénombrés 96 séjours avec mode de sortie « transfert et destination vers une unité de soins de suite ou de réadaptation ».

75 ans et plus	Séjours de Méd	81
	<i>dont neuro</i>	4
	Séjours de Chir	1
	<i>dont ortho</i>	0
	Total	82
Moins de 75 ans	<i>dont cancéro</i>	5
	Séjours de Méd	14
	<i>dont neuro</i>	3
	Séjours de Chir	0
	<i>dont ortho</i>	0
Total	14	
<i>dont cancéro</i>	1	
TOTAL		96

L'étude des flux sortant de MCO vers les SSR ne reflète qu'imparfaitement le besoin réel en lits et places de SSR. De fait, il faudrait y inclure les patients sortis vers le domicile alors même qu'ils auraient pu bénéficier d'un transfert en SSR par manque de place de SSR disponible ou délai d'attente trop long : risque de majoration de la DMS du court séjour et de sortie de patients non consolidés ; ceux au domicile qui sont secondairement adressés en SSR (ou qui devraient l'être), notamment en cardiologie, voir orthopédie avec complications secondaires (raideur..), mais aussi ceux qui entrent directement de l'EHPAD ou de l'HAD vers un SSR, ainsi que ceux qui devraient se le voir proposer.

Ainsi donc, les données observées minorent-elles le besoin réel. Pour autant elles objectivent la réalité d'aujourd'hui. Reste à penser au développement de la population, de l'ordre de +1,5% par an sur le bassin.

Afin d'évaluer les besoins moyens estimés en termes capacitaires, par rapports aux données du PMSI, des DMS cibles sont apposées par segment, ainsi qu'un taux global d'occupation cible, arbitrairement de 90%.

4.5.1.1 Conséquences pour l'ensemble des habitants du bassin

TOTAL	Séjours	DMS	Journées	Lits
séjours de Méd	1 148	28	32 144	98
<i>dont neuro</i>	176	32	5 632	17
séjours de Chir	1 233	21	25 893	79
<i>dont ortho</i>	846	21	17 766	54
<i>Cancéro</i>	223	28	6 244	19

En considérant une prise en charge spécialisée « gériatrique » pour 50% des patients de plus de 75 ans, certaines des capacités peuvent se distribuer de la façon suivante :

		Séjours	DMS	Journées	Lits
50% des plus de 75 ans	<i>Gériatrie</i>	638	32	20 400	62
Moins de 75 ans et neurologie	<i>Neuro</i>	176	32	5632	17
Med de moins de 75 ans + part des plus de 75 ans non "gériatriques"	<i>Polyvalent</i>	433	28	12 110	37

Ces capacités, pour un total de 116 lits estimés, sont à comparer aux autorisations des établissements publics et privés situés sur le bassin.

Pour ce qui concerne le GHT, ces 116 lits sont à comparer aux 78 lits disponibles, selon la même segmentation. De plus l'offre d'orthopédie est de 20 lits pour le GHT, sur les 54 auxquels pourraient correspondre le bassin. Bien entendu, cette dernière spécialisation est prépondérante en privé.

	Morestel	Pont-de Beauvoisin	La Tour du Pin	Total
Polyvalents	30		18	48
Gériatrie		20		20
Neurologie		10		10
Orthopédie		20		20
Total	30	50	18	98
UCC (rappel)			12	

Un rééquilibrage des lits de gériatrie pourrait être réalisé, notamment à partir des capacités de Morestel, en cohérence avec leur projet.

4.5.1.2 Conséquences pour le flux généré par le CHPO

TOTAL	Séjours	DMS	Journées	Lits
séjours de Méd	730	28	20 440	62
dont neuro	94	32	3 008	9
séjours de Chir	266	21	5 586	17
dont ortho	213	21	4 473	14
Cancéro	83	28	2 324	7

En considérant une prise en charge spécialisée « gériatrique » pour 50% des patients de plus de 75 ans, certaines des capacités peuvent se distribuer de la façon suivante :

		Séjours	DMS	Journées	Lits
50% des plus de 75 ans	Gériatrie	359	32	11 488	35
Moins de 75 ans et neurologie	Neuro	94	32	3008	9
Med de moins de 75 ans + part des plus de 75 ans non "gériatriques"	Polyvalent	345	28	9 660	29

Le CHPO n'ayant pas de SSR, il doit faire appel aux autres établissements du GHT, ou à l'offre privée.

4.5.1.3 Conséquences pour le flux généré par le CH de Pont-de-Beauvoisin

TOTAL	Séjours	DMS	Journées	Lits
séjours de Méd	95	28	2 660	8
dont neuro	7	32	224	1
séjours de Chir	1	21	21	0
dont ortho	0	21	0	0
Cancéro	6	28	168	1

En considérant une prise en charge spécialisée « gériatrique » pour 50% des patients de plus de 75 ans, certaines des capacités peuvent se distribuer de la façon suivante :

		Séjours	DMS	Journées	Lits
50% des plus de 75 ans	Gériatrie	41	32	1 312	4
Moins de 75 ans et neurologie	Neuro	7	32	224	1
Med de moins de 75 ans + part des plus de 75 ans non "gériatriques"	Polyvalent	51	28	1 428	4

4.5.1.4 Synthèse

Flux sortant des MCO, vision a minima à partir des habitants du bassin, ou des CH du GHT :

	Gériatrie	Neurologie	Polyvalent	Orthopédie	Sous Total
Bassin	62	17	37	54	170
Avec pour le CHPO	35	9	29	14	87
Avec pour le CH PdB	4	1	4		9

Réponses actuelles du GHT

	Gériatrie	Neurologie	Polyvalent	Orthopédie	Sous Total
Morestel			30		98
La Tour du Pin			18		
Pont-de-Beauvoisin	20	10		20	

4.5.2 Les propositions dans le cadre du projet

Le SSR est un moyen à disposition des établissements et des praticiens pour la prise en charge des patients dans leur parcours de soin. Mais il peut aussi être vu comme une organisation transversale, à disposition des différents acteurs pour une réponse coordonnée à l'échelon d'un GHT, avec un projet commun.

La dimension de la réflexion territoriale est donc ici mise en avant. Il est pointé en premier lieu, l'incidence de l'information mal transmise : elle induit une concurrence pour les lits faute d'échange possible par le logiciel trajectoire, du résultat des admissions. Ceci impose pour les établissements du GHT de se prévenir mutuellement entre SSR pour éviter tout lit qui resterait non occupé, sans raison. La mise en place d'une commission d'admission unique sur les SSR du GHT est en cours de finalisation.

Le raisonnement doit aussi permettre d'adapter le SSR au Plateau technique (PT). C'est notamment le cas des patients instables ou aux investigations non achevées. Il s'agit donc d'anticiper en amont les consultations et bilans complémentaires, pour limiter les transports coûteux pour la structure accueillante et fatigants pour le patient. Le site adresseur doit aussi rester à l'écoute et en lien avec le site SSR receveur, même après transfert du patient, pour mieux gérer ces situations.



Plus globalement, le projet s'oriente vers une lisibilité accrue de l'offre pour l'ensemble du territoire. Il tient compte de l'arrivée prochaine de la T2A et des effets induits : capacité minimale et efficience, mutualisation ou regroupement de plateaux techniques.

4.5.2.1 *Le Centre Hospitalier de la Tour du Pin*

L'offre du Centre Hospitalier de la Tour du Pin se répartit en 18 lits de SSR polyvalents, complétés de 12 lits d'UCC.

Le projet met en avant la pérennité de l'offre sanitaire et médico-sociale globale dans un contexte de contraintes budgétaires fortes. Or faire vivre 18 lits de SSR polyvalents risque de s'avérer difficile à court terme.

Une évolution raisonnée induit différentes hypothèses à développer, plus ou moins rapidement en raison des contraintes actuelles ou à venir, notamment financières. L'approche transversale avec la gouvernance territoriale en matière de SSR apporte toutefois l'opportunité d'une transition rapide.

Les 12 lits d'UCC seraient installés alors sur le site de Morestel, pour y décrire une offre SSR de 42 lits. Les 18 lits de SSR polyvalents seraient redéployés dans leur autorisation de SSR sur Pont-de-Beauvoisin, renforçant une lisibilité de l'offre SSR autour de deux plateaux techniques, l'un à Morestel (+12 lits), l'autre à Pont-de-Beauvoisin (+18 lits). Une période dite intermédiaire est décrite comme le temps nécessaire aux travaux à réaliser sur Pont-de-Beauvoisin et au renfort des équipes médicales et paramédicales des 2 sites (adapté au cahier des charges).

Le projet consiste ainsi à privilégier **l'ancrage de l'établissement de la Tour-du-Pin avec la ville, au cœur du territoire par :**

1. La création d'une unité de semaine gériatrique (18 lits) afin de compléter l'offre de soins de la filière gériatrique du territoire. Cette unité a pour vocation d'accueillir des patients âgés de plus de 75 ans, poly-pathologiques, à haut risque de dépendance qui seraient évalués et dépistés en amont afin de mettre en place un certain nombre de dispositifs de soins, de l'éducation thérapeutique... Cette unité permettrait d'éviter des transferts aux urgences, délétères le plus souvent pour les patients et en court séjour gériatrique. Cette unité pourrait s'appuyer sur des places d'hôpital de jour.
2. L'accueil des lits des tilleuls, à condition que ces lits soient médicalisés (12 à 14 lits). Ces lits permettraient d'accueillir (sur l'UCC actuelle) les personnes âgées démentes et déambulantes, en lieu et place de l'UCC, qui sont en attente de soins. Il est possible d'envisager sur cette unité de conserver 2 lits d'urgence sociale.
Ou l'accueil des lits SAS, par un positionnement géographique, central sur le territoire (lits sur Jean Moulin actuellement).

La capacité globale d'origine des 30 lits est maintenue et serait transformée avec de nouvelles orientations vers 15 à 18 lits d'UDS gériatrique et une unité SAS de 15 lits ou une unité ex-Tilleuls de 12 à 15 lits. Cela permettrait d'orienter complètement le Centre Hospitalier de la Tour du Pin sur la filière gériatrique.

4.5.2.2 *Le Centre Hospitalier de Morestel*

Le Centre Hospitalier de Morestel dispose aujourd'hui de 30 lits de SSR polyvalent. Demain c'est le projet d'une offre autorisée de SSR gériatriques qui est projetée, en lien avec l'offre d'aval conséquente d'EHPAD (220 lits installés). Un complément de 12 lits d'UCC par transfert de ces lits de la Tour-du-Pin vers Morestel est aussi inscrit au projet (en diminuant d'autant les lits d'EHPAD). Cette offre renforcée en SSR amènerait la capacité totale à 42 lits, en cohérence avec le projet gériatrique de l'établissement. Un renfort médical sera attendu pour la réalisation de ce transfert.

4.5.2.3 *Le centre hospitalier de Pont-de-Beauvoisin*

Sur Pont-de-Beauvoisin, il est possible de recevoir des patients non stabilisés, dès lors qu'ils pourront si besoin bénéficier du court séjour et du plateau technique à proximité, sur le même site. Le site dispose actuellement de 60 lits et places de SSR.

- Dont 20 lits de SSR spécialisés en gériatrique, à reconduire et compléter au mieux selon l'évolution des capacités globales du GHT.
- Dont 20 lits de SSR spécialisés en Locomoteur, dont une évolution possible serait l'ajout de places en complément de celles exploitées
- dont 10 lits de SSR spécialisés en neurologie, à reconduire et compléter au mieux selon l'évolution des capacités globales du GHT (vers +5 lits spécialisés en neurologie)
- dont 10 places d'HDJ

A cette reconduction de l'actuel s'ajoutera selon le projet les 18 lits issus de la Tour-du-Pin, dès la fin des travaux nécessaires pour les y installer, avec extension parallèle du plateau technique. Au total, le site de Pont-de-Beauvoisin offrirait 78 lits et places de SSR. Les SSR spécialisés seraient ainsi confortés, renforcés, et complétés d'une offre polyvalente.

Un développement de prises en charge complémentaires (cancérologie, soins palliatifs, autre) sera aussi possible, sans que ce soit un axe fort, afin de prendre en compte l'offre privée actuelle dans les différents domaines de spécialité, notamment le centre de Virieu.

Une réflexion est de plus à mener sur la mise en place d'une équipe mobile propre aux SSR, médecins spécialistes et masseurs kinésithérapeutes. Elle faciliterait le travail en phases ou moyens de prise en charge, selon les besoins de rééducation ou de réadaptation. Elle viendrait en soutien aux équipes en place tout en préservant les orientations de chacun.

La création d'une équipe mobile de SSR en lien avec les acteurs du SSR sur le territoire, et notamment le Centre de soins de Virieu serait une offre de prise en charge intéressante sur le territoire du Nord Isère.—De façon complémentaire, chaque site devra avoir plus aisément accès aux différents spécialistes, par le développement de la télémédecine, ou l'apport de consultations avancées. Les SSR auront aussi avantage à travailler avec les autres services et unités des établissements du GHT, telles les urgences de Bourgoin-Jallieu et de Pont-de-Beauvoisin, et les plateaux techniques d'imagerie, en limitant ainsi les fuites vers le privé.

4.6 Accompagner la gouvernance et développer la déclinaison territoriale de la filière gériatrique

La filière gériatrique du Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné intègre des structures propres à la prise en charge et au suivi des personnes âgées du bassin de population, avec une emprise sur l'ensemble du territoire. Ainsi, deux **courts séjours gériatriques** sont identifiés, l'un à Bourgoin-Jallieu, l'autre à Pont-de-Beauvoisin. Chacun devra tendre dans le projet à mettre en place les éléments d'une prise en charge identique, à partir d'un cahier des charges et d'un travail à mener en partenariat avec les médecins généralistes, tout en confortant les postes qui le servent. La coordination extra et intra hospitalière est assurée par des équipes mobiles de gériatrie, **EMG**. Les missions des équipes mobiles seront à revoir, notamment face aux demandes des divers établissements. De nouveaux partenariats sont à établir, avec un financement à préciser. De par leurs missions transversales, les équipes devront compléter leurs effectifs, par du temps partagé.

L'unité cognitivo-comportementale, **UCC**, actuellement basée à La Tour du Pin et projetée à terme à Morestel est reconnue, pour répondre à la problématique de la prise en charge en phase aiguë des troubles du comportement chez les patients déments. Le projet doit aider l'essor de l'UCC par de l'information, valoriser l'expertise, et participer comme tremplin éventuel pour du recrutement.

L'offre du GHT se complète de deux sites d'**USLD** : 85 lits à Bourgoin-Jallieu et 70 à La Tour du Pin. Ici aussi, la communication est à parfaire pour mieux mettre en valeur les critères d'admission dans ce type de service, notamment à partir des autres établissements du GHT. Ainsi, une commission d'admission de territoire est en cours de création pour une meilleure orientation des patients, afin d'optimiser les outils à disposition, tout particulièrement pour l'USLD et l'UCC.

La filière se compose aussi d'un ensemble d'offre publique en matière d'**EHPAD**, sur Morestel, Bourgoin-Jallieu, la Tour du Pin et Pont-de-Beauvoisin.

Les perspectives de création d'une Unité de semaine gériatrique au CH de la Tour du Pin et la médicalisation éventuelle des lits d'hébergement des tilleuls complèteraient avantageusement la filière gériatrique : plus de lits pour les patients déments et déambulants (seulement 36 lits sur le territoire actuellement) et une évaluation des patients programmée pour éviter les arrivées intempestives aux urgences et permettre l'éducation thérapeutique. Il s'agit pour le projet d'UDS de créer un dispositif de prévention pour les personnes âgées. Ces unités seraient rattachées au pôle inter-établissement hospitalier de gériatrie.

Les gériatres sont dans un dialogue permanent et structuré au sein du GHT, et même au-delà du territoire, accompagné par la tutelle. Ainsi des travaux communs ont déjà été réalisés, validés. D'autres en sont encore au stade de projet. Ils s'articulent autour de cinq axes principaux, dont le premier, le **guichet intégré**, structure l'ensemble du parcours. Les quatre autres axes précisent des étapes et actions clé pour améliorer la prise en charge de la personne âgée :

- La connaissance et la formation
- Les hospitalisations et ré hospitalisations
- L'orientation adaptée
- Le parcours du domicile à l'EHPAD

Ce sont ces éléments qui sont maintenant déclinés dans le projet du GHT.

4.6.1 Axe 1 : le Guichet Intégré

Cet axe entend créer des conditions favorables à la transversalité et à l'intégration des acteurs. Il concerne la mise en place du Guichet Intégré de l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de vie des personnes âgées. Il devra soutenir la dynamique de coopération et de co-responsabilité.

Il existe déjà une structuration de la gouvernance territoriale (bureau et table tactique FG-MAIA), avec un travail sur la réduction des doublons en matière d'évaluation (équipe hospitalière/équipe évaluatrice domicile, équipe APA/Caisses de retraite). L'objectif est de faciliter la reconnaissance du rôle de chacun dans la prise en charge des situations complexes. Ainsi, il est prévu de mettre en place des revues de situations associant l'ensemble des intervenants sur le territoire, pour partager une analyse et des actions d'amélioration à partir de cas concrets (au niveau accueil et prise en charge sociale / médicale). La mise en place d'une table clinique d'intégration complète l'approche, autour de l'entrée en gestion de cas avec l'ensemble des intervenants de la "complexité". Il s'agit ici de partager une analyse et une connaissance des acteurs pertinents répondant aux besoins des personnes âgées, avec une définition partagée de la complexité et des critères d'orientation des situations complexes vers tel ou tel professionnel.

Il en découle comme projet prioritaire, l'évaluation de la personne âgée. Le besoin est donc d'élaborer des outils pour renforcer l'interconnaissance des acteurs et construire une culture commune. Il existe un référentiel/ mission pluri professionnelle, comme outil d'aide à la décision facilitant la prescription et l'orientation. La communication passera par la création d'un site internet et de lettres d'information de la filière-MAIA.

Le développement des modalités de partage d'information autour des personnes âgées intègre la participation à la mise en place d'un système d'information partagée, pilotée par ARS (Territoire de Soins Numériques). L'essor de coordination entre acteurs va aussi dans le sens de la création d'outils de liaison (à finaliser) : Finalisation et développement d'outils communs d'échange et de partage d'information (check liste, lettre de sortie, volet de synthèse médical (médecin traitant), DLU (EHPAD) avec directives anticipées, outil de liaison évaluation médico-sociale domicile, outil de liaison évaluation médico-sociale hospitalière, grille d'analyse multidimensionnelle des situations, ou encore fiche de demande de Consultation Mémoire.

La concertation sur les situations complexes au domicile est à réaffirmer lors des hospitalisations. A ce titre, une commission de sortie de l'hôpital pour les situations difficiles (durée > 1 mois en MCO) est déjà effective. Elle pourra servir de modèle pour la commission d'admission de territoire pour certaines admissions complexe en EHPAD (critères partiels UHR, urgent ou spécifique). De fait, il est important d'être informé de la situation et de la prise en charge à domicile d'une personne âgée lors d'une hospitalisation. Ainsi, il s'agit de repérer les situations à risque de ré hospitalisation, les cas de complexité dès l'admission et de formaliser une évaluation et des préconisations d'aide et de soins pour le retour à domicile, selon des alertes communes définies entre les acteurs.

Le protocole d'organisation pour le retour à domicile est en cours de finalisation avec la création d'outils et de modalités d'échange d'information. L'organisation de l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière est à parfaire, dans la définition des préconisations et leurs mises en œuvre, en appui du service social hospitalier, en lien avec les acteurs du domicile (médicaux et médico-sociaux). De même sont à travailler l'organisation des hospitalisations aux urgences, en lien avec

médecins traitants pour le partage d'informations (entrée-sortie), tout comme l'évaluation gériatrique pour préconisations et mise en œuvre en lien avec le service social.

Il importe donc de développer une continuité dans le parcours de soins et un suivi du retour à domicile après hospitalisation, avec un partage des évaluations et adaptation des procédures APA, ainsi que l'organisation d'un accompagnement global rapproché à la sortie d'hospitalisation pour des situations ciblées en s'appuyant sur les dispositifs existants ou à créer.

De plus, le projet met l'accent sur la possibilité d'instaurer un service réactif et transitoire de soins infirmiers à domicile pour faciliter la transition hôpital-domicile, pour apporter une réponse rapide d'aide, de soins et de suivi à court terme de la personne âgée dès sa sortie d'hospitalisation.

4.6.2 Axe 2 : Connaissance et formation

Le deuxième axe souligne le fait de faciliter la connaissance et la formation des acteurs de la filière gérontologique. Il s'agit ici d'élaborer des outils pour renforcer l'interconnaissance des acteurs et construire une culture commune ; ainsi, le référentiel des missions pluri professionnelles et l'annuaire des acteurs territoriaux en lien avec le CG38 sont en cours de finalisation ; pour rappel : site internet ; lettres d'information filière MAIA

La culture commune et la formation des acteurs se développent à travers les forums et journées d'information thématiques à destination du public mais aussi des professionnels. Ainsi, des formations sont mises en place, à visée pluri-professionnelle dans le lien domicile-EHPAD, avec mises en situation et partage d'expérience : médecins généralistes et professionnels libéraux, services d'aide et d'accompagnement/SSIAD, services sociaux et médico-sociaux, service d'accueil et d'orientation. Des actions d'information/prévention sur différents sujets, telle la nutrition ou la chute, ... sont de plus réalisées, avec des professionnels et des aidants familiaux.

La tenue de ces journées régulières d'information sur la connaissance des acteurs et de leurs missions est à mieux mettre en valeur dans une communication à développer avec les hospitaliers.

4.6.3 Axe 3 : Hospitalisation, ré hospitalisation

L'axe 3 comporte plusieurs objectifs complémentaires : diminuer les hospitalisations évitables, les ré-hospitalisations et éviter le recours aux urgences en améliorant de manière continue les pratiques et les organisations.

Pour ce faire, il est prévu d'optimiser l'hébergement temporaire, en identifiant en son sein des places dédiées aux **situations d'urgence sociale**. Le circuit d'échange d'information sur l'offre et demande en hébergement temporaire est en place. Un listing des places dédiées à des situations d'urgence « sociale » sera à établir, en fonction de la définition du besoin et de l'étude de la faisabilité d'une gestion centralisée et mutualisée des places alternatives. Ainsi, les conditions d'admission et d'accueil des personnes âgées quittant en urgence leur domicile seront améliorées.

Le besoin est aussi plus largement d'orienter les personnes vers les structures adaptées à leur prise en charge pour leur **bien-être et leur sécurité**. Des critères communs ont été définis par les acteurs sur les entrées prioritaires en EHPAD. Il reste à mettre en place des structures « tampon » (pour une capacité de 15 lits) permettant de répondre aux urgences d'entrée prioritaire en EHPAD³¹. Elles

³¹ Ce projet est rappelé, chapitre 4.5, comme réorientation possible des lits actuels de SSR de La Tour-du-Pin

répondraient à l'absence de place en EHPAD au moment où l'entrée est opportune, la personne/famille acceptant le projet.

Le projet souhaite encore diminuer le nombre d'hospitalisations en urgence la **nuît /WE** en provenance des EHPAD. Ceci passe par une coopération des différents EHPAD pour la mise en place d'astreinte IDE mutualisée. Le champ d'intervention reste à définir, tout comme la procédure au recours médical, et le transport.

Par ailleurs, le maintien dans le lieu de vie en **fin de vie** doit être facilité. Il implique le développement de l'intervention de l'HAD et d'une équipe mobile de soins palliatifs à domicile et en EHPAD pour intervenir auprès des aidants et équipes soignantes.

C'est aussi la gestion des **situations de crise** qu'il faudra optimiser, avec la création de consultations spécialisées dans des délais réduits pour les cas complexes et nécessitant une prise en charge rapide. Ainsi, l'accès des personnes âgées à l'**expertise gériatrique** doit être amélioré, avec un accompagnement adapté : il est patent au sein des courts séjours gériatriques du GHT. Sont aussi en place l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière (EMOGEX) et la Gestion De Cas (MAIA). L'hospitalisation programmée doit être développée, tout comme l'hospitalisation de semaine en gériatrie, à travers des procédures d'admission spécifiques. Des consultations avancées en gériatrie et autres spécialités au sein comme au-delà des établissements du GHT sont à développer, avec l'appui de l'essor de la télémédecine.

Ainsi, l'onco-gériatrie sera mise en avant, selon les recrutements médicaux envisagés, tout comme le renforcement des moyens en expertise gériatrique (EMG / Consultation / Astreinte) et en accompagnement des situations complexes (GDC...). Elle doit être renforcée à partir de l'existant actuel.

L'organisation d'un accompagnement global rapproché à la sortie d'hospitalisation pour des situations ciblées s'appuiera sur les dispositifs existants et à compléter : premier niveau d'évaluation médico-sociale suivi d'un 2nd niveau d'intervention pour l'organisation d'échanges avec les équipes mobiles de gériatrie et de géronto-psychiatrie. Les procédures d'admission aux SSR (directe et suite d'hospitalisation) ont été clarifiées : modalités, critères d'admission, moyens = commission commune d'admission en cours de finalisation

L'expertise **géronto-psychiatrique** est aussi pointée pour en améliorer l'accès aux personnes âgées. Une équipe mobile géronto-psychiatrique est déjà en place. Des structures d'UCC et d'UHR sont identifiées sur le territoire.

4.6.4 Axe 4 : Orientation adaptée

L'un des points importants de la filière est « anticiper pour mieux orienter ». Il s'intègre à l'objectif du quatrième axe : anticiper en repérant les situations fragiles et complexes et faciliter l'orientation des personnes âgées vers les structures adaptées.

Ceci implique de favoriser le maintien adapté dans leur lieu de vie (domicile / EHPAD) des personnes âgées, éviter les situations de crise, selon les critères communs et modalités de repérage établis. Une activité de surveillance / vigilance des personnes âgées est à réaliser par les acteurs en lien avec le médecin traitant.

Un coordonnateur de la situation devra être repéré, comme étant le plus adapté possible selon les missions de coordination de chacun et la (les) problématique(s) repérée(s). Il sera lisible pour tous, comme cela est décrit précédemment (annuaire, internet, téléphone unique) avec des outils spécifiques (référentiel, grille d'analyse). Le projet de plateforme d'appui Territorial viendra en appui, en cas de situation complexe.

4.6.5 Axe 5 : La parcours du domicile à l'EHPAD

L'axe 5 se concentre sur l'optimisation de la transition domicile / EHPAD. Il cible la réponse aux situations d'urgence d'entrée en EHPAD comme cela a été détaillé dans l'axe 3, avec la mise en place des structures « tampons ». C'est aussi privilégier l'accompagnement de l'entrée en EHPAD avec une entrée progressive par une sensibilisation à la vie en institution grâce au séjour en accueil de Jour /ou en hébergement temporaire. Ceci est déjà une réalité.

Elle reste à développer, pour l'organisation de l'accueil temporaire dans le cadre des prises en charge à domicile. Reste à poursuivre le partage d'information sur les situations de transition pour réaliser l'accompagnement décloisonné entre le domicile et l'établissement, notamment lors de besoin de prise en charge adaptée aux personnes âgées qui présentent des troubles du comportement.

4.7 Accompagner et coordonner l'évolution de l'offre en MCO et SSR

L'évolution de l'offre en MCO comme en SSR s'appuie sur le développement de plateaux techniques structurés et coordonnés, au service de l'ensemble des établissements du GHT, dans leur composante sanitaire et médico-sociale. L'information médicale, partie prenante de ce projet, s'impose aussi comme un lien fort entre les structures, notamment à l'aube de l'extension de la tarification à l'activité.

4.7.1 PUI et stérilisation

Quatre points structurent le projet de territoire en matière de PUI et de stérilisation :

1. La mise en place d'un collège des pharmaciens, pour favoriser le dialogue et l'échange d'informations
2. L'évolution possible vers un unique groupement d'achat, ou la reconduction des deux d'aujourd'hui, sachant que des paramètres dépassent le Projet Médical lui-même
3. Les échanges inter COMEDIMS,
4. Les livrets thérapeutiques restent attachés à chaque établissement. Ils garantissent les liens entre leurs pharmaciens et les cliniciens.

4.7.2 Laboratoires

L'évolution de l'offre est recherchée pour une efficacité accrue des examens, dans le respect des recommandations et des bonnes pratiques, à décliner entre praticiens.

Deux orientations sont proposées :

L'une, à court terme, conserve une offre publique/privée, dans le respect des contrats signés. Ainsi, l'organisation avec le privé sur Pont-de-Beauvoisin, comportant de nombreux atouts, est reconduite. Sont ici mis en avant : des prix compétitifs, un service satisfaisant, un investissement du biologiste privé dans les réunions transversales de l'établissement public, et les liens qui existent déjà entre lui et l'infectiologue. Cette offre privée se complète du laboratoire public de Bourgoin-Jallieu. Celui-ci sera

amené à répondre à l'ensemble des besoins de la Tour du Pin et de Morestel, toute la semaine et les week-ends, en H24³². L'organisation entre les trois établissements sera à décliner progressivement.

L'autre est à moyen terme. L'évolution pourrait tendre vers une offre publique unique, si l'intérêt de cette éventualité est objectivé par une étude spécifique. En ce cas ; il faudra disposer d'une activité de biologie sur Pont-de-Beauvoisin pour l'urgence, pour des activités à déterminer avec les praticiens. Une étude est donc à réaliser, pour évaluer la faisabilité et le coût d'un service rendu équivalent

L'interlocuteur unique présente plusieurs atouts : Il est plus facilement identifié pour l'appui à la décision médicale, le dialogue est plus facile en cas de diagnostic biologique spécialisé (hémostasie, parasitologie) et pour l'aide à la prescription avec rationalisation des coûts et pour appliquer les bonnes pratiques en matière de prescriptions.

Ainsi, la discussion doit être nourrie pour déterminer les atouts / avantages / inconvénients pour un unique laboratoire sur le territoire. Le CH de Morestel fait appel conventionnellement au laboratoire du CHPO depuis juillet 2017. Le passage sur le laboratoire du CHPO pour le CH de la Tour du Pin est prévu début 2018.

4.7.3 DIM

Le département commun d'imagerie médicale, DIM, intéresse déjà trois des quatre établissements. Le dispositif sera à étendre sur Morestel, sous réserve de l'adaptation du temps médical. Mais ceci impose la communicabilité des systèmes d'information des quatre sites, avec accès aux données des patients. Ainsi, le GHT disposera d'un DIM centralisé, avec un correspondant TIM par site. La présence physique du médecin DIM est bien sûr à promouvoir sur chaque site. L'augmentation du temps médical renforcera les liens entre médecins des différents sites avec le DIM. Elle favorisera la présence du médecin DIM aux différentes réunions sur site, tout comme elle facilitera les liens avec les services économiques.

Le projet tend même vers un DIM de territoire³³, dans l'esprit de la nouvelle loi relative au GHT. Il aura pour intérêt la pertinence accrue des analyses, avec une approche MCO comme SSR. La mutualisation facilitera la préparation du passage en T2A pour le SSR.

4.7.4 Coordination de l'offre par des prises en charge transversales sur le territoire

L'une des réalisations de la coordination de l'offre pour le territoire est le domaine de l'infectiologie, avec l'intervention de praticiens formés à CHYT et au CHPO, complétée de collaborations avec d'autres établissements (CSVP, Virieu..). La volonté est de mettre en commun des référentiels anti-infectieux sur le territoire et de s'inscrire nécessairement dans le projet PROPIAS. La mise en œuvre d'avis territoriaux émane de l'équipe mobile du CHPO, en tant que référent pour la spécialité.

D'autres actions transversales et multi sites sont à rappeler, telle la prise en charge des plaies et cicatrisation, à partir d'avis et consultations avancées, médicales et para médicales.

³² Actuellement les privés répondent aux besoins de jour, en semaine

³³ Le DIM du CH de Bourgoin-Jallieu prend déjà en charge d'autres établissements de Bourgoin-Jallieu

L'hygiène hospitalière se conçoit aussi de façon transversale, afin de mettre à profit au service de chacun des établissements, quel que soit sa taille et son besoin, une offre de qualité et spécialisée, à partir d'une coordination des organisations comme des formations.

4.8 Les liens avec les autres établissements

Le 31 mars 2017, a été signée une convention d'association entre les Hospices Civils de Lyon et le GHND. Cette convention détaille ce qui est attendu des HCL et du GHND au niveau des missions d'enseignement, de recherche, de démographie médicale et de référence et recours.

La mission enseignement prévoit la coordination par les HCL, en lien avec l'université, des étudiants et des internes, le développement d'outils innovants dans le cadre de la formation (simulation, accès au robot, e-learning...), l'organisation de réunions animées par des responsables hospitalo-universitaires pour permettre de développer l'évaluation des pratiques et les analyses de pertinence dans une approche pluridisciplinaire (RCP, groupes d'analyse...).

La mission recherche prévoit une coordination par les HCL de la recherche clinique sur le territoire et l'organisation des fonctions hospitalières supports aux activités de recherche de développement des innovations.

La mission sur la démographie médicale consiste à renforcer les liens entre les équipes médicales du CHU et celles des établissements du GHND : filières de soins graduées, postes partagés, télé-médecine... De plus il est convenu entre les établissements du GHND et les HCL de partager les informations, notamment les évolutions réglementaires, au niveau des affaires médicales et également de coopérer sur leur politique et stratégie en matière de recrutement.

Enfin les HCL jouent leur rôle de centre expert et de recours pour un certain nombre de filières, mais également au niveau des plateaux techniques.

Cependant la notion de proximité de prise en charge selon le lieu primera sur tout autre critère lorsqu'il s'agit d'urgence, le CHU de Grenoble ou le CH de Chambéry gardant alors toute leur légitimité.

Le GHT entend aussi poursuivre ses collaborations avec les autres offreurs de soins du médipôle :

- Le **centre de soins de Virieu**, avec un flux important de patients entre le CHPO et cette offre de SSR à proximité du plateau technique du CHPO
- La **clinique Saint Vincent de Paul**, en renforçant les liens avec cet établissement tant sur les fonctions supports (restauration, stérilisation...) que sur des activités médicales. Les modalités de partenariat peuvent varier d'un projet à l'autre conformément à ce qui a été fait par le passé : GCS pour la néonatalogie du Nord Isère (mars 2016), convention pour l'intervention de médecins de la clinique au CHPO sur l'autorisation de cancérologie digestive (juillet 2017), convention pour la délivrance de la prestation laboratoire (renouvellement pour 5 ans fin 2016), convention pour le Centre d'évaluation de la douleur (début 2017).

- **L'établissement de santé mentale des portes de l'Isère (ESMPI)**, à partir de la convention cadre signée en 2017, les établissements s'organisent pour s'occuper conjointement des grands adolescents de plus de 16 ans, pour assurer les soins psychiatriques à l'accueil des urgences et en psychiatrie de liaison...
- Mais aussi les praticiens du **centre d'endoscopie** comme de ceux du **GIE d'imagerie** pour promouvoir l'articulation organisationnelle déjà existante.

4.9 Les liens avec la médecine de ville

Les liens seront amplifiés et renforcés avec les médecins libéraux du territoire d'une part par des approches classiques (organisation plus systématique des EPU par exemple) et d'autre part par le biais de modes de communications modernes : prise de RDV en ligne auprès des médecins spécialistes de l'hôpital, newsletter du GHND ...

Deux projets qui visent à tisser les liens avec la médecine de ville et à décharger les urgences, pourront être mis en oeuvre :

- Le projet de création de téléconsultation effectuée par des médecins généralistes dans un box dédié aux urgences.
- La mise en place d'une Maison de Soins Pluri-Professionnelle à Morestel (sur le site du CH de Morestel) afin de fixer la population sur le territoire de Morestel (départs importants de médecins généralistes sur le secteur non remplacés). Le Centre Hospitalier de Morestel dispose de locaux adaptés (disjoints de ceux de l'hôpital), et consultations assurées par des médecins hospitaliers du site Bourgoin Jallieu ainsi que des paramédicaux ; ce qui permettrait d'envisager de monter la MSPP avec les médecins libéraux.

5 Troisième partie : les projections d'activité

5.1 L'approche MCO par le PMSI

La construction des objectifs chiffrés s'appuie sur les données PMSI des années 2013 et 2014. Elle intègre la notion de classe d'âge : pédiatrie (moins de 3 ans, 3 à 15 ans), adultes de moins de 75 ans, adulte de 75 ans et plus. Les activités projetées sont segmentées par spécialité selon les regroupements usités par l'ATIH.

Différents paramètres sont intégrés aux calculs. Ils ont fait l'objet de discussion avec les acteurs de terrain, pour objectiver des résultats répondant à leurs souhaits.

- Evolution de la population selon les classes d'âges (modèle Omphale de l'INSEE)
- Evolution des parts de marché par segment
- Evolution des hospitalisations de moins de 24 heures par rapport à l'hospitalisation complète

Cette première série de données montre le **volume global d'activité attendu en MCO**, par grands secteurs d'activité. Selon différents ratio, des environnements spécifiques peuvent en être déduits, sous réserve d'y inclure la dimension territoriale ou non de ces activités spécifiques : réanimation adulte, surveillance continue, soins intensifs (néonatalogie, cardiologie, neurologie), autres recours (dialyse).

Une **approche théorique des capacités en lits et places** est ensuite posée, fonction des données d'activité. Elle implique de déterminer de nouveaux paramètres, discutés pareillement :

- Evolution des durées de séjour par segment d'activité et par tranche d'âge
- Taux d'occupation cibles par segment d'activité et par tranche d'âge

De grands volumes en lits et places sont ainsi déterminés. La vision se doit de rester macroscopique à ce stade de la réflexion. Des déclinaisons plus fines trouveront leur place dans les projets de pôle. Des réalités d'organisation pourront s'en déduire, médicales comme soignantes. Pour éclairer certains détails en lien avec la construction et les évolutions d'organisation en devenir, des zooms seront proposés pour certaines activités spécifiques. Des dispositions réglementaires et contraintes spécifiques y seront apposées.

Une approche de **l'évolution des recettes en T2A** est aussi exposée, toujours à partir des objectifs d'activité. Ces calculs intègrent les valorisations des GHS moyens par spécialité, au tarif 2014, sans y inclure de suppléments liés aux activités spécifiques. Ils entendent toutes choses égales par ailleurs et n'ont d'autre prétention que d'indiquer des tendances et équilibres à retrouver, notamment face aux postes de dépenses. De fait, ces données participeront à la mise en valeur des possibilités du retour à l'équilibre, ou les attendus de retour sur investissements.

5.1.1 Les objectifs d'activité jusqu'en 2020

Les objectifs d'activité sont le fruit de l'évolution des données d'activité relevées dans le PMSI, au regard des paramètres fixés à 2020, date la plus aisée à concevoir puisque dernière année pleine de ce projet. Une montée en charge est ensuite présentée pour anticiper les changements d'organisation attendus, intégrant la phase de consolidation et celle de développement.

5.1.1.1 Les paramètres fixés

La population

Les différents modèles Omphale présentés par l'INSEE indiquent une fécondité plus ou moins élevée, avec une espérance de vie plus ou moins haute. Au regard des équilibres entre les hypothèses, le scénario central est retenu comme évolution de la population.

Pour le bassin de Bourgoin-Jallieu

Ainsi à horizon 2020, l'accroissement de la population est de +12,6%, avec une part grandissante des personnes de plus de 75 ans, leur part relative passant de 6,5% à 7,5%. A noter que cette population, relativement faible par rapport à d'autres territoires, reste significativement plus représentée que les autres tranches d'âge, en termes d'hospitalisation complète. La part des moins de 15 ans est pratiquement stable, celle des adultes jeune en légère régression. L'année 2018 s'inscrit comme intermédiaire pour l'ensemble des valeurs identifiées.

Population bassin (en %)	2012	2018	2020
Population en volume	267 842	292 751	301 590
<15 ans	22,5%	22,3%	22,2%
Entre 15 et 75 ans	71,0%	70,4%	70,3%
>75 ans	6,5%	7,3%	7,5%
Evolution de la population en 8 ans		9,3%	12,6%
Evolution de la population en 8 ans en volume		24 909	33 748

Pour le bassin de Pont-de-Beauvoisin

L'accroissement de la population est encore plus significatif, de +17,2%, effet pour partie lié au moindre volume global.

Là aussi, une part grandissante des personnes de plus de 75 ans est projetée, passant de 8,2% à 9,4%.

Population bassin (en %)	2012	2018	2020
Population en volume	91 942	103 527	107 756
<15 ans	21,3%	21,1%	21,1%
Entre 15 et 75 ans	70,5%	69,7%	69,5%
>75 ans	8,2%	9,2%	9,4%
Evolution de la population en 8 ans		12,6%	17,2%
Evolution de la population en 8 ans en volume		11 585	15 814

5.1.1.2 Les prises en charge de moins de 24 heures

Bourgoin-Jallieu

Les prises en charge de moins de 24 heures regroupent ici l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire, les hôpitaux de jour et les surveillances de moins de 24 heures telles qu'identifiées dans le PMSI³⁴.

L'état des lieux a mis en évidence une part d'ambulatoire en chirurgie de 33%, pour l'ensemble des actes actuellement pratiqués par le CHPO. Parallèlement, l'objectif national est actuellement de 50 % pour l'ensemble de la chirurgie. Celui-ci inclut par exemple l'ORL et la stomatologie, activités fortement orientées vers l'ambulatoire. Or le positionnement actuel du CHPO en la matière, tout comme le projet médical décrit n'induisent pas de fortes modifications des équilibres entre public et privé dans ces spécialités. Ainsi, la part d'ambulatoire que présentera le CHPO implique un réel changement dans les pratiques pour tous, afin d'aller encore plus avant, alors même que le case mix présenté par l'établissement n'est pas favorable à l'objectif national.

L'objectif fixé à l'horizon 2020 est toutefois d'approcher l'objectif national, soit 45% d'activité ambulatoire pour l'ensemble des chirurgies pratiquées sur l'établissement. Cet objectif global est bien sûr composé des objectifs par spécialité, et de leurs évolutions selon les prises en charges pour les actes marqueurs, la substitution possible des actes aujourd'hui en hospitalisation complète à programmer désormais en ambulatoire, ainsi qu'à l'augmentation de l'activité liée aux parts de marché selon les segments.

Les prises en charge en médecine et en obstétrique suivront les mêmes tendances d'augmentation de leur part de prise en charge de moins de 24 heures. Toutefois, l'évolution sera moins drastique, en lien avec l'activité constatée.

Ainsi, les objectifs d'évolution de la part des hospitalisations de moins de 24 heures s'établissent comme tels :

	2014	2018	2020
Chirurgie	33%	38%	45%
Médecine	10%	10%	12%
Obstétrique (dont IVG)	23%	23%	23%

L'évolution ici présentée se réfère aux spécialités avec case mix déjà développées par l'établissement. Un développement fort de l'ophtalmologie pourra modifier les équilibres, en faveur de toujours plus d'ambulatoire.

³⁴ Les séances ne sont pas intégrées à cette partie de l'exposé des objectifs, car par nature, elles sont déjà toutes réalisées en hospitalisation de moins de 24 heures.

Pont-de-Beauvoisin

Seule l'évolution de l'hospitalisation de jour de médecine est ici concernée. Faisant appel au plateau technique doublé de la présence coordonnée de spécialistes, cette activité restera plus marginale qu'au CHPO.

L'évolution à 5 ans sera sans doute vers plus de classement en consultations externes, au regard de l'évolution des prises en charge autorisées en hôpital de jour.

	2014	2018	2020
Chirurgie	nc	-	-
Médecine	4%	4%	5%
Obstétrique Autre	nc	-	-

5.1.1.3 Les parts de marché

L'évolution des parts de marché est un paramètre multifactoriel. Certains dépendent prioritairement des praticiens du CHPO ou du CHYT eux-mêmes :

- La volonté, l'engagement et la reconnaissance des praticiens
- Le renouvellement des générations
- L'augmentation de l'offre médicale et chirurgicale possible, en mode de prise en charge comme en apport technologique

D'autres sont liés à des facteurs environnementaux des établissements :

- Image de l'établissement
- Attractivité de la structure récente, avec tassement progressif de ce facteur au fil des années

D'autres enfin sont exogènes :

- L'évolution de l'offre concurrentielle (départs à la retraite, arrivée d'opérateurs ou d'équipes nouvelles)
- L'évolution des autorisations d'exercice : cancérologie et seuils, niveaux et activités spécifiques, fermeture d'établissement

Les objectifs d'évolution des parts de marché intègrent au mieux ces différentes données. Ainsi 2020 permet une optimisation liée à l'ensemble des complémentarités et projets décrits. La proposition d'objectifs s'établit comme telle :

Bourgoin-Jallieu

	2014	2018	2020
Chirurgie	14%	15%	18%
Médecine	33%	34%	36%
Obstétrique	32%	35%	38%

Les hausses de parts de marché sont mesurées, en lien avec le positionnement actuel fort des différents acteurs.

En chirurgie, elles sont avant tout le fait d'un meilleur rééquilibrage avec l'offre publique lyonnaise, et dans une moindre mesure, les privés, de Bourgoin-Jallieu et d'ailleurs.

En médecine, c'est aussi un gain sur l'offre lyonnaise. En obstétrique, c'est avant tout une progression par rapport à la clinique Saint Vincent de Paul.

Pont-de-Beauvoisin

Là aussi, les projections restent modestes. Elles tiennent compte de l'environnement concurrentiel fort, dont l'offre restructurée de Chambéry. Il s'agit donc d'un positionnement réaliste face aux évolutions alentour.

	2014	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Chirurgie	nc	-	-
Médecine	19%	19%	20%
Obstétrique	nc	-	-

5.1.2 Les projections d'activité

Bourgoin-Jallieu

L'ensemble des paramètres décrits apposés à l'activité de MCO de 2014 indique une progression attendue de l'activité de + **32,3%** à échéance 2020. Cet objectif de plus de **30 000 séjours et séances** intègre l'évolution de la population par tranches d'âge, (celle-ci évoluant deux fois plus qu'au niveau régional et trois fois plus qu'au niveau national), la montée en charge de l'ambulatoire, dès que possible, et l'augmentation des parts de marché. Au cours de la première partie du projet, l'augmentation de l'activité est de +17,8%.

La segmentation de l'activité présentée ci-dessous tient compte au mieux des modes de prise en charge (pour évaluer les regroupements possibles d'activité en ambulatoire), et les trois grandes disciplines MCO.

La part d'activité en faible augmentation en hospitalisation complète en chirurgie (voire baisse en gynécologie) est le reflet de l'équilibre entre augmentation d'activité et transfert de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire ; d'où la forte augmentation des chiffres ambulatoires dans les projections d'activité.

CH BOURGOIN-JALLIEU		Séjours 2014	Séjours 2018	Séjours 2020
Hospitalisation > 24h	Médecine HC (dont endosc, hors gynéco)	11 922	14 141	15 199
	Chirurgie HC (hors sein et gyn)	2 310	2 591	2 894
	Obstétrique HC (hors NN et morts-nés)	1 432	1 698	1 896
	Gyn. en HC	169	128	108
	Sous Total Entrées	15 833	18 557	20 097
Hospitalisation < 24h	Venues ACA (chirurgie)	1 188	1 659	2 406
	Venues HDJ (méd + obst (hors nn et mort-nés))	1 750	2 026	2 607
	Endoscopies digestives et bronchiques	84	105	130
	Séances	4 069	4 661	5 096
	Sous Total Venues	7 091	8 451	10 238
Total Entrées et Venues (hors NN, mort-nés et séances)		18 855	22 347	25 239
Total Entrées et Venues (hors NN et mort-nés)		22 924	27 008	30 335

Pont-de-Beauvoisin

L'ensemble des paramètres décrits apposés à l'activité de MCO de 2014 indique pour le CHYT une progression attendue du même ordre qu'au CHPO, avec de plus faibles volumes entraînant des variations fortes. Les quelques séjours en chirurgie ou obstétrique sont le reflet du classement ATIH (traumatismes crâniens en chirurgie par exemple) ou encore des prises en charge courtes avant transfert.

CH PONT-DE-BEAUVOISIN		Séjours 2014	Séjours 2018	Séjours 2020
Hospitalisation > 24h	Médecine HC (dont endosc, hors gynéco)	2 292	2 773	3 187
	Chirurgie HC (hors sein et gyn)	13	16	17
	Obstétrique HC (hors NN et morts-nés)	0	0	0
	Gyn. en HC	6	7	9
	Sous Total Entrées	2 311	2 796	3 213
Hospitalisation < 24h	Venues ACA (chirurgie)	4	5	5
	Venues HDJ (méd + obst (hors nn et mort-nés))	106	119	173
	Endoscopies digestives et bronchiques	310	349	399
	Séances	7	8	9
	Sous Total Venues	427	481	586
Total Entrées et Venues (hors NN, mort-nés et séances)		2 731	3 269	3 790
Total Entrées et Venues (hors NN et mort-nés)		2 738	3 277	3 799

5.1.3 Les projections capacitaires en MCO

5.1.3.1 Les paramètres fixés

Les durées de séjour au CHPO

Après avoir connu de fortes baisses, les durées moyennes de séjours (DMS) tendent à régresser plus à la marge. Au-delà de la poursuite de cette tendance, deux phénomènes vont s’opposer au CHPO d’ici 2018 :

- Une augmentation relative des DMS en hospitalisation complète, due à la substitution des séjours les plus courts vers l’ambulatoire
- Une baisse des DMS chez l’adulte, notamment par l’accentuation du travail en filières et réseaux, doublé de la mise en place de PRADO en obstétrique et au-delà, et l’essor de l’hospitalisation à domicile.

Il en résulte des objectifs de baisse de DMS, pour les adultes (dont PRADO) et de façon plus marquée pour les plus âgés, leur marge étant supérieure, telle que :

	2014	2018	2020		2018	2020
0 à 3 ans	2,4	-5%	-10%		2,27	2,15
3 à 15 ans	2,4	-5%	-10%		2,27	2,15
15 à 75 ans	5,2	-10%	-15%		4,70	4,44
75 ans et plus	9,6	-10%	-15%		8,63	8,15
Obstétrique	4,3	-5%	-10%		4,05	3,84

Les durées de séjour au CHYT

Les mêmes remarques s’appliquent aux patients du CHYT, avec la prise en compte de l’observation actuelle :

	2014	2018	2020		2018	2020
15 à 75 ans	6,2	-10%	-15%		5,60	5,29
75 ans et plus	10,0	-10%	-15%		9,03	8,53

Les taux d'occupation cibles

Pour déterminer des capacités en lits et places, fonction de l'activité et des durées de séjour, encore faut-il y apposer des taux d'occupation cibles.

Il est proposé dans les projections, une application des taux d'occupation cible de l'ANAP, par secteur, en hospitalisation complète.

Ces projections, annualisées, devront pouvoir être modulées au cours de l'année par unité ou secteur, pour refléter au mieux les fluctuations d'activité, entre certains moments de la période hivernale et certains autres moments de relative moindre occupation.

Ainsi, il est fixé comme objectif les taux d'occupation communément retenus par l'ANAP :

- Adulte médecine et chirurgie : 85% de taux moyen d'occupation, lissé sur l'année
- Obstétrique : 75% de taux moyen d'occupation
- Pédiatrie : 70% de taux moyen d'occupation

Le nombre de place est calculé sur la base d'un séjour par jour et par place en chirurgie. Il est de 3 séjours sur 2 places par jour pour les séances et l'endoscopie. Il pourra être ajusté à la hausse ou à la baisse, en fonction des orientations de prise en charge (plus elles seront larges, plus de taux de rotation tendra vers 1 pour 1).

5.1.3.2 Les capacités en lits et places

Les besoins capacitaires théoriques en lits et places dépendent directement des objectifs d'activité en 2020 auxquels sont appliqués les durées de séjours et taux d'occupation cibles.

Des adaptations organisationnelles seront des pistes pour faire perdurer ou optimiser l'efficacité des unités d'hospitalisation.

L'approche PMSI traite un séjour dans sa globalité. Ainsi, le passage en réanimation se retrouve dans le décompte global de la chirurgie si le séjour comporte un acte classant, ou en médecine pour les autres cas.

L'hospitalisation complète au CHPO

En 2014, les capacités occupées selon les taux retenus de l'ANAP sont :

- Médecine : 245 lits (à TO de 85%), pour 258 lits à disposition
- Chirurgie : 53 lits (à TO de 85%), pour 72 lits à disposition
- Obstétrique : 24 lits (à TO de 75%) pour 31 lits à disposition

Ainsi en MCO : 322 lits sur 361 lits à disposition. Une marge de 40 lits était donc objectivée en 2014.

Mais la situation s'inverse au regard de l'augmentation de l'activité projetée :

CH BOURGOIN-JALLIEU Lits et places théoriques		2014 (si TO ANAP)		2018		2020	
		adultes	enfants	adultes	enfants	adultes	enfants
Hospitalisation > 24h	Lits M (dont endosco., hors gynéco)	233	12	255	13	260	13
	Lits C (hors sein, hors gynéco)	52	1	56	1	62	1
	Lits O (hors NN et mort-nés)	22	0	25	0	26	0
	Lits Gyn.	2	0	1	0	1	0
	Total lits	310	13	337	14	350	14

Les projections pour 2018 :

- Médecine : 268 lits, soit + 23 lits **dont +10 à retrouver par rapport aux lits actuellement disponibles**
- Chirurgie : 57 lits (+4 lits)
- Obstétrique : 26 lits (+2 lits)

Soit un total MCO de 351lits sur 361 lits. L'établissement ne disposerait plus que d'une marge de 10 lits, avec des remaniements indispensables entre secteurs. La gestion des périodes de tension par suractivité deviendra plus difficile.

Les projections pour 2020 :

- Médecine : 273 lits, soit +28lits **dont + 15 à retrouver par rapport aux lits actuellement disponibles**
- Chirurgie : 63 lits (+10 lits)
- Obstétrique: 27 lits (+3 lits)

soit 363 lits sur 361 (+2 lits),

Au total c'est donc +30 lits par rapport aux lits occupés actuels qui sont projetés, à rapprocher des +32 lits de l'approche par les passages aux urgences.

Le CHPO est alors à saturation en 2020. Les équilibres entre secteurs MCO sont à redéfinir, une réponse possible sera à rechercher dans la mise en commun, pour optimiser les capacités installées de chacun des établissements du GHT.

Toutefois, le nombre de lits de chirurgie, tel qu'exposé, pourra être revu à la baisse, l'impact d'une organisation territoriale des filières de sortie des patients (SSR, suivis type PRADO) devant permettre une diminution importante des durées de séjour en dehors même de l'ambulatoire strict. Il faut ainsi prévoir à terme plus de places d'ambulatoire et moins de lits traditionnels pour la chirurgie.

Les hospitalisations de moins de 24 heures au CHPO

La marge possible d'organisation en ambulatoire ou hôpital de jour laisse de la souplesse, certaines venues en chirurgie ambulatoire pouvant nécessiter moins d'une place par jour (endoscopie par exemple), sur l'exemple des séances de chimiothérapie.

CH BOURGOIN-JALLIEU Lits et places théoriques		2014 (si TO ANAP)		2018		2020	
		adultes	enfants	adultes	enfants	adultes	enfants
Hospitalisation < 24h	Places ACA (chir + endosc)	5	0	8		11	
	Places HDJ (méd + obst (hors NN et mort-nés))	7	1	9		12	
	Places endoscopies digestives et bronchiques	0	0	0		1	
	Places séances chimio et transf	12	0	14		15	
	Total places ACA et HDJ et Séances chimio et transf	25	1	31		39	

L'hospitalisation au CHYT

En 2014, 65 lits théoriques occupés (85%) ainsi que 2 places, pour un total de 71 lits autorisés (64 lits disponibles).

Selon les paramètres, dont la forte augmentation de la population, les parts de marché presque stables, la baisse de DMS, la projection de 2018 montre un besoin de 71 lits, soit + 6 lits, et 2 places

En 2020, la projection est de 78 lits, soit +13 lits, et 3 places. L'hôpital ne répond plus à la projection en ses capacités actuelles. Il ne pourra pas s'appuyer sur le CHPO, à saturation projetée en 2020.

De **8 à 10 lits supplémentaires** sont donc à identifier, pour gérer au mieux les besoins capacitaires ainsi que les périodes de tension. Un besoin de +11 lits était retrouvé dans l'approche par les urgences.

CH PONT-DE-BEAUVOISIN Lits et places théoriques		2014	2018	2020
		(si TO ANAP)		
Hospitalisation > 24h	Lits M (dont endosco., hors gynéco)	64	71	77
	Total lits	65	71	78
Hospitalisation < 24h	Places HDJ (méd + obst (hors NN et mort-nés))	0	1	1
	Places endoscopies digestives et bronchiques	1	2	2
	Total places ACA et HDJ et Séances chimio et transf et	2	2	3
Total Lits et Places (hors NN et mort-nés)		67	73	80

Au total, les projections en MCO à partir du PMSI confirment la première approche de l'évolution des besoins, selon l'étude des flux des urgences.

Elles signalent à court terme la saturation des lits de médecine sur chacun des sites ; Une première réponse sera de redéfinir certaines capacités de lits chirurgie sur le CHPO, mais cela n'y suffira pas ; d'autant que la chirurgie s'y développe aussi : en ambulatoire bien sûr, mais aussi en hospitalisation complète, pour répondre au non programmé tout comme aux projets en chirurgie lourde dont la carcinologie.

Le CHYT sera aussi à saturation par rapport aux lits installés et ouverts actuellement.

Les propositions sont donc dans un premier temps l'ouverture de lits sur le CHYT, lors de certaines périodes contraintes, en premier lieu pour répondre aux besoins de « **l'hôpital sous tension** », dans sa dimension simple (CHPO), ou double et territoriale.

Toujours dans une approche territoriale, différentes pistes complémentaires sont ensuite évoquées : le développement de lits de court séjour gériatrique (CHYT), la reconnaissance de lits d'addictologie (La Tour-du-Pin) ou l'évolution capacitaire en post urgences (CHPO). Les différentes propositions ont toutes pour objectif une prise en charge du patient par le spécialiste le plus compétent, pour une durée de séjour la plus maîtrisée possible, avec des relais constitués en aval, que ce soit en SSR ou en ville.

A chaque fois, les solutions seront dépendantes des filières les plus efficaces pour limiter les transports, selon le potentiel du plateau technique du site.

5.2 Les conséquences attendues en recettes T2A

Une estimation de l'évolution des recettes T2A peut être avancée, en fonction de l'évolution de l'activité. Seules les variations et les tendances sont à ce stade exploitables. De fait, les tarifs ici appliqués ne comprennent que les données de 2014. Les données tarifaires des années 2018 et 2020 restent inconnues.

La simple valorisation des GHS, hors supplément, permet toutefois de construire le tableau suivant :

Pour le CHPO

CH BOURGOIN-JALLIEU		GHS 2014	GHS 2018	GHS 2020
Hospitalisation > 24h	Médecine HC (dont endosc, hors gynéco)	31 702 292	37 689 864	40 686 914
	Chirurgie HC (hors sein et gyn)	9 604 127	11 074 443	12 823 862
	Obstétrique HC	4 247 066	5 035 494	5 622 160
	Gyn. en HC	409 933	318 770	278 026
	Sous Total Entrées	45 963 419	54 118 570	59 410 963
Hospitalisation < 24h	Venues ACA (chirurgie)	1 606 072	2 228 694	3 288 817
	Venues HDJ (méd + obst (hors nn et mort-nés))	943 820	1 085 183	1 435 351
	Endoscopies digestives et bronchiques	64 813	83 544	103 144
	Séances	1 714 826	1 965 089	2 148 282
	Sous Total Venues	4 329 531	5 362 510	6 975 594
Total Entrées et Venues (hors séances)		48 578 124	57 515 991	64 238 275
Total Entrées et Venues		50 292 950	59 481 081	66 386 557

Pour le CHYT

CH PONT-DE-BEAUVOISIN		GHS 2014	GHS 2018	GHS 2020
Ho spi tali	Sous Total Entrées	7 486 191	9 069 802	10 460 089
Ho spi tali	Sous Total Venues	305 759	344 284	416 162
Total Entrées et Venues (hors séances)		7 787 831	9 409 449	10 870 951
Total Entrées et Venues		7 791 949	9 414 086	10 876 251

Par rapport à ces premiers résultats, il peut aussi être envisagé une évolution du case mix qui serait favorable aux recettes des établissements, par prise en charge de patients plus « lourds » avec proportionnellement plus de niveau 3 et 4 qu'aujourd'hui, les niveaux 1 et 2 restant plutôt dans le privé.

6 Le suivi et l'évaluation des projets

Le suivi et l'évaluation des projets sont des conditions nécessaires pour l'adhésion du corps médical et la réussite de l'entreprise. Chacun sera à même d'exposer en toute transparence les atouts de l'organisation retenue, ou difficultés rencontrées à la mise en œuvre des projets, grâce aux échanges d'informations réalisés entre sites.

Des communications croisées entre établissements seront réalisées à dates régulières, auprès des CME notamment. Il y sera fait mention des avancées concrètes sur chacun des sites, du développement pluridisciplinaire d'activités peu ou non représentées jusqu'alors, du renforcement des activités par adressage des autres sites, de l'attractivité accrue des patients, du recrutement facilité des professionnels, des retombées économiques positives, objectivables et chiffrées.

D'ores et déjà, le comité de pilotage en charge de l'élaboration de ce projet s'est transformé en groupe de suivi.

7 Conclusion

Le Projet Médical de Territoire a permis de mettre en avant l'évolution des rapports entre des établissements qui, historiquement, travaillaient de façon plus ou moins coordonnée, s'alliant au gré de volontés médicales, mais le plus souvent suivant des stratégies personnelles ou opportunes, au pire parfois au détriment de l'offre de secteur public.

Les travaux menés avec les équipes médicales, les responsables de pôles, les présidents de CME et les directions ont ici impulsé un nouveau souffle à ces relations inter établissements.

La réalité de la difficulté de recrutements médicaux a bien sûr favorisé ces visions communes, d'où des projets portant un accent particulier là où les spécialistes font ou feront prochainement défauts sur tel ou tel site. Mais le projet a la volonté de voir plus loin, dans l'affirmation d'un positionnement renforcé, face à ses concurrents privés, mais aussi publics, notamment à Voiron et Chambéry.

C'est donc cette nouvelle stratégie globale et coordonnée qu'il s'agit de promouvoir, forte de ces points spécifiques, ses objectifs organisationnels, la promotion des postes partagés, ses filières de prises en charge médicales et chirurgicales, ses parcours de soins, dans leurs aspects qualitatifs comme quantitatifs. D'autres aspects pourront voir le jour, au gré de l'évolution des parties. Les liens avec l'offre médico-sociale pourront ainsi se développer, au-delà de la filière gériatrique, vers une réflexion sur la personne handicapée, âgée ou non.

Il reste bien sûr à faire vivre le projet au cours des cinq prochaines années. Il faudra porter les projets, les accompagner, les évaluer. Ce sera le rôle du comité de suivi, évolution naturelle de l'actuel Comité de Pilotage ayant permis l'élaboration du projet.

Table des matières

2	Préambule	3
3	Rappel méthodologique	4
4	Première partie : les éléments du diagnostic	5
4.1	Constitution du GHT	5
4.2	Présentation du territoire.....	6
4.2.1	Aspects démographiques	7
4.2.2	Structure de la population.....	8
4.2.3	Taux de natalité et fécondité.....	9
4.2.4	Chômage, revenus, prestations sociales, minima sociaux.	9
4.2.5	Données médicales.....	11
4.2.6	Mortalité et mortalité prématurée	13
4.3	Bassin de recrutement.....	14
4.4	Parts de marché et potentiels de développement	15
4.4.1	La réponse globale MCO.....	15
4.4.2	Les activités détaillées en MCO	19
4.4.3	Indicateurs en chirurgie ambulatoire	19
4.4.4	Oncologie et seuils INCa	20
4.5	Activités récentes	21
4.5.1	L'activité de court séjour et d'urgence.....	21
4.5.2	L'activité des SSR	22
4.6	Synthèse du positionnement	22
5	Deuxième partie : les projets communs	23
5.1	Orientations générales	23
5.1.1	Identité du GHT	24
5.1.2	Communication interne.....	24
5.1.3	Communication externe.....	25
5.1.4	Inter-communicabilité des systèmes d'information	25
5.1.5	Adressage direct	25
5.1.6	Mutualisation des ressources.....	26
5.2	Conforter la filière d'urgence	27
5.2.1	Population adulte et générale.....	27

5.2.2	Spécificité de la pédiatrie	28
5.2.3	Prospective d'évolution capacitaire à partir des urgences	29
5.3	Développer l'imagerie de territoire et la télémedecine	31
5.3.1	L'imagerie de territoire	31
5.3.2	Télémedecine	33
5.4	Pérenniser et faciliter les filières MCO	34
5.4.1	Consultations avancées	34
5.4.2	Pérenniser l'offre de spécialité	36
5.4.3	Filières médico chirurgicales	37
5.4.4	Filières à prédominance médicales	41
5.4.5	Filières de l'enfant et de la femme	46
5.5	Accompagner la gouvernance et la déclinaison territoriale du SSR	48
5.5.1	L'approche des besoins en SSR pour le territoire	48
5.5.2	Les propositions dans le cadre du projet	52
5.6	Accompagner la gouvernance et développer la déclinaison territoriale de la filière gériatrique	55
5.6.1	Axe 1 : le Guichet Intégré	56
5.6.2	Axe 2 : Connaissance et formation	57
5.6.3	Axe 3 : Hospitalisation, ré hospitalisation	57
5.6.4	Axe 4 : Orientation adaptée	58
5.6.5	Axe 5 : La parcours du domicile à l'EHPAD	59
5.7	Accompagner et coordonner l'évolution de l'offre en MCO et SSR	59
5.7.1	PUI et stérilisation	59
5.7.2	Laboratoires	59
5.7.3	DIM	60
5.7.4	Coordination de l'offre par des prises en charge transversales sur le territoire	60
5.8	Les liens avec les autres établissements	61
5.9	Les liens avec la médecine de ville	62
6	Troisième partie : les projections d'activité	63
6.1	L'approche MCO par le PMSI	63
6.1.1	Les objectifs d'activité jusqu'en 2020	64
6.1.2	Les projections d'activité	67
6.1.3	Les projections capacitaires en MCO	70
6.2	Les conséquences attendues en recettes T2A	75

7	Le suivi et l'évaluation des projets	76
8	Conclusion	77