



CLERMONT
FERRAND

LE DIRECTEUR GENERAL

direction.generale@chu-clermontferrand.fr

N/Réf : DG/DH/GA/LV/JFB

Groupement hospitalier de territoire Territoires d'Auvergne

Projet médico-soignant partagé

Mot du Président du Comité stratégique

L'Auvergne reste une terre de contrastes. Des zones rurales isolées du bocage bourbonnais et des massifs puydinois à la grande agglomération clermontoise sur la plaine de la Limagne, les établissements du GHT couvrent des territoires composites. Cette diversité constitue la richesse et la force de notre GHT.

Si la répartition inégale de l'offre et de la demande de soins sur le territoire représente en effet un enjeu de santé publique majeur, elle constitue aussi un atout central qui doit favoriser le développement des coopérations. Trop proches dans leurs défis comme dans leurs moyens, les établissements membres du GHT n'auraient pas pu s'entendre durablement. Implantés dans des territoires variés où ils jouent des rôles différents, ils peuvent s'engager dans une stratégie commune et coordonnée qui place le patient et son parcours au cœur de leurs préoccupations.

Ce projet médical partagé repose ainsi sur trois enjeux :

- **Politique.** Le service public hospitalier se révèle au cœur du défi républicain de l'égalité devant les soins et de notre modèle social. Il joue un rôle fondamental pour l'aménagement du territoire. Il offre à tout citoyen la liberté de choisir les professionnels qui le soignent, garantit l'égalité d'accès aux soins et assure la solidarité de la Nation, grâce à son mode de financement et à l'organisation du service public.
- **Sanitaire.** Le vieillissement démographique, la multiplication des déserts médicaux et le développement des maladies chroniques exigent de décloisonner le système de santé. Les frontières traditionnelles entre ville et hôpital et hôpital de proximité/centre hospitalier général/CHU doivent être dépassées au profit d'une logique de parcours par filières de soins centrées sur le patient et son environnement.
- **Economique.** L'usage rationnel des deniers publics requiert le développement des coopérations dans un espace territorial cohérent. Le déploiement d'une stratégie de groupe fondée sur la gradation des soins permet ainsi de prendre en compte la mobilité des professionnels et des patients dans l'espace, afin d'éviter une utilisation de moyens inefficace, voire inadaptée.

La réponse apportée à tous ces défis par les établissements membres du GHT « Territoires d'Auvergne » et leurs partenaires consacre la pertinence de l'approche territoriale dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. Conscients de leur responsabilité dans la vie des territoires, les 15 hôpitaux publics de l'Allier et du Puy-de-Dôme ont ainsi décidé de prendre date pour l'avenir en constituant un groupement public fort, cohérent et solidaire.

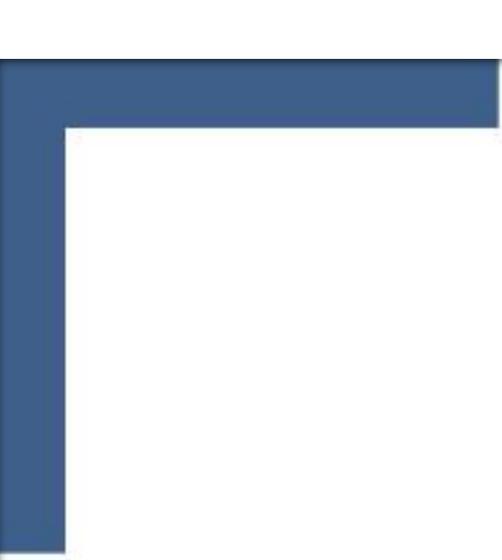
Ce premier projet médical partagé est donc l'acte fondateur d'un renforcement du service public hospitalier dans les territoires d'Auvergne. Il concrétise les bases d'un rapprochement et d'une coopération entre nos équipes médicales, paramédicales, logistiques et administratives. Dans le respect de la volonté des femmes et des hommes qui travaillent au sein de ces équipes, des dispositifs plus ou moins intégrés seront constitués pour améliorer le service rendu à nos patients.

Des pôles inter-établissement aux réseaux, en passant par les fédérations et les filières, c'est tout un ensemble d'outils et de moyens qui est mis à la disposition des professionnels de santé pour leur permettre de structurer leur discipline et d'exercer leurs missions. Leur engagement et leur implication dans l'élaboration de ce projet doit désormais se poursuivre pour faire vivre ces dispositifs, et garantir, en tout point du territoire, la présence d'un service public hospitalier réactif, performant, qui répond aux besoins de santé de la population.

Table des matières

Mot du Président du Comité stratégique	2
Table des matières	3
PARTIE 1 : Présentation générale du Projet médical partagé	5
1. UNE STRATEGIE COMMUNE POUR LES HOPITAUX PUBLICS DE L'ALLIER ET DU PUY-DE-DOME	6
2. FEDERER LES FORCES ET LES INITIATIVES DES ETABLISSEMENTS DANS 14 FILIERES PRIORITAIRES	15
3. ASSOCIER LES ACTEURS	30
4. POURSUIVRE LA DYNAMIQUE DE COOPERATION POUR COUVRIR L'ENSEMBLE DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE	33
5. UN PILOTAGE TERRITORIALISE POUR LES ETABLISSEMENTS : UNE CONVERGENCE PARTICIPATIVE	41
PARTIE 2 : Présentation des Projets médicaux partagés des filières prioritaires	45
F01. CANCEROLOGIE	46
F02. URGENCES / SAMU / SMUR	84
F03. FEMME ET ENFANT	94
F04. CARDIOLOGIE	109
F05. PHARMACIE / STERILISATION	122
F06. CHIRURGIES	136
F07. GERIATRIE	147
F08. MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION ET SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION	157
F09. NEPHROLOGIE	174
F10. PSYCHIATRIE	179
F11. IMAGERIE	189
F12. ANESTHESIE/REANIMATION/SOINS INTENSIFS	191
F13. LABORATOIRES	193
F14. PREVENTION	195
PARTIE 3 : Plans d'action du GHT	199
FILIERE CANCEROLOGIE	200
FILIERE URGENCES/SAMU/SMUR	204
FILIERE FEMME ET ENFANT	206
FILIERE CARDIOLOGIE	210
FILIERE PHARMACIE / STERILISATION	213
FILIERE CHIRURGIES	217

FILIERE GERIATRIE.....	219
FILIERE MPR	222
FILIERE SSR.....	225
FILIERE NEPHROLOGIE.....	227
FILIERE PSYCHIATRIE	228
FILIERE IMAGERIE	229
FILIERE ANESTHESIE/REANIMATION/SOINS INTENSIFS.....	230
FILIERE LABORATOIRES	231
FILIERE PREVENTION.....	232
PLAN D'INVESTISSEMENT POUR LES ETABLISSEMENTS DU GHT.....	233



PARTIE 1 :

Présentation générale du Projet médical partagé

1. Une stratégie commune pour les hôpitaux publics de l'Allier et du Puy-de-Dôme

1.1. Un état des lieux partagé des territoires du GHT

1.1.1. *Être présent sur tous les territoires pour répondre aux besoins de santé de la population*

1.1.1.1. **Garantir l'équilibre entre les territoires et répondre au défi commun du vieillissement**

Le groupement couvre un espace géographique vaste aux dynamiques démographiques contrastées. Il est le 2ème GHT le plus important par sa superficie (15 310 km²) et accueille 993.000 habitants, auxquels il faut ajouter les 370.000 habitants des GHT associés du Cantal et de la Haute-Loire. Les territoires du GHT Territoires d'Auvergne sont cependant marqués par la concentration des activités et des personnes autour de l'axe Vichy-Clermont-Ferrand-Issoire, qui s'étend jusqu'à Brioude et bénéficie d'un réel dynamisme démographique. A l'inverse, certains bassins de vie sont caractérisés par l'isolement et la stagnation (voire le déclin) démographique.

L'Allier et le Puy-de-Dôme sont donc confrontés à des inégalités territoriales significatives, auxquelles le GHT devra répondre. Compte tenu du caractère montagneux du département, 10 % des communes du Puy-de-Dôme sont éloignées de plus de 14,3 minutes des principaux commerces et services de la vie courante, soit, en termes d'éloignement, deux fois le seuil national. Dans les massifs du Livradois et du Forez à l'est et ceux du Cézallier, des Monts Dore, de l'Artense et des Combrailles à l'ouest, les équipements sont encore moins présents et les temps d'accès plus élevés. Territoire essentiellement de plaine, l'Allier bénéficie au contraire de son armature urbaine particulière, organisée autour de trois grands pôles urbains (Montluçon, Moulins et Vichy) et d'un maillage de petites villes, pour lutter contre l'isolement. Les bassins de Moulins, Thiers, et surtout Montluçon sont en revanche particulièrement touchés par le chômage. Hormis Riom, assez proche de Clermont, les autres territoires ont un revenu fiscal sensiblement inférieur aux moyennes régionales et nationales.

Au-delà de ces disparités, le vieillissement prononcé des populations de l'Allier et du Puy-de-Dôme constitue un défi commun pour tout le GHT. Les plus de 75% représentent ainsi 11,1% de la population, soit un taux supérieur à la moyenne régionale. Le territoire devra faire face dans les prochaines années à un vieillissement prononcé, avant même l'arrivée des baby-boomers aux grands âges (2030). En 2022, les Auvergnats du quatrième âge seront 13.400 de plus qu'en 2012, soit une hausse de 28%. Les plus de 90-94 ans augmenteraient même de 61%, tandis que la population des 95 ans ou plus doublerait. Cette accentuation du vieillissement, contrastée selon les tranches d'âge, soulève la question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

A travers ces indicateurs se dégage une orientation majeure que le GHT et le CHU devront porter.

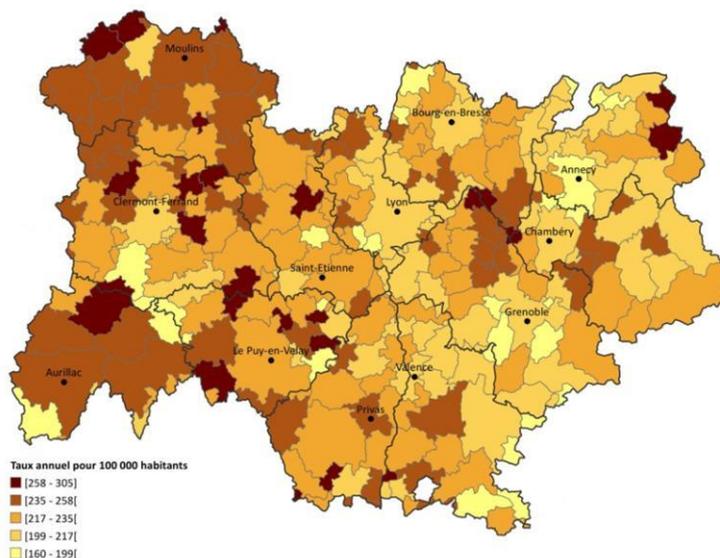
1.1.1.2. Améliorer l'état de santé de la population en comblant les écarts extra- et intra-territoriaux

Si l'état de santé de la population de l'Allier et du Puy-de-Dôme apparaît globalement satisfaisant, ce constat général doit être nuancé. La région Auvergne-Rhône-Alpes est ainsi la seconde région de France métropolitaine en termes de longévité. Les huit départements de Rhône-Alpes ont cependant une population en meilleure santé que les quatre départements d'Auvergne. Au sein du GHT, l'espérance de vie à la naissance n'a cessé de progresser, mais l'espérance de vie moyenne chez les hommes y est plus faible qu'au niveau national (79.6 ans) ou régional (78.7ans). L'Allier dispose même du niveau d'espérance de vie le plus faible (77.4 ans) et du taux de mortalité infantile le plus élevé (4.1 ‰ contre 3.3‰ dans la région et 3.0‰ dans le Puy-de-Dôme) de la région. Il existe en outre des différences d'accès aux soins au sein du GHT.

L'analyse des principales causes de décès sur les territoires couverts par le groupement met à ce titre en évidence trois défis de santé publique auquel le projet médical partagé devra répondre :

- **Les maladies chroniques.** Les deux départements présentent une surmortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire (dont les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires), par rapport à la moyenne nationale ou régionale, chez les hommes comme chez les femmes.
- **Les cancers.** Les taux standardisés de mortalité due aux tumeurs sont notamment plus élevés dans l'Allier, chez les hommes (338 pour 100 000 habitants, contre 306 en AURA) et chez les femmes (182 pour 100 000 habitants, contre 156 en AURA) ;
- **Les affections psychiatriques.** Leur ampleur peut être mesurée imparfaitement par la part des suicides dans les décès, qui sont recensés au sein de la catégorie « Causes externes de blessures et empoisonnement ». Chez les hommes notamment, une surmortalité due à ces causes externes est constatée, dans l'Allier comme dans le Puy-de-Dôme.

Espérance de vie à la naissance	Hommes	Femmes
Ain (01)	80,1	85,3
Allier (03)	77,4	84,4
Ardèche (07)	78,5	85,7
Cantal (15)	77,6	85,1
Drôme (26)	79,2	85,2
Isère (38)	80,2	85,9
Loire (42)	79,4	85,1
Haute-Loire (43)	77,8	85,0
Puy-de-Dôme (63)	78,6	84,9
Rhône (69)	80,2	85,9
Savoie (73)	78,2	85,3
Haute-Savoie (74)	80,2	85,8
Auvergne-Rhône-Alpes	79,6	85,5
France métr.	78,7	85,0



Espérance de vie à la naissance par départements (Source : Insee, 2013)

Taux de mortalité annuel tous cancers pour 100 000 habitants -
(Sources : Inserm CépiDc, Insee RP, Période 2007-2013)

1.1.2. **Affirmer le rôle des hôpitaux publics dans l'offre de soins des « Territoires d'Auvergne »**

1.1.2.1. **Un groupe public fort et cohérent autour de 15 centres hospitaliers déjà très liés**

Le GHT entend garantir une prise en charge publique, complète, graduée et de qualité sur l'ensemble des spécialités de Médecine, de Chirurgie, d'Obstétrique, de Psychiatrie, de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de Soins de Longue Durée (SLD), ainsi qu'en matière d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il regroupe ainsi :

- 4 hôpitaux de proximité (Hôpital Cœur de Bourbonnais, Bourbon l'Archambault, Billom et Mont Dore) ;
- 9 centres hospitaliers généraux MCO, MC ou SSR (Montluçon, Moulins-Yzeure, Vichy, Nérès-les-Bains, Clémentel-SSR, Riom, Issoire, Thiers et Ambert) ;
- 1 centre hospitalier spécialisé dans l'Allier (Ainay-le-Château) ;
- 1 centre hospitalier universitaire (Clermont-Ferrand).

Les 15 hôpitaux de l'Allier et du Puy-de-Dôme sont déjà engagés dans des actions de coopération nombreuses mais dispersées. Le CHU de Clermont-Ferrand participe déjà en 2017 à 102 actions de coopération et mobilise 62 ETP médicaux, au titre de la mise en place de consultations avancées et/ ou de prestations croisées. Les filières de cancérologie, de cardiologie et de prise en charge de la personne âgée sont particulièrement

Pour développer les coopérations, **les hôpitaux ont déjà constitué des GCS :**

- **le GCS « Cardiauvergne »** a pour objectif, sur le territoire auvergnat, de proposer l'inclusion dans le réseau de patients insuffisants cardiaques volontaires et de coordonner des actions entre les professionnels concernés, afin d'obtenir un parcours de soins adapté et efficient ;
- **le GCS « Cardiologie interventionnelle de l'Allier »**, conclu initialement en 2009 entre les centres hospitaliers de Vichy, Moulins puis étendu au CH de Montluçon et à un médecin libéral, vise à organiser les modalités de prise en charge des patients atteints de maladies coronariennes en vue de bénéficier d'actes de cardiologie interventionnelle. Il met à la disposition de ses membres les équipements et les ressources nécessaires à l'activité de cardiologie interventionnelle.
- **le GCS « Pôle de compétences et d'interventions médico-chirurgicales du bassin d'Issoire »** organise l'activité d'ophtalmologie pour les patients du CH Paul Ardier (Issoire) ;
- **Le GCS « IRUCA »** (Institut régional universitaire du cancer Auvergne) est conclu entre le CHU Clermont Ferrand et le CLCC Jean Perrin pour la mise en place de stratégies médicales reposant sur un Projet médical commun.

Certains établissements avait également inscrit leur stratégie **dans le cadre de deux CHT :**

- **la CHT du "Grand Clermont"** en avril 2011 rassemblait le CHU de Clermont-Ferrand et les CH de Riom, Enval, Issoire, Mont Dore et Billom. Cette CHT devait permettre de garantir aux habitants du Grand Clermont un "accès à des soins de qualité dans un réseau public aux filières organisées de prise en charge",
- **la CHT de "Vichy-Thiers-Ambert"** avait été créée en décembre 2015 entre les centres hospitaliers de Vichy, Thiers et Ambert. Elle visait à développer les filières patients au sein du bassin, à organiser la disponibilité des ressources médicales au sein du territoire et à mettre en œuvre des coopérations techniques.

Les rapprochements entre les hôpitaux ont enfin pu avoir lieu au travers de **directions communes ou de fusions** :

- *L'hôpital Cœur du Bourbonnais (HCB)* est le produit de la fusion au 1er janvier 2004 du centre médical François et Marie Mercier implanté sur les communes de Rocles et de Tronget, de l'hôpital local de Saint-Pourçain sur Sioule et du Syndicat Inter hospitalier du Bourbonnais (EPA) ;
- La Direction commune entre CH Cœur du Bourbonnais, HL Bourbon Archambault et de Nérès-les-Bains est effective depuis le 1er janvier 2012 ;
- Le CHU de Clermont Ferrand est en direction commune avec les centres hospitaliers d'Issoire, Riom, Etienne Clémentel (Enval) et du Mont Dore ;
- Les centres hospitaliers d'Ambert et de Thiers sont également en direction commune.

1.1.2.2. Une forte concurrence d'un groupe privé qui renforce sa cohérence

Les cliniques privées sont présentes dans les principales agglomérations de l'Allier et du Puy-de-Dôme. Le groupe Elsan détient notamment les cliniques de la Châtaigneraie (Beaumont), des Chandlots (Clermont-Ferrand), de la Plaine (Clermont-Ferrand), La Pergola (Vichy), Saint-Antoine (Montluçon) et Saint-François (Désertines). Le groupe Médipôle Partenaires est également représenté à Clermont-Ferrand avec le Pôle Santé République.

Selon les spécialités et la situation de l'offre de soins sur chaque territoire, ces cliniques entretiennent avec les membres du GHT des relations concurrentielles ou coopératives. La fusion des groupes Elsan et Médipôle Partenaires accreditte cependant l'hypothèse d'un renforcement de la concurrence avec un pôle d'hospitalisation privée fort, auquel doit répondre un pôle public cohérent et solidaire, au service de l'ensemble de la population.

1.1.2.3. Une médecine de ville confrontée à la pénurie médicale dans certains territoires

L'espace géographique couvert par le GHT est caractérisé par une densité de professionnels de santé conforme aux moyennes régionales et nationales. L'ancienne région Auvergne bénéficie ainsi d'une démographie légèrement inférieure à la moyenne nationale pour la médecine libérale de ville (67 ETP pour 100.000 habitants, contre 71 en France métropolitaine). La densité moyenne de gynécologues, de psychiatres et de pédiatres libéraux sur les territoires du GHT est cependant légèrement inférieure à la moyenne régionale. A l'inverse la densité d'ophtalmologistes est supérieure à la moyenne régionale.

Toutefois, en raison des inégalités territoriales, la situation est préoccupante sur certains espaces, où les difficultés de l'offre de soins libérale se répercutent dans l'activité hospitalière. On constate ainsi une absence complète de pédiatre libéral sur les bassins de Montluçon et de Vichy. L'offre de généralistes et de spécialistes est plus généralement fortement concentrée sur l'agglomération de Clermont-Ferrand. Les écarts de démographie médicale entre territoires sont parmi les plus élevés en Auvergne, où plus de 20 % des habitants résident à plus de trente minutes en voiture du spécialiste le plus proche.

Compte tenu de cette situation, les relations Ville-Hôpital doivent se développer (contrats locaux de santé, transmission des comptes rendus médicaux par messagerie sécurisée de santé...).

1.2. Principes et objectifs du projet médical partagé du GHT

1.2.1. *Porter une stratégie de service public sur le territoire*

1.2.1.1. **Principe n°1 - Promouvoir un service public hospitalier dynamique qui contribue à l'aménagement du territoire**

Le GHT souhaite assumer pleinement la responsabilité des établissements publics de santé dans la vie des territoires. Le rôle des hôpitaux publics dépasse en effet le strict champ des politiques de santé. Au-delà de leurs missions soignantes, les agents du service public hospitalier assurent de fait un rôle d'accompagnement, de soutien et de réconfort auprès des populations isolées ou démunies. Le GHT est par ailleurs le principal employeur sur l'Allier et le Puy-de-Dôme. La présence des hôpitaux sur le territoire participe ainsi à la création du lien social et à l'animation des territoires.

Conscients de cette responsabilité, les établissements membres du GHT sont déterminés dans leur volonté de garantir une offre de santé publique, conforme aux valeurs du service public. La mise en place d'une stratégie de groupe public facilite l'organisation de la continuité et de la permanence des soins sur toutes les spécialités. Elle assure chaque citoyen de bénéficier d'une réponse publique et solidaire à ses problèmes de santé, 24h/24, 7 jours sur 7 et en tout point des territoires de l'Allier et du Puy-de-Dôme. Grâce au maintien d'un service public de proximité, la liberté des patients de choisir les professionnels qui les soignent et l'égal accès de tous au système de santé sont effectivement garantis. En déployant une offre de soins graduée, le GHT s'assure également de la performance du service qu'il offre à la population. Cette exigence recouvre, d'une part, la qualité et la sécurité des soins, et, d'autre part, le bon usage des deniers publics.

Le GHT entend donc couvrir l'ensemble des spécialités des champs MCO, Psychiatrie, MPR/SSR, SLD et EHPAD.

1.2.1.2. **Principe n°2 : Garantir la sécurité et la qualité des soins**

Le GHT a pour objectif d'assurer la promotion et la diffusion de règles communes de qualité et de sécurité des prises en charge et des conditions d'accueil des patients.

Par la coordination de la formation de ses personnels, l'élargissement de la stratégie de recherche clinique et le rapprochement de ses démarches de certification, le GHT « Territoires d'Auvergne » recherche l'amélioration continue de la qualité des soins et de la gestion des risques associés aux soins.

1.2.1.3. **Principe n°3 – Mettre en place des coopérations inter-hospitalières respectueuses des équilibres territoriaux**

Pour proposer une offre de soins complète et rationnelle, le GHT s'appuiera sur une dynamique coopérative forte qui met en commun et en réseau les compétences de tous les établissements. Dans un contexte financier contraint, les hôpitaux doivent s'appuyer sur leurs ressources internes et leurs forces respectives pour se développer. Leur bonne coopération repose ainsi sur l'écoute mutuelle et la prise en considération du point de vue de tous les établissements. La solidarité et l'implication des équipes, ainsi que la transparence et

l'équilibre des collaborations constituent le socle d'une amélioration durable de l'offre de soins que le GHT déploie au service des patients de son territoire.

Les coopérations engagées seront ainsi fondées sur la diversité et la complémentarité des moyens dont disposent les 15 membres. Cette stratégie permet de concilier l'exigence de proximité, qui découle du principe d'égal accès aux soins, et la nécessité de concentrer une partie des moyens, au nom de l'impératif de performance.

Certains investissements doivent notamment être réalisés à l'échelle du GHT. Le projet médical partagé promeut à ce titre plusieurs projets communs, qu'il s'agisse d'une stérilisation commune pour l'agglomération clermontoise ou de la mise en place d'un HéliSMUR pour couvrir les zones particulièrement isolées et difficiles d'accès par la route.

1.2.1.4. Principe n°4 – Simplifier le parcours du patient en renforçant l'insertion des hôpitaux publics dans un réseau territorial d'acteurs

Le patient et son parcours de soins sont placés au centre du projet médical partagé du GHT. Loin d'une vision uniquement tournée vers l'hôpital et la prise en charge des soins aigus, les hôpitaux de l'Allier et du Puy-de-Dôme souhaitent promouvoir un projet global qui recouvre toutes les dimensions de la santé et du soin, de la prévention aux soins d'aval. La finalité de ce projet est bien l'organisation d'un parcours de soins fluide, continu et cohérent autour du patient et de ses proches. Elle dépasse le seul cadre hospitalier.

Le GHT s'inscrira en ce sens dans le réseau des acteurs en charge de la santé des populations de l'Allier et du Puy-de-Dôme pour assurer la continuité des prises en charge. La mobilisation de toutes les énergies et de toutes les structures est en effet nécessaire. Un dialogue constructif et ouvert sera donc engagé avec les autres professionnels de santé, en lien avec le Comité des Usagers du GHT.

Le projet médical partagé prévoit notamment :

- la mise en place de projets communs au sein du territoire autour de certaines filières (ex : dialyse avec l'AuraSanté) ou de certains objectifs (ex : contrats locaux de santé).
- le renforcement des partenariats avec les GHT voisins via les conventions d'association et développement des coopérations avec les établissements demandeurs (Nevers, Ussel, Brioude...)

1.2.2. Les priorités du projet médical partagé de 1^{ère} génération

1.2.2.1. Priorités sanitaires : 14 filières prioritaires

Les établissements membres du GHT ont souhaité concentrer leurs efforts autour de filières prioritaires. Conformément aux principes affirmés, et à partir du diagnostic présenté, le choix de ces filières s'est appuyé sur des préoccupations d'ordre :

- politique : assurer un aménagement équilibré des territoires ;
- sanitaire : répondre aux enjeux de santé publique ;
- stratégique : promouvoir l'offre hospitalière publique sur toutes les spécialités ;
- économique : garantir une gestion optimale des ressources en mutualisant les moyens lorsque cette option apparaît pertinente.

Quatorze filières ont donc été sélectionnées :

- Cancérologie ;
- Urgences ;
- Femme et enfant ;
- Cardiologie ;
- Pharmacie et stérilisation ;
- Chirurgies ;
- Gériatrie ;
- MPR/SSR ;
- Néphrologie ;
- Psychiatrie ;
- Imagerie ;
- Anesthésie-Réanimation-Soins intensifs ;
- Laboratoires ;
- Prévention

Les projets médicaux de ces 14 filières, présentés au chapitre 2 et développés en annexe, constituent le cœur de ce premier projet médical partagé.

1.2.2.2. Priorités stratégiques : excellence et performance au service des patients

Les actions entreprises par le GHT et ses établissements membres doivent tenir compte des nombreuses transformations à l'œuvre dans le secteur de la santé. Ce projet médical partagé s'appuie donc sur une vision renouvelée et volontariste du rôle de l'hôpital public dans la société.

Tous les établissements publics de santé doivent pouvoir contribuer à l'excellence de l'offre de soins sur le territoire. Celle-ci trouve ses fondements dans le trio Soins-Enseignement-Recherche.

- Le GHT est ainsi porteur d'une stratégie coordonnée dans le domaine de l'enseignement et de la recherche.
- Il consacre par ailleurs la responsabilité respective du CHU et des autres établissements membres, pour permettre au premier d'assumer ses missions de référence et de recours.

Le perfectionnement de l'offre hospitalière publique passe en outre par la poursuite de l'engagement des établissements membres en faveur des réformes structurelles menées en matière de santé :

- Le déploiement d'une politique de prévention et de dépistage ambitieuse au sein des hôpitaux constitue un axe majeur du projet médical partagé.
- Le virage ambulatoire et la réduction des durées moyennes de séjour sont également mis en avant dans la stratégie de l'ensemble des filières.

1.2.2.3. Priorités organisationnelles : structurer les spécialités par des dispositifs intégrés

Afin de renforcer le partage des compétences, des moyens et des responsabilités, la logique intégrative a été privilégiée dans l'organisation des filières. Elle aboutit à la constitution d'équipes médicales de territoire.

Pour tenir compte de la variété des situations, un schéma d'intégration à quatre degrés a été retenu :

- **Des pôles inter-établissements** seront créés dans certaines filières prioritaires, pour une partie seulement des établissements membres, autour du CHU de Clermont-Ferrand, lorsque la gestion centralisée d'une équipe médicale de territoire apparaît pertinente ;
- **Les fédérations médicales inter-hospitalières** constituent l'outil de pilotage de droit commun pour les filières prioritaires. Elles servent notamment à :
 - Organiser une offre de soins publique complète et rationnelle (gradation des soins et politique d'adressage) ;
 - Optimiser la gestion des RH médicales ;
 - Harmoniser les pratiques ;
- Un socle minimal de coopération est défini pour certaines **filières** lorsque la constitution d'une fédération n'est pas apparue nécessaire ou prioritaire. Ces spécialités sont déjà bien organisées sur le territoire et coordonnées par un chef de service (PU-PH ou PH) du CHU de Clermont-Ferrand. Ce dernier a la charge d'entretenir le dialogue entre les équipes et de garantir une continuité dans la prise en charge des patients.
- **Les réseaux** constitués pour certaines spécialités avant la création du GHT sont maintenus. Ils couvrent un espace plus large que les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme, qui correspond généralement à l'ancienne région Auvergne. Ils permettent l'harmonisation des pratiques et des protocoles entre professionnels hospitaliers et libéraux.

Les structures ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Certaines filières sont ainsi structurées à la fois par une fédération, qui regroupe l'ensemble des établissements, par un pôle inter-établissements organisé autour d'un nombre restreint de membres et par un réseau dont le périmètre recouvre l'ancienne région auvergnate.

1.3. Une méthode de travail participative pour un projet médical partagé

Dans sa convention constitutive, le GHT s'était fixé quatre objectifs clés :

- Améliorer les prises en charge ;
- Proposer une réponse plus complète et plus réactive aux besoins de santé de la population ;
- Améliorer l'accessibilité de l'expertise et du recours ;
- Renforcer le personnel médical et soignant sur le territoire.

Pour préciser son projet, le GHT a lancé plusieurs groupes de travail. Ils visaient à accompagner les filières prioritaires dans la définition de leurs orientations stratégiques en vue de la rédaction du Projet Médical Partagé. Des consultants ont accompagné certaines de ces filières, afin d'assurer que les travaux soient alignés avec les orientations régionales, du GHT et des établissements, et que le PMP respecte les attendus du décret.

Pour chaque groupe de travail, les résultats attendus ont été préalablement précisés dans des lettres de mission spécifiques. Des pilotes médicaux et un référent administratif ont été désignés pour chaque groupe, afin d'assurer l'animation des réunions, avec le soutien des consultants, qui apportent une aide méthodologique. Les groupes apportent également une vision clarifiée du territoire et de ses enjeux, et contribuent à la vision stratégique de chaque filière du GHT.

Une première phase de groupes de travail a été lancée en octobre 2016. Les filières concernées sont les suivantes :

- Oncologie
- Urgences / SAMU / SMUR
- Obstétrique – Pédiatrie - Gynécologie
- Chirurgie viscérale et orthopédique
- MPR /SSR
- Cardiologie
- Pharmacie.

Les groupes de la première phase ont été réunis une à trois fois en présence des consultants. Ces groupes ont terminé leurs travaux au printemps 2017. Cette première étape a été suivie d'une phase de rédaction des orientations, par les consultants, en lien avec les pilotes des groupes.

Une seconde phase, prévue de janvier 2017 à mars 2017, a permis le lancement de nouveaux groupes accompagnés :

- Anesthésie
- Imagerie
- Santé Mentale
- Gériatrie
- HAD

Par ailleurs, le GHT a porté de façon autonome les 15 groupes de travail suivants :

- Autres spécialités chirurgicales
- Recherche
- Biologie médicale
- Réanimation
- Neurologie
- Néphrologie – dialyse – transplantation
- Santé publique
- Séjours médico-complexes
- Autres spécialités médicales
- Pneumologie
- Fonction achats
- DIM de territoire
- DPC médical et non-médical
- Instituts de formation
- Système d'information

Conçu comme une étape fondatrice, ce projet médical partagé est donc issu de l'ensemble des recommandations des groupes de travail, après validation par le Comité stratégique. Compte tenu de l'ampleur des sujets à aborder et du caractère participatif de la démarche, les réflexions stratégiques ont été priorisées. Les travaux du GHT se poursuivront à l'automne 2017.

2. Fédérer les forces et les initiatives des établissements dans 14 filières prioritaires

Cette partie présente les orientations majeures du projet médical partagé des quatorze filières prioritaires.

La structuration de ces filières s'appuie sur le schéma organisationnel déjà présenté, autour de pôles inter-établissements, de fédérations médicales inter-hospitalières, de filières et de réseaux.

Compte tenu de l'ampleur des travaux engagés et de la volonté des quinze établissements d'aboutir à une stratégie consensuelle, cohérente et effective, trois « vagues » successives ont été distinguées :

- **Les filières de la première vague** sont les plus avancées dans la structuration de leur dialogue, la définition des parcours patients et le lancement d'études ou de projets communs. Les fédérations correspondantes pourront être créées dès le second semestre 2017 et leurs premiers travaux sont déjà définis.

Filières concernées : Cancérologie (F01), Urgences (F02), Femme et Enfant (F03), Cardiologie (F04), Pharmacie et Stérilisation (F05).

- **Les filières de la deuxième vague** ont déjà arrêté leur état des lieux et défini leurs premières orientations. Les échanges des groupes de travail doivent cependant être poursuivis à la rentrée 2017, au travers d'études et de réunions, afin de préciser la feuille de route de chaque filière pour les cinq années à venir.

Filières concernées : Chirurgies (F06), Gériatrie (F07), MPR-SSR (F08 : Médecine physique et de réadaptation – Soins de Suite et de Réadaptation), Néphrologie (F09), Psychiatrie (F10).

- **Les filières de la troisième vague** se sont accordées sur leurs principaux axes de travail. Les groupes de travail doivent reprendre à la rentrée pour structurer leur état des lieux et définir un plan d'action cohérent.

Filières concernées : Imagerie (F11), Anesthésie-Réanimation-Soins Intensifs (F12), Laboratoires (F13), Prévention (F14).

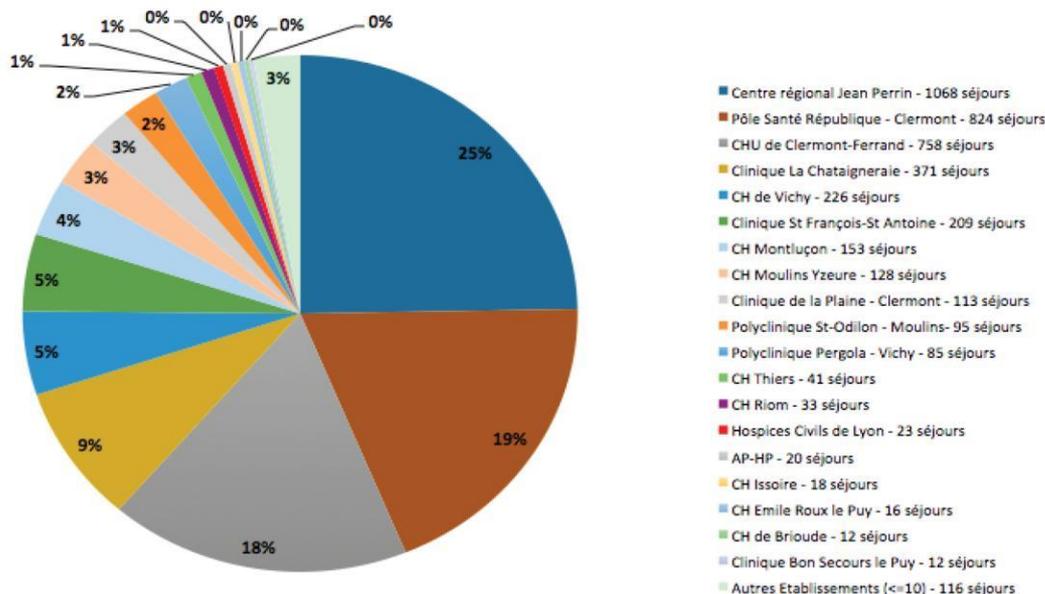
Chiffres clés

- **10** sous-filières de soins identifiées pour structurer le parcours patient.
- **34%** : part de recrutement du GHT sur l'activité liée à la prise en charge chirurgicale des pathologies cancérologiques
- **46%** : part de recrutement du CRLCC Jean Perrin sur l'activité liée à la prise en charge du cancer sur le bassin du GHT (25% pour la PEC chirurgicale du cancer).

Constat

La prise en charge en cancérologie repose essentiellement sur le CRLCC Jean Perrin de Clermont-Ferrand et les établissements du GHT. Grâce au réseau OncAuvergne, ces établissements ont déjà bien structuré le parcours de soins des patients.

Compte tenu de la démographie médicale défavorable, une rationalisation des activités apparaît inévitable. Elle doit conduire à la réorganisation des sites.



Poids des acteurs de la prise en charge chirurgicale du cancer sur le bassin du GHT en 2015

Plan d'action

1. Structurer la filière « Cancérologie »

- Le parcours des patients est décrit pour 10 sous-filières de soins et 2 sous-filières techniques.
- Une fédération propre à la filière « Cancérologie » sera créée pour favoriser l'harmonisation des pratiques RH.
- Une convention d'association devra être signée avec le CRLCC Jean Perrin.

2. Revitaliser l'offre de soins publique en cancérologie dans l'Allier et le Puy de Dôme

- La centralisation de l'anatomopathologie sera envisagée pour certaines sous-filières.
- Une attention spécifique sera portée sur les bassins de Thiers et d'Issoire afin de favoriser la rentrée fluide des populations concernées dans le parcours de soins décrit pour chacune des filières.

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X

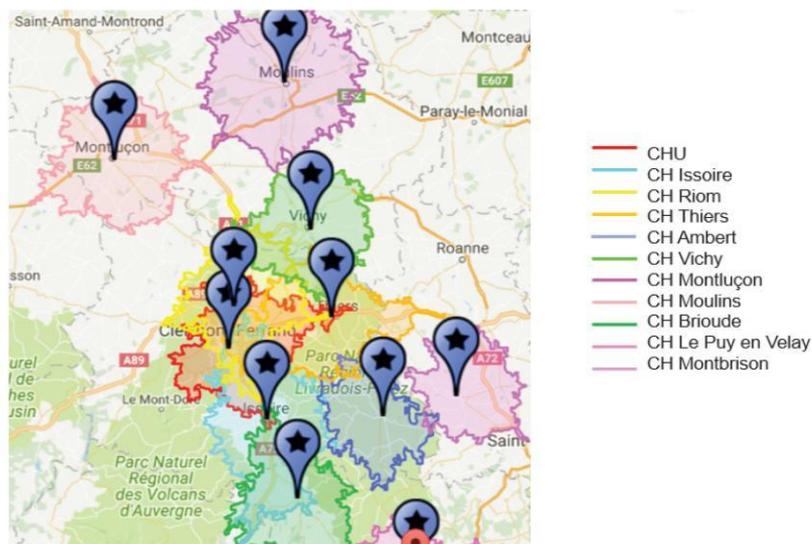
Chiffres clés

- **8** hôpitaux publics pour assurer la médecine d'urgence (SAU, SAMU, SMUR)
- **Moins de 30 mn** : Objectif pour l'accès aux soins urgents sur tout le territoire
- **« 39h »** : Réforme du temps de travail des urgentistes distinguant « travail clinique posté » (39h) et activités non postées.

Constat

La filière « Urgences » du GHT fait aujourd'hui face à un problème de démographie médicale, qui affecte la capacité de la médecine d'urgence hospitalière à exercer ses missions.

Le manque de coordination entre les services renforce ces difficultés. Si les trois sites de l'Allier couvrent des territoires d'intervention bien distincts, de nombreuses zones du Puy-de-Dôme sont couvertes par plusieurs établissements et des « zones blanches » sont constatées dans le GHT.



Plan d'action

1. Structurer la filière « Urgences »

Un pôle inter-établissement intégrera les services du CHU de Clermont-Ferrand et des CH d'Issoire et de Riom.

Une fédération propre à la filière d'urgences sera également mise en place, pour assurer l'harmonisation des pratiques médicales, soignantes et RH et favoriser le dialogue entre les sites.

2. Consolider l'offre de médecine d'urgence sur le territoire

L'application uniforme de la réforme du temps de travail des urgentistes doit constituer l'un des premiers chantiers de la fédération.

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page

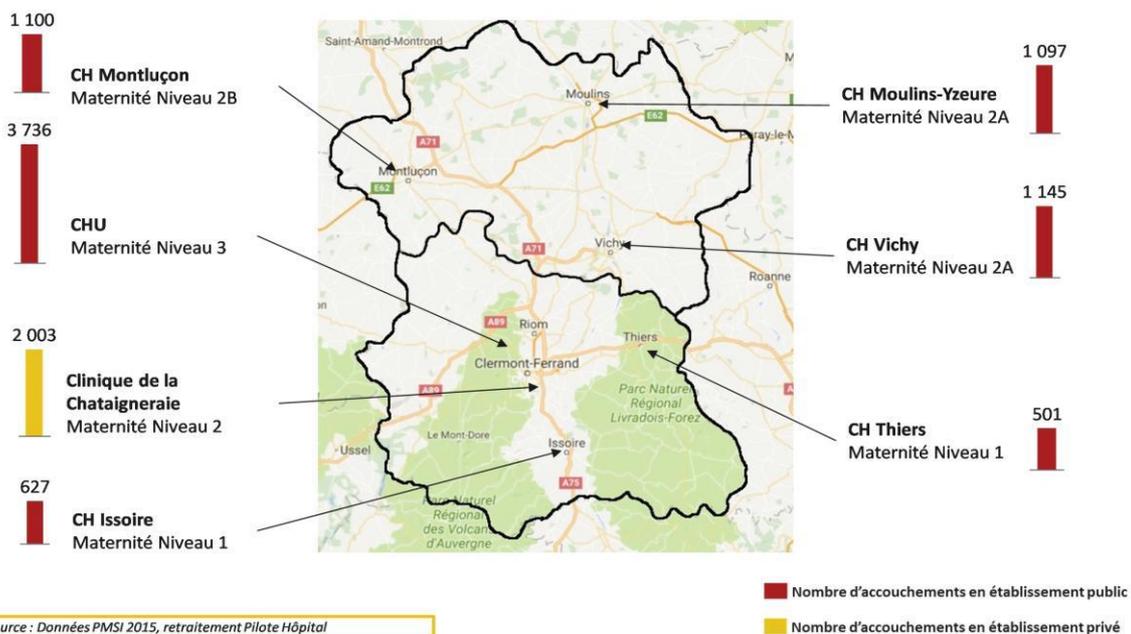
Chiffres clés

- 6 hôpitaux publics pour assurer la prise en charge de la filière Femme et Enfant
- 90 % et 45 % : parts de recrutement du GHT, respectivement sur la prise en charge pédiatrique médicale et sur la chirurgie pédiatrique.

Constat

Les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme sont confrontés à une baisse de la natalité et à des projections démographiques défavorables sur certains territoires. Le GHT est en outre confronté à un contexte de pénurie médicale, notamment en pédiatrie, gynécologie et anesthésie.

Face à ces difficultés, un réseau de santé périnatal d'Auvergne (RSPA) est déjà constitué. Il regroupe les services concernés des trois GHT de l'ancienne région. Le RSPA assure l'orientation du patient dans le respect des principes de graduation et de continuité des soins



Plan d'action

1. Structurer la filière « Femme et Enfant »

Deux structures intégratives seront créées pour déployer des équipes médicales de territoire :

- Un pôle inter-établissement regroupant les services du CHU de Clermont Ferrand et des CH d'Issoire, de Riom, de Thiers et d'Ambert.
- Une fédération intégrant l'ensemble du GHT, afin d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales, soignantes et RH et favoriser le développement de projets communs.

2. Maintenir une offre de proximité et de recours sur les spécialités de la Femme et de l'Enfant

Toutes les maternités seront conservées et l'offre publique devra être renforcée en néonatalogie (HAD néonatale, soins intensifs en néonatalogie) et en chirurgie pédiatrique.

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X

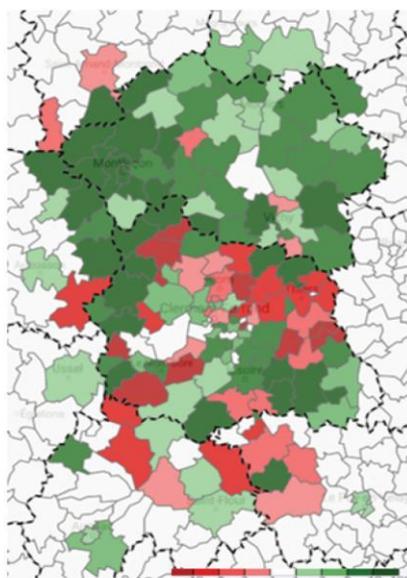
Chiffres clés

- 8 hôpitaux publics assurant une offre en cardiologie
- 1 monopole territorial pour la prise en charge en chirurgie cardiaque (CHU de Clermont-Ferrand)
- 55 % : part de recrutement du GHT en chirurgie cardio-vasculaire

Constat

L'implantation des plateaux techniques en coronarographie et en rythmologie dans les établissements du GHT assure un maillage efficace du territoire. L'activité de cardiologie des établissements fait ainsi ressortir une graduation de l'offre de soins au sein du GHT.

Face à la concurrence du privé, aux problèmes de démographie médicale et à l'enjeu lié à l'insuffisance cardiaque du sujet âgé, les hôpitaux publics doivent cependant se rapprocher, en vue d'une réponse collective à leurs difficultés.



Évolution des PDM en cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) du GHT de 2011 à 2015

Source : PMSI 2015 – Retraitement Pilote Hôpital

Plan d'action

1. Structurer la filière « Cardiologie »

- Une fédération propre à la filière de cardiologie sera mise en place autour de 3 objectifs principaux :
 - permettre une meilleure gestion des ressources humaines ;
 - organiser des parcours patients gradués dans le cadre d'une stratégie basée sur la préférence publique, notamment amélioration du recours au plateau chirurgical de CCV du CHU ;
 - promouvoir l'excellence au sein de la filière « Cardiologie »

2. Maintenir et renforcer l'offre publique de cardiologie sur le territoire

- La fédération aura notamment la charge d'améliorer l'organisation des soins non-programmés en cardiologie.

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X

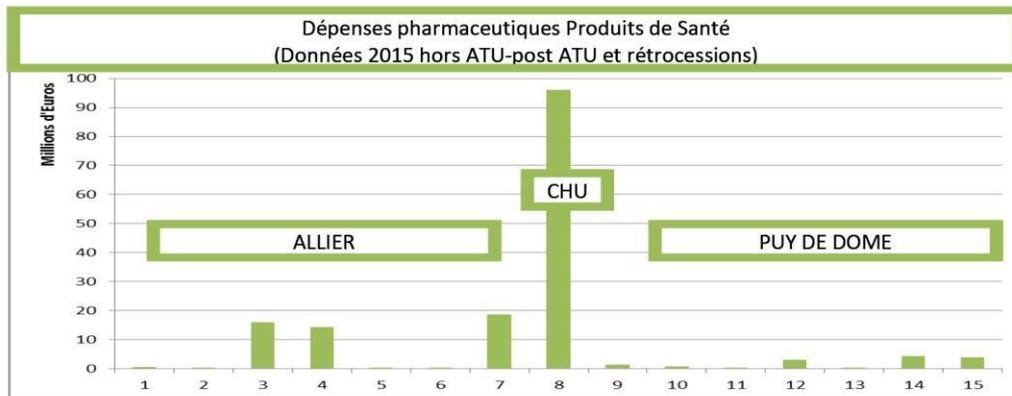
Chiffres clés

- **Plus de 100 millions d'euros** : Montant des dépenses de pharmacie des PUI du GHT.
- **7** sites de stérilisation au sein du GHT.
- **3000 et 5000** : Nombre de produits référencés en 2017 au niveau du GHT, respectivement pour les médicaments et les dispositifs médicaux.

Constat

L'activité pharmaceutique des établissements présente un grand potentiel de croissance. En dépit de l'éloignement des différentes pharmacies à usage intérieur (PUI) du GHT, les établissements doivent renforcer leurs synergies dans ce domaine.

Le GHT comprend par ailleurs 7 sites de stérilisation, qui correspondent à la localisation de l'activité chirurgicale. Pour ne pas perturber le fonctionnement des services de soins, les PUI doivent aujourd'hui créer un réseau capable de reprendre au moins une partie de l'activité d'un site qui se retrouve en difficulté pour des raisons imprévues.



Plan d'action

1. Structurer la filière « Pharmacie »

Une fédération de Pharmacie doit être mise en place pour structurer les échanges et conduire les actions prévues :

- Les PUI devront notamment rapprocher leurs politiques d'achat (livret thérapeutique commun, adhésion au même groupement d'achat).
- Les différents établissements veilleront par ailleurs à harmoniser leurs pratiques en matière pharmaceutique, dans le sens d'une amélioration de l'offre des PUI.

2. Construire une stérilisation de territoire

Le scénario de centralisation de la stérilisation sur un seul site pour tout le GHT a été écarté pour des raisons de sécurité des soins.

Un projet de stérilisation de territoire sera toutefois élaboré par le CHU de Clermont-Ferrand, pour prendre en charge dans un premier temps la stérilisation de tous les sites du CHU, du CH de Riom et du CRLCC de Jean Perrin.

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X

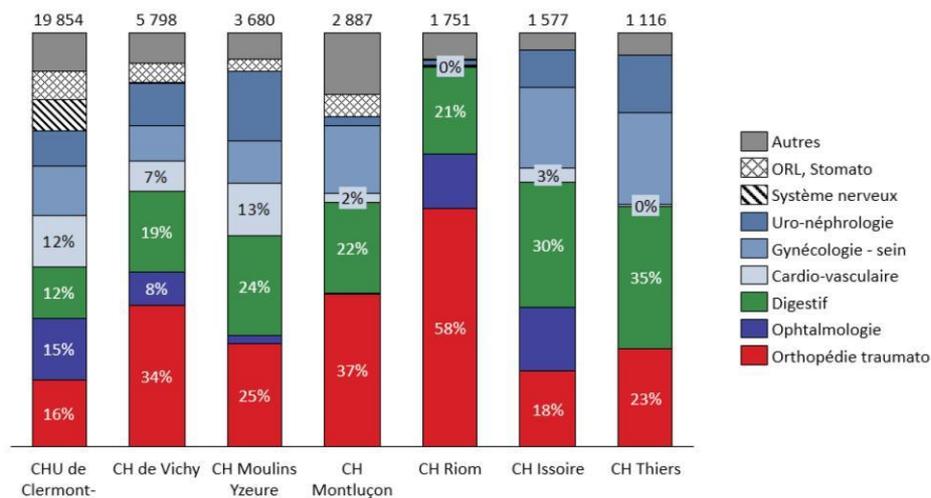
Chiffres clés

- 7 hôpitaux publics pour assurer une activité chirurgicale dans le GHT
- 18,8% de l'activité chirurgicale sur le territoire du GHT réalisée par le CHU de Clermont-Ferrand
- 49,6% : part d'activité des cliniques privées sur le département du Puy-de-Dôme, pour la prise en charge des pathologies du tube digestif nécessitant une intervention chirurgicale

Constat

L'offre chirurgicale au niveau du GHT est très diversifiée, notamment au CHU. La pénurie médicale touche cependant les établissements de petite taille. Le secteur privé local exerce en outre une forte concurrence pour certaines activités, notamment dans l'agglomération clermontoise.

L'engorgement des plateaux techniques (en particulier au CHU) affaiblit la chirurgie programmée (avec un taux d'ambulatoire bas) et entraîne un taux de dépendance aux urgences élevé.



Sources données PMSI 2015

Plan d'action

1. Structurer la filière « Chirurgies »

- La création de pôles inter-établissements de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale dans le département du Puy-de-Dôme doit être expertisée. Cette organisation doit notamment permettre d'optimiser la permanence des soins sur le territoire.
- Une coordination des affaires médicales doit en outre être instituée au niveau du GHT.

2. Généraliser le recours à l'ambulatoire

- Les pratiques opposées au développement de l'ambulatoire devront être levées. La filière souhaite par ailleurs mettre en place dès 2017 une commission territoriale de la chirurgie ambulatoire.

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X

Chiffres clés

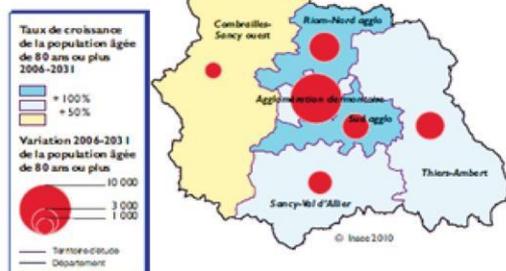
- **75 ans** : la filière gériatrique définie dans ce PMP entend améliorer la prise en charge des plus de 75 ans, dont l'état de santé nécessite un parcours de soins spécifique.
- **74 lits** : déficit estimé de lits gériatriques sur l'ensemble du territoire (pour un ratio de 3 lits gériatriques pour 1 000 habitants).
- **9,6 ETP** : postes vacants en gériatrie dans les hôpitaux du GHT.

Constat

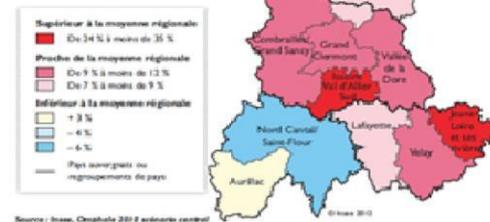
La proportion de personnes âgées de plus de 80 ans ne cesse d'augmenter, avec une hausse prévue de 79,6% entre 2006 et 2031 pour le Puy-de-Dôme et de 78% entre 2007 et 2040 pour l'Allier.

Face à ce défi, la filière est confrontée à un déficit d'offre et une pénurie médicale. Ces difficultés se traduisent par la réduction du temps médical mis à disposition des EHPAD, des unités mobiles gériatriques et de la médecine de ville.

Population de 80 ans ou plus
Variation 2006-2031



Taux d'évolution de la population de la population 2007-2040
Scénario central



Plan d'action

1. Résoudre le problème de pénurie médicale

- La mise en place d'une équipe territoriale pour pallier la démographie a été rejetée. La création d'un poste supplémentaire au niveau du CHU sera cependant étudiée.
- Un travail commun sur la filière universitaire gériatrique semble en outre indispensable pour assurer la continuité de la filière gériatrique sur le territoire.

2. Développer l'offre de soins publique en gériatrie sur le territoire

Divers projets seront étudiés pour garantir une continuité dans la prise en charge des personnes âgées :

- Formalisation d'un parcours patient gériatrique lors des passages aux urgences ;
- Mise en place des Coordinations Gériatriques aidées par la télé-médecine (CoGerT) ;
- Création de consultations gériatriques semi-urgentes dédiées aux EHPAD.

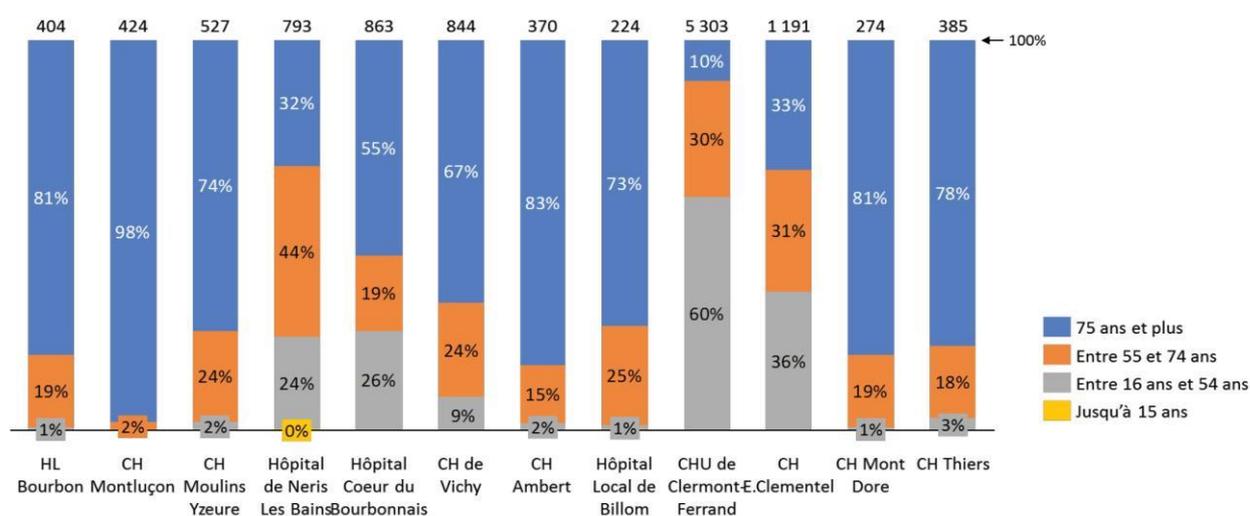
Chiffres clés

- 12 hôpitaux publics pour assurer une prise en charge en MPR-SSR
- 40 places : cible capacitaire minimale pour l'hospitalisation de jour en MPR sur le GHT (30 places aujourd'hui).

Constat

Les filières publiques de MPR et de SSR présentent une offre de soins insuffisante et touchée par la pénurie médicale, dans un contexte marqué par la hausse des besoins sur le territoire et une forte concurrence du secteur privé.

Les acteurs de la filière constatent par ailleurs un manque de fluidité avec l'aval, entraînant des durées de séjour excessives pour les patients âgés et un engorgement des lits.



Poids des personnes de plus de 75 ans pris en charge en SSR dans les établissements du GHT (PMSI, 2015)

Plan d'action

1. Développer l'offre publique en MPR

Le GHT entend :

- promouvoir les prises en charge ambulatoire en MPR, les équipes mobiles MPR et l'offre MPR gériatrique ;
- créer une offre de soins de rééducation post-réanimation (SRPR) ;
- déployer une politique sur les ressources humaines médicales à l'échelle du territoire ;

2. Étendre l'offre publique en SSR

- Les projets portés par le GHT visent à améliorer le maillage du territoire en lits SSR et à favoriser la spécialisation de l'offre publique SSR.

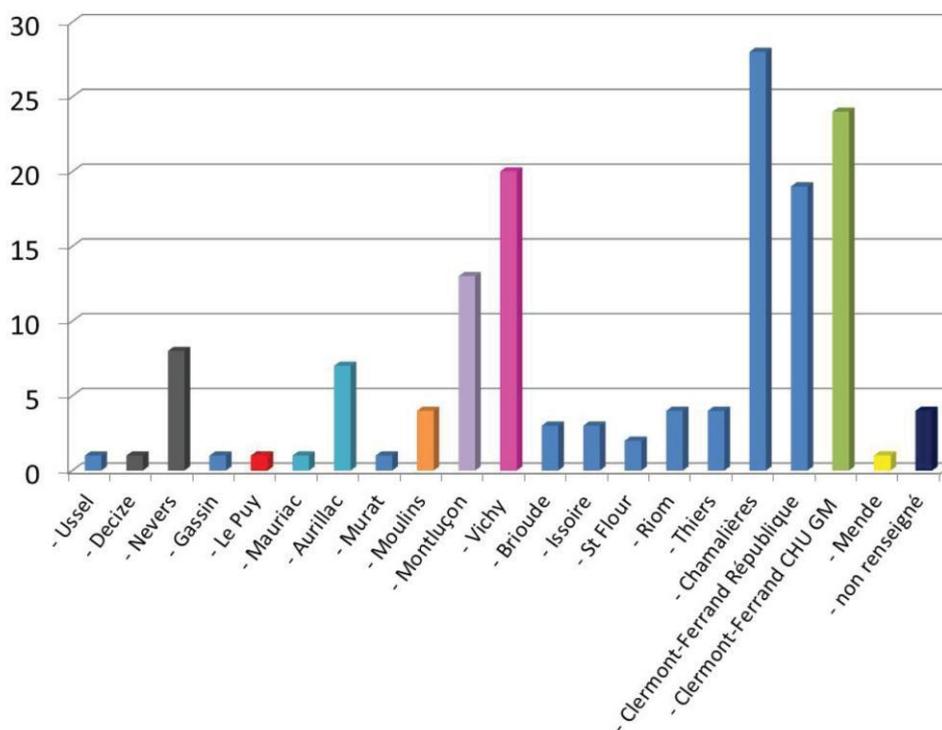
Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X

Chiffres clés

- **4 ETP vacants** de néphrologue dans le département de l'Allier.

Constat

L'effectif médical de l'Allier est très insuffisant pour assurer l'activité des centres lourds de dialyse, ainsi que le suivi et la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique.



Répartition des patients inscrits sur la liste de transplantation en fonction du centre de dialyse en 2015

Plan d'action

1. Renforcer l'équipe médicale de néphrologie dans l'Allier

L'arrivée de deux praticiens au CH de Vichy doit permettre d'aider les services de néphrologie des CH de Moulins et Montluçon via un partage du temps de présence et la mutualisation d'activités communes spécifiques.

2. Impact du projet sur la filière Néphrologie

Le projet redonne l'accès à la transplantation rénale pour tous les patients de l'Allier. Il maintient une activité de dialyse de proximité. Il ouvre enfin l'accès des patients de l'Allier à la biopsie rénale pour le diagnostic des maladies rénales.

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X

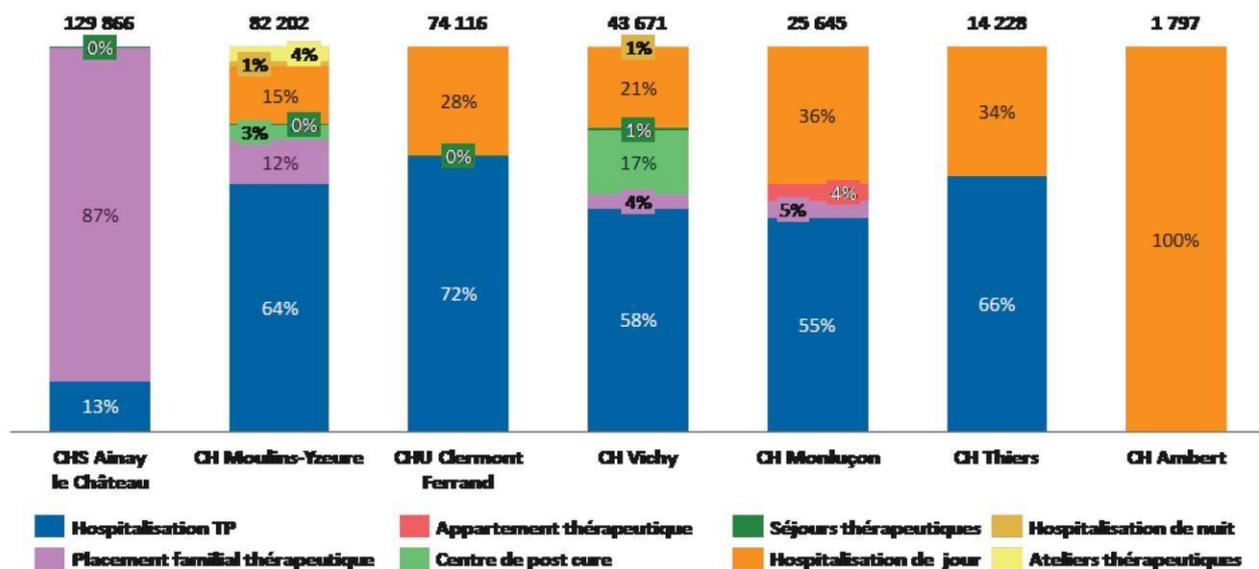
Chiffres clés

- **7** hôpitaux publics pour assurer une prise en charge en Psychiatrie dans le GHT
- **11** secteurs de psychiatrie couverts par le GHT sur 16 dans l'Allier et le Puy-de-Dôme
- **1/3** de l'activité du GHT (en journées) est réalisé par le CHS d'Ainay-le-Château, grâce à sa spécialisation en Accueil Familial Thérapeutique.

Constat

Si le GHT assure la totalité de l'offre en psychiatrie générale pour le département de l'Allier, il doit coopérer avec l'ESPIC de Sainte-Marie dans le Puy-de-Dôme.

Compte tenu de la difficulté persistante de recrutement médical dans certains établissements, le développement de l'offre publique est aujourd'hui conditionné à la mise en œuvre d'une stratégie de renforcement de l'attractivité médicale.



Source : SAE 2015

Plan d'action

1. Structurer la filière « Psychiatrie »

- La création d'une ou deux communautés psychiatriques de territoire doit être étudiée lors des prochains travaux du groupe de travail.
- Le principe d'une convention d'association avec le Centre Sainte-Marie a par ailleurs été acté.

2. Répondre aux besoins de la population en matière de psychiatrie

- La filière doit notamment permettre d'identifier les parcours patients spécifiques (grands adolescents, pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, urgences et crises, addictologie, trouble de l'alimentation et hospitalisation sous contrainte).

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X



Axes de travail

■ Axe de travail n°1 : créer un pôle inter-établissement pour le Puy-de-Dôme

L'imagerie médicale s'est structurée depuis plusieurs années autour du pôle « Imagerie » du CHU de Clermont-Ferrand. Il convient de pérenniser et de renforcer ce modèle d'organisation, en créant un pôle inter-établissement regroupant le CHU de Clermont-Ferrand et les CH de Riom, Issoire, Thiers et Ambert.

■ Axe de travail n°2 : mettre en place une fédération d'imagerie médicale

Cette fédération couvrant l'ensemble du GHT aurait pour objectifs :

- La gestion des ressources humaines médicales ;
- la coordination des achats biomédicaux ;
- l'organisation du recours aux activités spécialisées du CHU de Clermont-Ferrand.

■ Axe de travail n°3 : s'accorder sur les investissements nécessaires pour développer la filière publique « Imagerie » sur le territoire.



©Service communication CHU Clermont-Ferrand

Axes de travail

Axes de travail – Anesthésie

- Axe de travail n°1 : Résoudre les problèmes de démographie médicale

L'enjeu majeur de cette filière reste la démographie médicale défavorable. Celle-ci entraîne le recours à l'intérim médical et à des contrats de cliniciens. Le groupe de travail devra donc proposer une stratégie d'attractivité médicale.

- Axe de travail n°2 : Favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire

La filière d'anesthésie participera au développement d'innovations organisationnelles et techniques, en lien avec la filière des chirurgies.

Axes de travail – Réanimation

- Axe de travail n°3 : Résoudre les problèmes de démographie médicale

Le groupe de travail devra notamment réfléchir :

- au développement de postes partagés ;
- à la mise en place de règles communes en matière de recrutement médical ;
- à l'harmonisation des protocoles de soins.

- Axe de travail n°4 : Structurer le parcours de soins des patients sur le territoire

Le groupe de travail devra identifier les sous-filières de spécialité et de recours (femmes enceintes, traumatisés graves, recours aux techniques de circulation extra-corporelles) et décrire les parcours patients pour chacune de ces sous-filières.

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X



© Service communication CHU Clermont-Ferrand

Axes de travail

■ Axe de travail n°1 : renforcer l'offre publique en matière de biologie médicale et d'anatomopathologie

Un nombre important d'examens de biologie médicale et d'anatomopathologie est aujourd'hui sous-traité à des laboratoires privés. Une réflexion approfondie devra être menée par le groupe de travail, afin de parvenir à une réintégration de la gestion et de la réalisation de ces examens.

■ Axe de travail n°2 : améliorer la gestion des ressources humaines médicales au niveau du territoire

La filière doit définir une politique commune et territorialisée de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cette politique doit notamment permettre de :

- gérer à l'échelle du GHT les internes qui se forment à la biologie polyvalente et favoriser leur mobilité entre les centres hospitaliers du GHT ;
- envisager une véritable politique de remplacement en utilisant la réforme du 3^{ème} cycle.

■ Axe de travail n°3 : maintenir un niveau d'exigence élevé en matière de qualité et de sécurité des activités de laboratoires

Le groupe de travail devra préciser les moyens nécessaires pour parvenir à une harmonisation des pratiques. Une réflexion globale devra par ailleurs être menée sur le déploiement d'une politique de certification commune devant le COFRAC, qui soit cohérente et coordonnée au niveau du GHT.

■ Axe de travail n°4 : Assurer l'excellence de l'offre publique en matière de biologie médicale et d'anatomopathologie

Le projet médical partagé du GHT devra prévoir :

- une politique d'investissement coordonnée sur les équipements liés à l'activité de laboratoire.
- Le déploiement d'une recherche clinique appliquée sur tout le territoire.

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X



Le déploiement d'une politique de prévention et de dépistage ambitieuse au sein des hôpitaux doit constituer un axe majeur du projet médical partagé. Il s'appuie sur une approche territorialisée de la politique de prévention et de la promotion de la santé, qui se décline ensuite dans différents domaines.

Axes de travail

- Axe de travail n°1 : développer les actions des établissements parties en faveur de la prévention
- Axe de travail n°2 : positionner les hôpitaux du GHT en tant que promoteurs de la santé
- Axe de travail n°3 : déployer une gamme d'outils pour permettre au GHT d'accomplir ses objectifs en matière de prévention et de promotion de la santé.

Le groupe de travail devra notamment s'appuyer sur les projets déjà engagés par les 15 établissements publics du GHT : le projet CEPPPIA, les Contrats locaux de Santé et l'amélioration de la santé universitaire.

- Axe de travail n°4 : Traduire les objectifs du GHT dans les différents domaines de la prévention et de la promotion de la santé

Le GHT devra par ailleurs préciser sa stratégie dans les domaines suivants :

- Éducation thérapeutique du patient
- Vaccination
- Prévention bucco-dentaire
- Prévention de l'obésité
- Prévention de la sédentarité et encouragement à l'activité physique
- Lutte contre la précarité

Lisez le projet médical partagé complet de cette spécialité à la page X

3. Associer les acteurs

3.1. Des acteurs de terrain sur des filières spécifiques

3.1.1. *Un engagement mutuel par une convention d'association avec le Centre Jean Perrin concernant l'oncologie (état des lieux...)*

Le CJP et le CHU ont donné leur accord pour la signature d'une convention d'association qui aura pour but de formaliser la participation du CJP à la filière oncologique au sein du GHT.

Cette signature se réalisera sur la base des coopérations existantes.

Cancérologie Filières de soins	CHU	CJP	Modalités partagées
Gynécologie	Cancer du col Cancer de l'utérus	Cancer de l'ovaire Cancer de l'utérus Chimiothérapie / radiothérapie	Concurrence en chirurgie RCP commune CJP <i>CJP réseau référent régional</i>
Sénologie		Chirurgie Traitement (exclusivité)	RCP au CJP
Digestif	Chirurgie Notamment œsophage Chimiothérapie / Radiologie interventionnelle	Radiothérapie Chimiothérapie (patients métastatiques)	RCP commune CHU
Dermatologie	Chirurgie Chimiothérapie pour les patients du CHU	Radiothérapie péri opératoire (certains cancers du sein) Chimiothérapie certains patients métastatiques mélanome de l'œil	RCP commune CHU
Thoracique	Médecine hors cancérologie Patients du CHU Consultation fibroscopie diagnostique	Chirurgie Radiothérapie Fibroscopie post opératoire Echo endoscopie Chimiothérapie métastatique	RCP commune au CJP Mise à disposition 2 j pneumologues CHU (Pr Thibonnier)
ORL – Neurochirurgie	Chirurgie en Neurochirurgie et en ORL	Radiothérapie Soins palliatifs Radio chimiothérapie	RCP commune CHU RENATEN réseau POLA (Dr Durando)
Urologie	Chirurgie Quasi exclusivement	Radiothérapie Chimiothérapie Radio-chimio	RCP commune (Pr Guy) Essais clinique communs Thérapies ciblées (urologie)

Hématologie	CHU (exclusivité)	Envoi au CHU des patients adressés au CJP	RCP CHU CHU référent régional
Chirurgie endocrinienne	Chirurgie	Chirurgie radiothérapie métabolique	Activité principalement non cancérologique RCP commune
Sarcomes		Chirurgie Chimiothérapie CJP ou établissements périphériques	RCP CJP Référent régional
Urgences	Accueil des patients relevant du CHU	Accueil des patients relevant du Centre	

Le Centre Jean Perrin a comme exclusivité l'activité de radiothérapie et de médecine nucléaire. A ce titre, il permet aussi au Centre Hospitalier de Moulins d'avoir une autorisation en radiothérapie. Le CHU entend bien adresser ses patients en radiothérapie au CJP bien qu'il existe dans le secteur privé lucratif à Clermont-Ferrand une activité réelle de radiothérapie.

Dans l'Allier, le CH de Moulins dispose d'une activité de radiothérapie qu'il faut absolument maintenir même s'il existe une activité dans le secteur privé lucratif.

Le Centre Jean Perrin souhaite garder sa PUI et les activités qui en découlent. A ce stade il n'est pas envisagé de mutualisations d'activités.

Concernant l'accès aux plateaux techniques d'imageries et de radiologies interventionnelles, il est maintenu au Centre Jean Perrin l'accès à l'IRM pour les explorations mammaires. Les activités d'imagerie interventionnelle resteront installées à Gabriel Montpied, notamment grâce à notre salle hybride IMABLOC.

De plus, le service d'imagerie du CHU de Clermont-Ferrand assure unilatéralement la permanence des soins (la nuit, les week-ends et les jours fériés). Ceci devrait faire l'objet d'une réflexion bilatérale pour se répartir la contrainte. D'autant que des patients suivis au CJP sont régulièrement admis aux urgences du CHU ; ce qui n'est pas sans poser problème. Les investissements lourds en imagerie (scanner, IRM) devraient pouvoir faire l'objet d'un investissement partagé.

Le CHU contribue pour moitié au financement de la réanimation médico-chirurgicale et de l'unité de surveillance continue installée au Centre Jean Perrin à hauteur de 500 000 € par an environ. Cette contribution devra être réévaluée car l'ARS AURA est en train d'analyser les besoins en lit des réanimations, unités de soins intensifs et unités de surveillance continue.

L'équipe d'oncologues du CHU a réalisé un travail très abouti sur les filières de soins par organe : hémato-cancérologie, poumons, tube digestif et foie, appareil urinaire, ORL et stomatologie, tumeur de l'utérus et des ovaires, tumeur cérébrale. Dans chaque filière d'organe, le mode d'entrée a été analysé, la nécessité de renforcer les ressources médicales notamment dans les hôpitaux de l'Allier a été soulignée.

A ce stade, les consultations avancées assurées par le CHU et du Centre Jean Perrin dans les hôpitaux d'Auvergne n'ont pas fait l'objet d'une répartition consensuelle. Un travail important reste donc à mener tant dans l'Allier que dans le Cantal et la Haute Loire.

Il est donc prévu que les équipes du Centre Jean Perrin et de la fédération d'oncologie du CHU se rencontrent à nouveau en septembre 2017 pour mieux définir le rôle de chacun. Cette

dynamique sera confortée par la relance du GCS IRUCA dont la première réunion a eu lieu le 26 juin 2017.

3.1.2. Convention d'association avec le Centre Sainte-Marie sur la psychiatrie

L'ESPIC Sainte Marie gère 5 secteurs de psychiatrie dans le Puy-de-Dôme, soit la quasi-totalité de l'agglomération clermontoise et la plus grande zone d'intervention du département.

Le principe d'une convention d'association a donc été acté. Les représentants du Centre Sainte-Marie seront ainsi associés aux réflexions à venir au second semestre 2017 sur le projet médical partagé de la filière F10 « Psychiatrie ».

3.1.3. Convention d'association avec les structures de HAD

Un travail d'association des établissements exerçant une activité d'hospitalisation à domicile sur le département du Puy-de-Dôme et non membres du GHT sera réalisé. Il aura pour objectif de clarifier les filières et les modalités d'adressage des patients relevant de l'HAD.

Les HAD internes au GHT devront mener un travail visant à définir :

- les modalités renforcement des coopérations, notamment la mutualisation des fonctions de coordination médicale permettant de gérer au mieux les absences médicales et les remplacements
- le besoin de renforcement de l'effectif médical, le cas échéant à travers des postes partagés
- les modalités d'accueil et de formation d'internes
- une harmonisation des modalités de travail avec les services des établissements...

3.1.4. Convention d'association avec l'AURA sur la dialyse

La perspective d'installation de l'activité de dialyse de l'AURA sur le site de Gabriel Montpied doit être envisagée comme une opportunité de formaliser dans le cadre d'une convention d'association, une coopération forte, notamment sur les activités de recours et de repli.

3.2. Une politique d'association qui concerne les GHT limitrophes

3.2.1. Convention d'association avec le GHT Cantal signée le 18 mai 2017

Conformément à la loi, le CHU est tenu de s'associer au GHT Cantal, qui fait partie de sa subdivision universitaire, pour décliner les quatre missions hospitalières et universitaires qui lui incombent :

- les missions de référence et de recours ;
- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 du code de la santé publique ;

- les missions de gestion de la démographie médicale ;

Dans ce cadre, les disciplines dont la démographie médicale est en tension dans le département du Cantal ont été identifiées :

- **Spécialités critiques** : Anesthésie – réanimation, Cardiologie, Gériatrie, Gynécologie –Obstétrique, Imagerie, Médecine Physique et de Réadaptation, Ophtalmologie, Pédiatrie, Pneumologie, Urgences ;
- **Spécialités sous tension** : Chirurgies, Médecine Polyvalente, Psychiatrie ;
- **Spécialités sous vigilance** : Biologie, Hépato – Gastro – Entérologie, Médecines de spécialité.

3.2.2. Convention d'association avec le GHT Haute-Loire signée le 22 mai 2017

Conformément à la loi, le CHU est tenu de s'associer au GHT Haute-Loire, qui fait partie de sa subdivision universitaire, pour déclinier les quatre missions hospitalières et universitaires qui lui incombent :

- les missions de référence et de recours ;
- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 du code de la santé publique ;
- les missions de gestion de la démographie médicale ;

Dans ce cadre, les disciplines dont la démographie médicale est en tension dans le département de la Haute-Loire ont été identifiées :

- **Spécialités critiques** : Gynécologie – Obstétrique, Pneumologie, Pédiatrie, Cardiologie, Urgences, Médecine Physique et de Réadaptation, Soins palliatifs ;
- **Spécialités sous tension** : Médecine gériatrique, Chirurgie urologique, Oncologie, Hépato – Gastro – Entérologie – Endoscopie digestive.

4. Poursuivre la dynamique de coopération pour couvrir l'ensemble de l'offre de soins sur le territoire

4.1. Sur certaines filières de spécialité et de recours

4.1.1. Greffes

Le CHU de Clermont-Ferrand est sur le point de créer une Fédération de greffe, dite FEGREC (la fédération de greffe du CHU de Clermont Ferrand), afin d'organiser et d'optimiser son activité de greffe et de transplantation, qui couvre l'ensemble des bassins du GHT.

L'association a vocation à s'étendre ensuite aux hôpitaux membres du GHT, à l'Auvergne et à la Loire, pour répondre au mieux aux besoins sanitaires de la population de ce territoire.

La FEGREC se fixe des objectifs généraux :

- Améliorer l'accessibilité régionale aux organes cadavériques ou provenant du don vivant, aux tissus et aux cellules dans le cadre des procédures mises en œuvre sur notre CHU afin de mieux répondre aux besoins sanitaires de la population de la Région Auvergne, en collaboration avec les autres acteurs de santé, en particulier l'Agence de Biomédecine (ABM).
- Formaliser des réseaux de prise en charge interne et externe avec les correspondants spécialistes. La FEGREC recherchera la concertation pluridisciplinaire pour la prise en charge du suivi diététique, le soutien psychologique aux patients, et formalisera toute action susceptible d'aider à la réinsertion socioprofessionnelle des patients notamment en collaboration avec les associations de malades.
- Mettre en place des projets de prise en charge des patients avant et après la greffe. La FEGREC cherchera à associer les établissements hospitaliers à caractère public ou privé de la Région notamment via le GHT.
- Inviter un représentant des médecins libéraux afin d'organiser la surveillance des patients après leur greffe
- Veiller au maintien de la qualité et de la disponibilité opérationnelle des équipes chirurgicales et médicales, tant pour le prélèvement d'organe chez le donneur cadavérique et le donneur vivant, que la greffe d'organe chez le receveur en réfléchissant au développement de projets communs aux différentes structures et à la mise en commun de moyens humains et d'équipements.
- Assurer avec l'Etablissement Français du SANG (EFS) le développement du registre des donneurs de cellules souches hématopoïétiques allogéniques, et de leur recrutement, dans la région Auvergne.
- Répondre aux exigences du SROS
- Favoriser l'émergence d'activités innovantes et de projets scientifiques dans le domaine de la réanimation de la mort encéphalique et de la prise en charge des patients greffés que ce soit dans le cadre de la recherche clinique ou de la recherche fondamentale ou encore de l'évaluation, pour la greffe d'organe, tissulaire ou cellulaire.
- Etablir un circuit de l'information scientifique et assurer une mise à jour permanente et partagée par les différentes disciplines, notamment dans le domaine de l'histocompatibilité, de l'immunosuppression et de la prévention des complications secondaires à ces traitements, ainsi que dans les futurs champs d'action des thérapies cellulaires et géniques. Elle s'attachera à favoriser l'organisation d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) bimensuelle pour les patients immunodéprimés atteints d'infection
- Mettre en place une structure d'information pour les futurs patients pouvant bénéficier de telles procédures et jouer un rôle d'interface avec les associations de malades.
- Participer dans le cadre du CHU avec la Faculté de Médecine et en lien avec les organismes de formation continue, à l'enseignement théorique et pratique, ainsi qu'à la formation permanente, destinés aux médecins, étudiants en médecine et au personnel soignant des différentes problématiques liées à la prise en charge des patients greffés.
- S'assurer que chaque équipe de greffe est à jour en termes d'accréditation. Pour cela la FEGREC pourra demander à avoir accès aux certificats d'accréditation et à en obtenir des copies.

La FEGREC présentera un rapport annuel d'activité à la Gouvernance du CHU de Clermont-Ferrand.

4.1.2. Médecine Légale / Victimologie

Le projet médical « Victimologie » du GHT repose sur une organisation visant à un accueil globalisé destiné à la « sécurisation de la victime » par la prise en compte, en une unité de temps et de lieu, de toutes les facettes de sa problématique (Judiciaire, médical, psychologique et social).

Il s'appuie sur un projet de création d'une fédération de médecine légale inter-établissement (Coordination: Dr B BOYER) associant sur le plan établissements:

- Le GHT 63-03 (CHU, Vichy, Moulins, Montluçon)
- Le CH d'Aurillac
- Le CH du Puy en Velay

- **Organisation sur les sites du CHU**
 - **Projet création d'une permanence médico-légale unique** au sein de l'institution (astreinte se déplaçant indépendamment sur les deux sites CHUGM & CHUE) – médecin légiste/pédiatre – médecin légiste/gynécologue :
 - Un gynécologue-obstétricien (PH temps plein au CHU au départ du chef de pôle) en formation CPMJ pourra assurer des astreintes (capacité d'intervention sur les deux sites) + consultations Estaing (20%)
 - Un médecin légiste issu de la santé publique, en fin de formation DESC à recruter à temps plein au CHU (PH) pourra intervenir sur des plages de consultations dédiées sur le site Estaing (20%)
 - Urgences gérées en fonction des demandes et du moment en flux tendu en fonction des disponibilités de chacun

- **Pour les CH (hors CHU) :**

Individualiser, dans chaque CH un médecin occupant un poste :

- 60% médecine polyvalente locale
- 30% médecine légale & victimologie « in-situ »
- 10% collaboratif sur le site du CHU

- **Missions du CHU au sein de GHT et de la région**

Cadre fédératif – coordonnateur médecine légale/victimologie

→ Maintien du réseau de soin autour de la violence, uniformiser les pratiques, liens avec les référents violences (SAU) – Poursuite de la formation des professionnels – Intégration des médecins légistes libéraux et hospitaliers extra CHU

Cette organisation doit amener les réflexions suivantes :

- A Vichy dans le cadre du GHT:
 - prévoir poste en temps partagé en prévision du départ d'un praticien en 2018

- A Aurillac dans le cadre d'une convention inter-établissement:
 - prévoir poste en temps partagé en prévision du départ d'un praticien en 2018

- Au Puy-En-Velay, convention inter-établissement:
 - poste en temps partagé, médecine générale, future DESC de ML

4.1.3. Soins palliatifs

- **Préambule**

Les soins Palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Les malades d'oncologie représentent la majorité de l'activité des équipes de soins palliatifs ; viennent ensuite les pathologies neurologiques dégénératives et les insuffisances d'organe terminal.

- **Contexte**

800000 personnes vivent aujourd'hui en France avec un cancer, 278 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année avec une augmentation de 63% en 20 ans. Enfin, on dénombre 150000 décès du cancer par an et là aussi une augmentation de 20% en 20 ans.

Les cancers se chronicisent. Les patients ne guérissent pas de leur maladie mais vivent de plus en plus longtemps avec des degrés de handicap variables. Aujourd'hui un patient en situation palliative n'est pas forcément en fin de vie, de même que les patients en fin de vie ne relèvent pas systématiquement de soins palliatifs.

En d'autres termes, un patient atteint d'une maladie grave évolutive et évoluée avec absence totale de perspective de guérison est considéré en situation palliative, mais n'est pas pour autant en situation palliative terminale. La démarche palliative consiste en une prise en soins proportionnée et réfléchie pour optimiser le temps de vie restant et conduit parfois par les moyens mis en œuvre, à une stabilisation, voire une chronicisation de certaines situations.

Ces personnes vulnérables et parfois en situation de grand handicap nous renvoient à des situations d'une grande complexité globale avec un écueil quant au devenir.

Le parcours de soins de ces patients est de plus en plus interrogé.

Apparaît alors une nécessité, celle d'organiser ce dernier en partenariat avec tous les acteurs de terrain, à domicile ou institution.

- **Ressources territoriales**

Sur notre GHT, il y a une seule Unité de Soins Palliatifs de 13+1 lit rattachée à une EMSP intra et extra hospitalière, sur le CHU de Clermont-Ferrand. Le Puy de Dôme a également deux autres EMSP sur le CH d'Ambert et d'Issoire et bénéficie d'un Réseau de Soins Palliatifs Palliadôm. 50 LISP sont dénombrés en tout sur le département.

L'Allier compte 3 EMSP : sur le CH de Moulins-Yzeure, le CH Montluçon et s le CH de Vichy, un réseau le RASP 03 et 21 LISP.

Enfin, il existe un Equipe mobile de Soins Palliatifs pédiatriques.

Les HAD du territoire travaillent en collaboration avec les équipes hospitalières pour optimiser la réalisation de RAD mais quand cela est impossible les lits d'aval manquent.

Il y a trois HAD sur le bassin Clermontois et trois HAD sur l'Allier basées sur Vichy, Moulin et Montluçon.

Les réseaux de ville assurent le lien entre le domicile avec le médecin traitant et les équipes hospitalières.

Toutes ces équipes se connaissent et sont fédérées grâce à la SRAAP (Société régionale d'accompagnement et de soins palliatifs auvergne) qui est une antenne de la SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs) en région et qui est composée de différents collègues : acteurs en soin, médecins, travailleurs sociaux, psychologues et bénévoles d'accompagnement, tous travaillant à diffuser la culture palliative.

Des journées de rencontres et des congrès sont organisés dans le but de créer des échanges et privilégier les liens entre professionnels dans ce champ de compétences.

- **Enjeux du GHT**

Favoriser les liens, optimiser le PMP pour que les patients qui relèvent de soins palliatifs puissent en bénéficier sans pour autant aller en USP qui n'est pas toujours le lieu le plus adapté et dont les places sont limitées.

Pour cela :

- Dresser le bilan des structures avec des LISP : est-ce que ces LISP répondent aux critères de la circulaire de 2008 ? si ce n'est pas le cas garder le même pool de LISP mais les redistribuer ;
- Renforcer les moyens du Centre de Soins Palliatifs et notamment de l'EMSP pour enrichir sa mission extrahospitalière en relai des réseaux qui s'ils continuent à exister n'auront que pour mission de faire de la coordination ;
- Donner plus de moyens aux HADS pour qu'elles puissent avoir des permanences médicales la nuit et éviter que des patients en situation palliative aillent aux urgences ;
- Créer une Maison de Vie pour les Situations palliatives chroniques représentées par des personnes vulnérables en situation de grand handicap qui ne peuvent pas rentrer à domicile et qui « embolissent » des lits de l'USP et des SSR.
- Créer une Unité de soins palliatifs « Nord –Auvergne » au Centre hospitalier de Vichy. Le territoire de l'ex-Auvergne, qui ne comprend qu'une USP située au CHU de Clermont-Ferrand, apparaît en effet comme sous-doté au regard de l'ex-Rhône-Alpes (12 USP). De ce fait, l'USP vichyssoise aurait vocation à couvrir le nord du territoire du GHT et s'inscrirait dans un partenariat avec les autres centres hospitaliers du département de l'Allier, notamment leurs unités d'oncologie et de pneumologie, les structures médico-sociales, les HAD, et, le cas échéant, les cliniques privées. Le portage médical du projet est assuré par le Dr Vaysse qui intervient actuellement au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHV. Elle pourra s'appuyer sur l'expertise du responsable de l'USP clermontoise, notamment pour la mise en œuvre des protocoles médicaux inter-établissement et pour l'organisation du recours pour les prises en charge spécifiques relevant du CHU.

4.2. Pour les soins odontologiques

Le CHU de Clermont-Ferrand accueille l'un des 21 Centres de Soins Dentaires de France et l'un des plus importants en matière d'activité. Le projet de soins odontologiques sera transmis dans la seconde phase.

4.3. Infectiologie

L'Equipe Médicale de Territoire (EMT) Infectio-Auvergne a pour objectif de fédérer les acteurs médicaux et soignants, les biologistes et les pharmaciens autour d'une thématique transversale : l'Infectiologie.

Cette EMT, affranchie de la logique d'organe, devrait permettre de rapprocher les cliniciens impliqués par ce segment d'activité, les biologistes, principalement les hygiénistes et les microbiologistes (bactériologistes, virologues, parasitologues et mycologues), ainsi que les pharmaciens, les acteurs de la Santé au Travail des différents hôpitaux et les acteurs du service de Santé publique, Economie de la Santé & Epidémiologie du CHU, et devrait s'inscrire dans une logique curative, préventive et de recherche biomédicale.

4.3.1. *Etat des lieux*

La thématique transversale Infectiologie représente pour tous les acteurs de soins et de prévention des établissements du GHT Territoire d'Auvergne, Allier/Puy-de-Dôme, et des GHTs du Cantal et de Haute Loire, un segment réel d'activité. L'approche, par l'Infectiologie, parle donc à toutes les spécialités médicales et chirurgicales, pédiatriques et adultes, de court séjour type MCO, mais aussi la psychiatrie, les services de SSR, les ULD. Les services des Urgences, de Médecine Interne / Polyvalente, de Pneumologie, de Pédiatrie, de Gériatrie, de Réanimation/USI, d'Oncologie et les services d'Orthopédie, de Chirurgie Digestive et d'Urologique sont néanmoins les plus concernés.

Paradoxalement, alors que les hygiénistes, les biologistes et les pharmaciens sont présents dans les CHs des GHTs d'Auvergne (au moins pour les établissements les plus grands), il n'existe qu'un seul service dédié aux Maladies Infectieuses et Tropicales au CHU. Mais des correspondants cliniciens sont identifiés dans les plus grands CHs des trois GHTs d'Auvergne.

Un maillage du territoire hospitalier est donc à structurer et à renforcer pour répondre aux besoins de la population, en harmonisant nos pratiques de soins intra-hospitalières, et pour répondre aux défis imposés par l'évolution des agents infectieux. Les procédures de soins sont donc, tout particulièrement, indissociables de la prévention (vaccinale et non vaccinale) dans cette thématique.

4.3.2. *Enjeux*

En Infectiologie, les principaux défis à relever sont :

- *La prévention des infections liées aux soins par le respect des procédures d'hygiène, la prévention de la transmission des BMRs et la vaccination du personnel hospitalier contre la grippe.*
- *La juste prescription des antibiotiques pour limiter le risque de sélection de la résistance, préserver l'efficacité des antibiotiques disponibles et limiter la iatrogénicité.*
- *La promotion des vaccinations chez les patients pris en charge dans les CHs des GHTs*
- *Coopérer activement sur ces trois axes avec les personnels des EHPADs en lien avec les gériatres et avec les cliniques du secteur privé*

4.3.3. *Plan d'actions prioritaires*

4.3.3.1. *Prévenir les risques infectieux liés aux soins et la transmission des agents infectieux (dont les BMRs) en Établissements de Santé (ETS) grâce au soutien des équipes d'Hygiène et des CLINs des hôpitaux des GHTs.*

Les services les plus à risque seront identifiés pour chaque site et priorisés (service de soins critiques, patients immunodéprimés, patients âgés fragiles et dépendants).

Les indicateurs qualité du suivi de ces actions seront colligés par GHT car ils sont partie intégrante de la démarche de certification des ETS et du GHT demain.

La programmation de formation et d'évaluation des pratiques devra à terme aussi impliquer les EHPADs de nos départements, en lien avec les géiatres.

Pilotes GHTs : Pr O Traoré, Dr C Aumeran, Dr O Baud, Pr R Bonnet, Pr C Henquell, Dr Poirier, Pr B Souweine, Pr Schmidt

Il s'agit de la 1^{ère} action prioritaire de l'EMT Infectio-Auvergne

4.3.3.2. Aider à une juste prescription des antibiotiques (principalement antibactériens et antifongiques) pour prévenir l'émergence de la résistance bactérienne en construisant un réseau de correspondants bien identifiés, en lien avec les Commission des Anti-infectieux (Cai) et les COMEDIMS des ETS des GHTs.

Il s'agit de la 2^{ème} action prioritaire de l'EMT Infectio-Auvergne.

Une Hotline au CHU : 04 73 75 24 50 est opérationnelle aux heures et jours ouvrables. En dehors, le relai est pris par l'astreinte du service des Maladies Infectieuses et Tropicales.

Pilotes GHTs : Pr O Lesens, Dr O Baud, Dr M Vidal, Dr N Mrozek, Dr M Jouannet, Pr V Sautou, Pr H Laurichesse.

4.3.3.3. Vaccinations et Médecine des Voyages

- **Création d'un Centre de Vaccinations dans chaque hôpital des GHTs d'Auvergne en partenariat avec la CPAM.**

Un protocole d'accord est en cours de finalisation entre la CPAM 63 et le CHU, à titre expérimental, soutenu par la CNAM comme expérience pilote.

Ce projet doit prioritairement permettre de proposer et de faciliter l'accès à des vaccinations recommandées et donc remboursées aux patients (et à leur entourage le cas échéant) qui consultent dans notre CHU, notamment les adultes âgés de plus de 65 ans et ceux qui ont des comorbidités précoces (avant 65 ans) ou qui sont immuno-déprimés (ou qui vont l'être dans le cadre de protocoles de greffes et ou de thérapeutiques immuno-suppressive). Les enfants et les adultes plus jeunes sont également concernés pour les va.

Cet accès aux vaccinations sera limité (dans un premier temps) aux personnes du régime général. La création de Centres de Vaccination intra-Hospitaliers doit être promue à terme dans tous les CHs des GHTs d'Auvergne.

- **Création d'un réseau Auvergnat de Centres de Vaccinations Internationales et de consultations pour voyageurs internationaux, (CVI – CV), qui soient habilités et pérennes dans les six hôpitaux les plus importants des GHTs d'Auvergne avec mise en place d'une harmonisation des conseils prodigués et soutiens réciproques lors des pénuries de vaccins, ou pénurie de ressources humaines pour assurer un nombre de vacations ajusté à la demande.**

Au sein des CVI-CVs, l'évolution des compétences et des qualifications professionnelles devrait permettre des consultations assurées par des IDEs, sous réserve d'une formation universitaire (DU/DIU), et d'une délégation et d'une subsidiarité médicale solide.

Pilotes GHTs : Pr H Laurichesse, Dr S Dydymski, Dr V Corbin

4.3.3.4. Infection à VIH/SIDA et co-infections

Harmonisation des pratiques dans un parcours de soins dédié aux personnes atteintes par le VIH/SIDA et d'autres co-infections (hépatites virales, ISTs).

Le CoRéVIH Auvergne Loire coordonne sur le territoire les actions à mener et organise des RCPs sur site et par visio-conference.

Des consultations avancées sont réalisées par l'équipe du CHU à Moulins et au Puy en Velay (4 CS par mois) avec une forte implication du Dr C Jacomet.

IST et Santé Sexuelle

Il faut réduire l'exposition au VIH, aux ISTs et aux hépatites virales, mettre en place des CS PrEP dans le but de promouvoir la Santé Sexuelle, notamment à destination des HSH, des personnes les plus jeunes et des populations vulnérables (migrants) en renforçant les synergies entre les structures hospitalières et les CEGIDDs existants.

Il faut renforcer le Dépistage des ISTs et mettre à jour les vaccinations (HBV, HPV, HAV)

Pilotes GHTs : Dr C Jacomet, Dr V Corbin, Pr C Henquell, Dr F Gourdon, Dr F Moumouni, Dr E Nehmée, Dr O Antoniotti, Dr C Theis, Dr S Trouillet, Dr M Jouannet,

4.3.3.5. Améliorer la prise en charge des Infection Ostéo-Articulaires Complexes (IOAc) grâce au réseau coordonné par le Centre de Référence associé du CHU (intégré au réseau régional AURA).

Les Interfaces Public – Privé sont à formaliser notamment pour la chirurgie orthopédique entre hôpitaux du GHT et les Cliniques privées.

Pilotes GHTs : Pr O Lesens, Pr Descamps, Pr S Boisgard, Pr I Barthélemy

4.3.3.6. Recherche Biomédicale

- Construire des cohortes de patients atteints d'infections communautaires aiguës et hospitalisés dans les ETS des GHTs.

Les infections respiratoires aiguës (pneumonies, EABC, Grippe et tuberculose), urinaires et les endocardites peuvent être des thèmes qui pourraient donner lieu à un partage des données pour publication

- Les personnes infectées par le VIH doivent être incluses dans la base de données Hospitalières Françaises sur l'Infection à VIH (FHDH: French Hospital DataBase on HIV). L'ensemble des centres des trois GHTs d'Auvergne doivent y inclure les patients grace au logiciel eNadis.

4.4. Sur certains territoires

4.4.1. Protocole Sud

Dans le respect du projet médical partagé du GHT Haute-Loire, les actions de coopérations relevant du « Protocole Sud », accord –cadre structurant et historique entre les CH Issoire, Brioude et CHU de Clermont-Ferrand, seront poursuivies et développées.

Il sera procédé à une évaluation annuelle de ce protocole lors d'une réunion organisée par le CHU avec les établissements signataires du Protocole Sud. Le rapport d'évaluation sera transmis à l'établissement support du GHT Haute-Loire.

4.4.2. Territoires hors subdivision

Le centre hospitalier d'Ussel a réalisé une démarche de partenariat auprès du CHU de Clermont-Ferrand. Celle-ci est formalisée par une convention prévoyant en particulier une forte coopération en cardiologie.

Le Centre Hospitalier de Nevers bénéficie de consultations avancées d'hématologie et se porte candidat à l'accueil d'étudiants en médecine et d'internes de l'UFR de Clermont-Ferrand considérant que l'immense majorité des étudiants en médecine originaires de la Nièvre réalisent leur formation à Clermont-Ferrand.

5. Un pilotage territorialisé pour les établissements : une convergence participative

5.1. Qualité des soins et Bienveillance

Sur les 15 établissements du GHT, 11 ont fait l'objet d'une visite de certification HAS V2014 : CH Moulins-Yzeure, CH Nérès les Bains, CH Jacques Lacarin à Vichy, CH Montluçon, CH Cœur du Bourbonnais, CH Bourbon l'Archambault, CHS Ainay-le-Château, CH Thiers, CH Ambert, CH Clémentel et CH Issoire.

Le CH du Mont Dore aura sa visite en septembre 2017, le CHU de Clermont-Ferrand et les CH de Billom et de Riom, en novembre 2017.

Le CHU de Clermont-Ferrand peut avoir pour objectif de piloter efficacement à l'horizon 2020 la certification de l'ensemble des établissements du GHT Allier Puy-de-Dôme, qui apparaissent plutôt fragiles dans ce domaine.

5.2. Comité Ethique

Après une présentation en COSTRAT du Comité éthique du CHU, un projet de rapprochement des démarches éthiques de chaque établissement du GHT auprès de celle du CHU a été proposé.

5.3. Fonctions mutualisées

Le projet médical partagé du GHT « Territoires d'Auvergne » ne saurait être mis en œuvre sans une stratégie cohérente pour les fonctions supports clés. L'homogénéisation de ces fonctions et des pratiques doit ainsi permettre aux professionnels hospitaliers d'améliorer l'offre de soins en lien avec les besoins du territoire.

5.3.1. Système d'information

La gestion d'un système d'information constitue un levier central de réussite du GHT, en appui à sa stratégie médicale. Les échanges des groupes de travail et les projets médicaux partagés qui en résultent démontrent ainsi la nécessité de conduire une politique ambitieuse en matière de convergence des systèmes d'information.

Un schéma directeur du système d'information du GHT « Territoires d'Auvergne » doit à ce titre être élaboré. Il détaillera les moyens nécessaires pour parvenir aux objectifs suivants :

- constituer d'un identifiant unique sur le territoire, pour les patients et les professionnels.
- accompagner la mise en place de la fonction Achat du GHT en assurant l'adaptation du système d'information des établissements ;
- définir une politique commune sur la sécurité du système d'information ;
- déployer un socle de technologies unique pour le GHT (réseaux, téléphones, annuaires, postes de travail) ;

- déployer un socle fonctionnel applicatif unique en fonction du PMP. Si l'objectif d'un dossier patient informatisé unique à l'échelle du GHT constitue la finalité, il sera dans un premier temps déployé au sein des pôles inter-établissements. De même, un PACS commun sera mis en place dans le pôle inter-établissement d'imagerie médicale, à partir de la technologie utilisée au CHU.

5.3.2. Département de l'Information Médicale

Élaborer un projet médical partagé autour d'une stratégie commune de prise en charge suppose de pouvoir bénéficier d'un diagnostic territorial à l'échelle du GHT. Compte tenu de ses missions, le département de l'information médicale (DIM) participe ainsi à l'élaboration et à la mise en œuvre de ce projet médical partagé. Conformément à l'article 6113-7 du Code de la santé publique, le CHU de Clermont-Ferrand en assure aujourd'hui la gestion pour le compte des établissements partis au GHT « Territoires d'Auvergne ».

Afin de prendre en compte sa nouvelle dimension territoriale et d'en faire une ressource centrale pour le pilotage stratégique du groupement, l'organisation du DIM a été adaptée, à partir des valeurs qui fondent le GHT et des attentes des professionnels de santé.

Le fonctionnement du nouveau DIM de territoire repose ainsi sur trois axes :

- la constitution d'une équipe médicale de territoire. Tous les personnels des anciens DIM des établissements appartiennent désormais à cette équipe. En pratique, chaque professionnel a été maintenu sur son site et a conservé ses prérogatives.
- l'affirmation des principes de solidarité et de collégialité.
- le lancement de projets transversaux. Ils visent à délivrer aux établissements et au GHT les informations dont ils ont besoin pour construire leur stratégie et contrôler son application.

5.3.3. Achats

Au-delà de l'obligation juridique, la constitution d'une fonction Achat unique au sein du GHT représente un enjeu stratégique pour les « Territoires d'Auvergne ». La mobilité des professionnels sur le territoire et l'harmonisation des pratiques entre les établissements supposent en effet d'aller vers une réduction du nombre de références au sein du GHT. L'amélioration de la performance hospitalière passe également par la mutualisation des achats.

L'organisation en cours de la Fonction Achat s'appuie sur les valeurs fondatrices du GHT, inscrites dans la Convention Constitutive et dans le présent projet médical partagé. Elle repose ainsi sur les principes suivants :

- Collégialité et respect du principe de subsidiarité. Un responsable Achat unique sera désigné pour le GHT mais des référents seront maintenus dans chaque établissement. Les décisions stratégiques seront par ailleurs adoptées de façon collégiale et soumises à l'avis des chefs d'établissement.
- Performance et amélioration du service rendu. De nouveaux besoins ont été identifiés (système d'information, bureau des marchés unique, coordonnateur des achats, contrôleur de gestion des achats). Les investissements seront cependant limités au strict nécessaire et s'appuieront en priorité sur la mutualisation des moyens existants et la performance des achats.
- Respect des équilibres territoriaux et des agents. Dans la mesure du possible, les équipes d'acheteurs seront maintenues dans les établissements parties, au moins pour 2018.

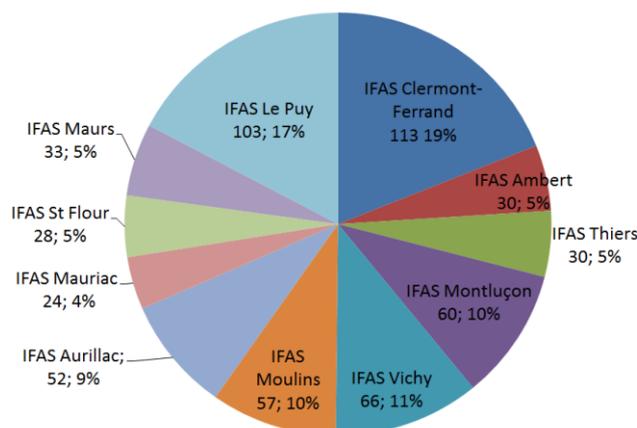
Un plan d'action des achats du GHT « Territoires d'Auvergne » a par ailleurs été adopté en COSTRAT.

5.3.4. Formation initiale (IFSI/IFAS)

L'ancienne région Auvergne accueille aujourd'hui 6 Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et 11 Instituts de formation d'Aides-Soignants. Les 6 IFSI sont déjà rassemblés dans un GCS.

Au sein du GHT Territoires d'Auvergne, le CHU de Clermont-Ferrand dirige, en lien avec le CH de Riom un IFSI et un IFAS, tout comme les CH de Montluçon, Vichy et Moulins. Les CH de Thiers et d'Ambert gèrent par ailleurs chacun un IFAS.

Répartition des 11 IFAS en Auvergne



Ce projet médical partagé est l'occasion de renforcer les liens entre ces différentes structures de formation, pour constituer une culture commune de la qualité et de la sécurité des soins entre les professionnels soignants du territoire

Les axes de travail suivants ont donc été définis pour la formation initiale:

- Garantir la réponse aux besoins de santé de la population par l'employabilité des futurs professionnels de santé en tenant compte des évolutions et des contraintes des ES ;
- Maintenir la professionnalisation de la formation tout en s'adossant à l'Université
- Développer la recherche en sciences infirmières en lien avec l'université, les directions de la recherche clinique et les directions des soins des ES ;
- Favoriser l'interprofessionnalité entre les différents professionnels de santé et les formateurs.

5.4. Recherche et DRCI de territoire

Le GHT porte une stratégie ambitieuse dans le domaine de la recherche médicale et paramédicale, sous la coordination du CHU de Clermont-Ferrand.

Le déploiement d'une valence recherche participe en effet à la politique d'excellence promue par le GHT. D'une part, la participation des CH aux actions de recherche permet à leurs patients de bénéficier des thérapies les plus innovantes et renforce l'attractivité de ces établissements vis-à-vis des professionnels en poste ou en formation. D'autre part, l'ouverture de la recherche sur le territoire permet de développer les compétences et les actions du CHU dans ce domaine.

L'affirmation de la politique de recherche au niveau du GHT requiert en ce sens :

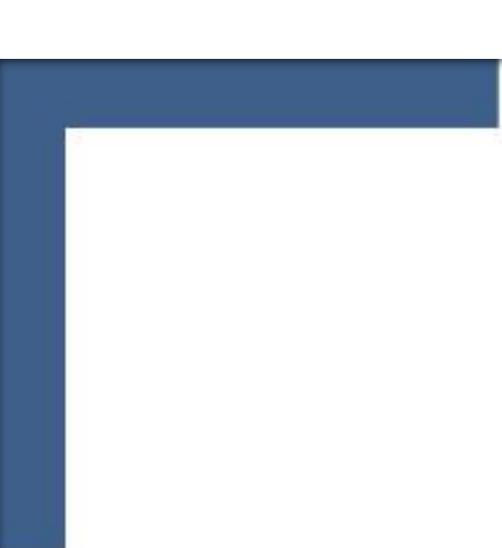
- Des personnels motivés et spécifiquement formés (bonnes pratiques cliniques, aspects réglementaires...);
- Une logistique adaptée (circuit des échantillons biologiques, circuit des produits de santé à l'étude, procédures de data management...);
- Un accès facile aux ressources bibliographiques (état de l'art, domaines en évolution...);
- Un support efficace en matière de méthodologie et biostatistiques;
- Un dispositif de veille performant sur les sources de financements (appels à projets) et sur les évolutions réglementaires.

Tous les établissements pourront proposer des projets de recherche conformes à l'un des cinq axes de la politique de recherche du CHU de Clermont-Ferrand :

- Cancérologie ;
- Nutrition/Mobilité ;
- Technologies médicales ;
- Neurosciences ;
- 3 iHP (Infection, inflammation, interactions Hôte-Pathogènes).

Le GHT prévoit en ce sens la mise en commun des moyens humains et matériels des établissements en matière de recherche. Il s'appuie notamment sur :

- la structure du CHU, qui assure l'accès aux sources bibliographiques et le support logistique indispensable. La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation doit ainsi se déployer sur l'ensemble du territoire.
- la participation des autres centres hospitaliers aux études académiques et en partenariat avec des industriels. Le GHT doit ainsi porter la politique des hôpitaux en matière de brevets et d'industrialisation des innovations médicales.



PARTIE 2 :
Présentation des
Projets médicaux
partagés des filières
prioritaires

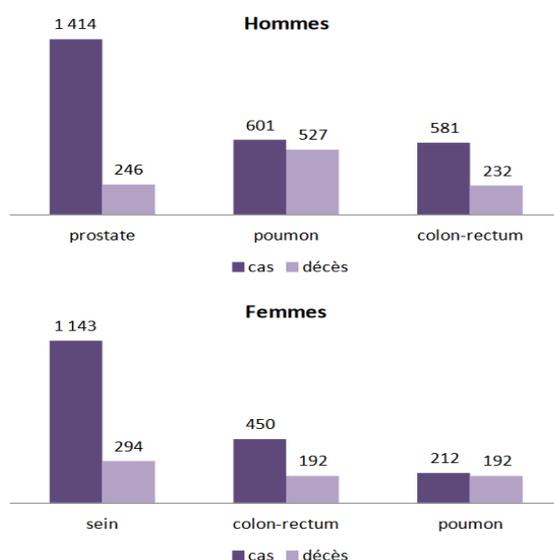
F01. Cancérologie

Contexte

La cancérologie est une spécialité dont l'organisation déjà existante au sein du GHT doit être renforcée et qui doit être traitée en inter-GHT ; il faut donc raisonner à partir de l'ensemble du territoire de l'Auvergne (notamment prendre en compte les départements 15, 43 et dans certains cas le département 58) et non seulement à partir du seul territoire du GHT.

La demande sur le bassin du GHT demeure stable chaque année avec une hausse légère de prévalence des cancers les plus fréquents.

L'incidence des cancers les plus fréquents dans l'Auvergne



Source : INSERM CépiDc - Nombre annuel moyen de décès - période 2010-2012 et InVS - incidence annuelle - période 2008-2010

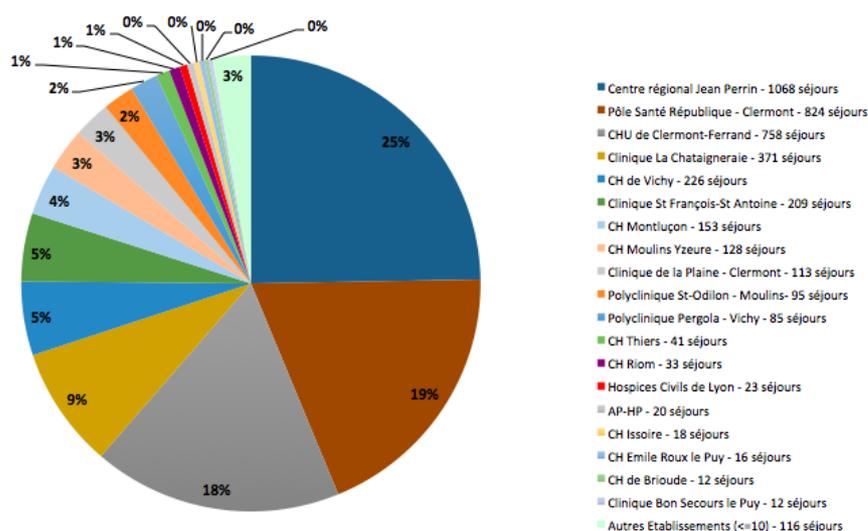
Au total, en 2015, les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme ont généré 46 456 séances de chimiothérapie, 41 225 séances de radiothérapie, et 4394 séjours pour une prise en charge chirurgicale des pathologies cancérologiques. Le GHT ne prend en charge que 34% de cette activité (24,4% dans le département du Puy de Dôme et 51% dans le département de l'Allier). Il faut bien noter que les séances de radiothérapie effectuées au Centre Joseph Belot (Montluçon) et au Pôle Santé République (Clermont-Ferrand) ne sont pas prises dans cette analyse en compte faute de données PMSI disponibles.

Le Centre Jean Perrin (CRLCC de Clermont Ferrand) est le leader territorial qui réalise 45,9% de l'activité totale du bassin du GHT (17% des chimiothérapies, 24% de la chirurgie du cancer, et 77% de la radiothérapie).

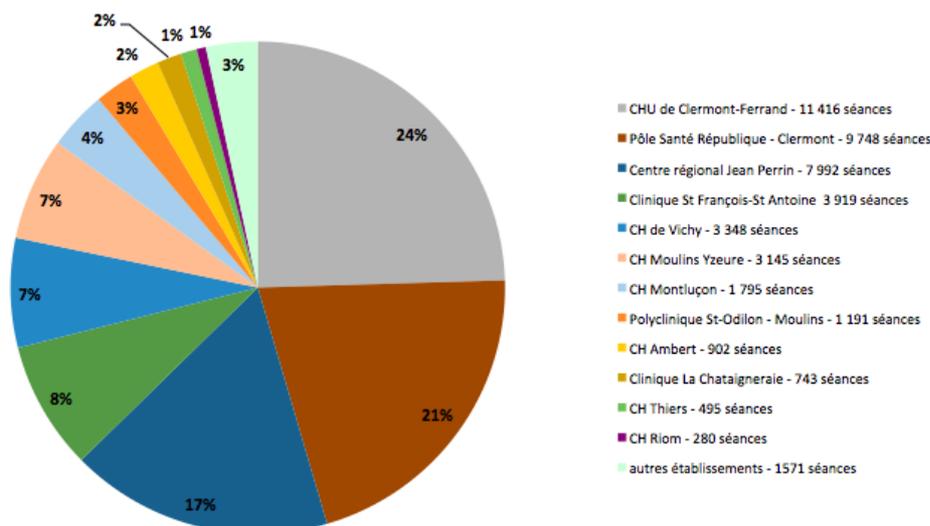
Avec une offre très riche et complexe, on constate que la demande en cancérologie fuit très peu le territoire (2,73%). Les quelques fuites sont vers les Hospices Civils de Lyon (0,5%), l'AP-HP (0,5%), Institut Gustave Roussy (0,4%) et les établissements publics et privés des départements frontaliers (CH d'Aurillac, CH de Puy en Velay).

Au niveau du GHT, l'offre de chaque site est très différenciée avec une logique de gradation des soins et de proximité respectant la subsidiarité et l'expertise. Les établissements participent aux RCP mises à dispositions par le CHU et par le CRLCC en sus des RCP internes à chaque établissement.

Poids des acteurs de la prise en charge chirurgicale du cancer sur le bassin du GHT en 2015



Poids des acteurs de la chimiothérapie du cancer sur le bassin du GHT en 2015



L'organisation de la cancérologie sur le territoire est coordonnée par le Réseau OncAuvergne. Le réseau contribue à la coordination de l'organisation régionale de la cancérologie, développe l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants en accompagnant les évolutions de l'offre de soins et forme les acteurs.

Le CH Moulins Yzeure est le seul établissement du GHT détenant l'autorisation pour la radiothérapie. Pourtant, lorsque l'on considère les chiffres PMSI (qui ne comptabilisent pas l'ensemble de la radiothérapie), il ne réalise que 53% de la demande de l'Allier. Le reste de cette demande est adressé au CLCC Jean Perrin. Cependant son aire de recrutement s'étend jusqu'à Nevers (58) et Paray-le-Monial (71).

Compte tenu de la démographie médicale défavorable, une rationalisation des activités principalement basée sur la subsidiarité conduisant à la réorganisation des sites est inévitable pour assurer la pérennité d'une activité de proximité sur le territoire. La démographie médicale est en état de dégradation pour toutes les spécialités intervenant dans la prise en charge du patient. Il est à noter que les équipes d'oncologie sont de plus fragilisées par l'âge des praticiens proches de la retraite.

Sur le plan chirurgical, le besoin dans les années à venir correspond au remplacement dans les CH de l'Allier, de praticiens qui partiront à la retraite notamment pour certaines activités bien développées comme la chirurgie du sein à Montluçon. Dans le Puy de Dôme, la prise en charge chirurgicale des cancers du tube digestif au CH Thiers est également mise en péril avec le départ à la retraite du seul chirurgien viscéral et les équipes du CHU interviennent déjà d'autres établissements du GHT pour prendre en charge chirurgicalement le cancer.

Il faut se préparer au remplacement et proposer rapidement la création de postes permettant le soutien des équipes prenant en charge la partie médicale de cancérologie et d'hématologie des CH de Montluçon, à Moulins et à Vichy. Les mêmes problèmes se posent dans les CH du Puy en Velay et d'Aurillac. Dans le Puy de Dôme, cette activité médicale cancérologique disparaîtra du CH d'Ambert à court terme avec le départ à la retraite du seul oncologue.

Concernant les filières techniques, la situation démographique est particulièrement dégradée en anatomopathologie. De 26 pathologistes présents sur le territoire (comprenant les effectifs du CHU, du CRLCC et de la structure privée Sipath), 13 sont âgés de plus de 55 ans.

L'accès aux examens commentaires d'imagerie est également perfectible, notamment en ce qui concerne les délais d'attente pour les examens d'IRM. Si les délais de réalisation de scanner paraissent acceptables, l'accès à une expertise concernant leur interprétation selon les règles de l'imagerie en cancérologie reste très précaire. L'accès aux examens de dépistage par l'endoscopie digestive est aussi déficitaire, spécialement au CHU, et devrait être renforcé au CH de Montluçon.

Dans l'Allier, les établissements font un effort considérable pour renouveler les équipes et pallier les absences de praticiens pour assurer la continuité des soins et le maintien des activités. Depuis plus de 10 ans, un soutien dont la demande a n'a fait qu'augmenter, a été apporté par le CHU aux CH de l'Allier, de la Haute Loire, du Cantal et de la Nièvre, créant alors une tension dans les équipes du CHU.

Globalement l'utilisation parfois dispersée et non coordonnée des moyens remet en question la capacité des sites de préserver leur offre à long terme alors que ces structures devraient tirer profit d'une meilleure organisation fédérative des soins.

Autorisations de la prise en charge du cancer du GHT Allier/Puy de Dôme

	Prise en charge chirurgicale						Chimio- thérapie	Radio- thérapie
	Urologie	ORL	Ovaires / Utérus	Sein	Digestif	Neurologie		
CH Montluçon	-	-	+	+	○	-	+	-
CH Moulins - Yzeure	+	-	-	-	+	-	+	+
CH Vichy	+	-	○	+	+	-	+	-
CHU Clermont-Fd	+	+	+	-	+	○	+	-
CH Ambert	-	-	-	-	-	-	*	-
CH Issoire	-	-	-	-	-	-	-	-
CH Riom	-	-	-	-	-	-	*	-
CH Thiers	-	-	-	-	○	-	*	-

+ Autorisation et seuil largement dépassé **○** Autorisation **-** Pas d'autorisation

- le CHU est le seul établissement ayant l'autorisation pour la chimiothérapie en oncopédiatrie

*Le CH d'Ambert (917), le CH de Thiers (495), le CH de Riom (297) sont des établissements associés à la chimiothérapie (ils sont associés à un établissement qui a l'autorisation est ils effectuent la prise en charge de proximité sous contrôle de l'établissement autorisé)

Etat des lieux pour le GHT Allier/Puy de Dôme

1) Chiffres de prise en charge du cancer en 2014 et 2015

2014	Seuils INCA	03						63							
		CHM	CSF	CHMY	CSO	CVH	CLP	CHT	CHR	CHI	CHAmb	CHU	CRLCC	PSR	CLC
Chimiothérapie globale		1763	6204	2541	1507	3162		292			932	12 267	10039	11121	882
Dont catégorie A		38	120	19	12							10	211	72	1
Dont Hémato		384	853	237	25	791		65			297	4 306	4	859	
Radiothérapie	600			8 833									35 413		
Chir digest	30	51	83	48	52	84	39	22	23	16		401	36	73	62
Chir mammaire	30	151	30	3	47	37	4	1			1	13	747	502	29
Chir ORL	20	7	7	12	1	1	1	1		1		199	97	90	39
Chir gynéco	20	34	10	27		17	11	5	1	1		91	125	20	28
Chir uro	30		172	41	2	12	57	5				188	21	100	226
Chir neuro	NC											NC			

2015	Seuils INCA	03						63							
		CHM	CSF	CHMY	CSO	CVH	CLP	CHT	CHR	CHI	CHAmb	CHU	CRLCC	PSR	CLC
Chimiothérapie		2 454	5 562	3 711	1 470	3 437	71	495	295		917	13 639	10 630	10 688	871
Dont catégorie A		8	119	16	32	7						28	202	36	4
Dont Hémato		621	1 074	821	9	771		14	69		320	5 144		830	
Radiothérapie	600			9 884									34 257		
Chir digest	30	30	94	60	31	100	33	29	28	10		450	18	71	54
Chir mammaire	30	117	16	7	82	52	3	3	1			6	717	617	45
Chir ORL	20	16	12	7	3	8	2					200	131	90	26
Chir gynéco	20	36	13	24		21	2	8	3	6		100	127	24	46
Chir uro	30		167	62	2	45	46			1		181	12	107	251
Chir neuro	NC											NC			

- Les chiffres suivant l'algorithme Inca
- Le CHU est le seul établissement ayant l'autorisation pour la chimiothérapie en oncopédiatrie
- Le PSR (Pole Santé République) est associée au cabinet privé Radiothérapie République pour la radiothérapie
- Catégorie « A » chimio pour tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée (mise à part de l'hématologie dans le codage)

GLOSSAIRE

CHM : Centre Hospitalier de Montluçon	CHR : Centre Hospitalier de Riom
CSF : Clinique Saint-François (Centre J.Belot pour la radiothérapie)	CHI : Centre Hospitalier d'Issoire
CHMY : Centre Hospitalier de Moulins Yzeure	CHAmb : Centre Hospitalier d'Ambert
CSO : Clinique Saint-Odilon	CHU : CHU de Clermont-Ferrand
CVH : Centre Hospitalier de Vichy	CRLCC : CRLCC Jean Perrin
CLP : Clinique de la Pergola	PSR : Pole Santé République
CHT : Centre Hospitalier de Thiers	CLC : Clinique La Chataigneraie

2) Description par filière de spécialité

a) Filières de soin par pathologie :

Dix filières de soins ont été identifiées. Il a été demandé un état des lieux en identifiant les qualités, les faiblesses et les besoins pour que l'activité puisse se maintenir voire se développer, en restant axé sur l'amélioration de l'offre et la qualité des soins, dans un souci de proximité et d'expertise. Une version plus détaillée, pour certaines filières est disponible à la fin du document.

① Filière pédiatrique

La filière pédiatrique est destinée aux patients âgés de 0 à 18 ans. La densité médicale très faible complique l'organisation de la filière. Seulement 25 pédiatres ayant une activité libérale ou mixte sont installés en Auvergne. Le territoire du GHT fait partie du bassin du réseau l'OIR AuRACLE au sein duquel certaines filières de la prise en charge ont été construites en partenariat avec l'IHOP à Lyon.

L'offre territoriale actuelle du GHT est riche, mais non-exhaustive générant ainsi des fuites de territoire pour certaines prises en charge spécifiques :

- Les rétinoblastomes pédiatriques sont adressés à l'Institut Curie
- La prise en charge pédiatrique par HAD est inexistante
- La radiothérapie pédiatrique est adressée à Lyon ou à Paris
- L'orthopédie pédiatrique est adressée à Lyon

Les membres du GHT interviennent dans les parcours patients pédiatriques en tant que « porte d'entrée » au CHU Clermont Ferrand, le seul établissement autorisé pour la chimiothérapie pédiatrique et disposant d'un service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique (SHOP) et d'une réanimation spécialisée. Le CHU joue ainsi le rôle :

- d'hôpital de proximité pour toutes les pathologies hématologiques et immunologiques bénignes du département du Puy de Dôme
- de centre de recours pour les pathologies du globule rouge et de l'érythropoïèse, l'hémophilie et anomalies constitutionnelles de la coagulation et les déficits immunitaires de la région Auvergne
- de centre spécialisé en cancérologie pédiatrique pour les pathologies malignes et les allogreffes de la région Auvergne-Rhône-Alpes (via AuRACLE)
- de centre de thérapie cellulaire pour les différentes pathologies malignes et non malignes adressées par d'autres hôpitaux français (enfants de petits poids (<15 kg) par exemple)

Le recrutement annuel au niveau du CHU est d'environ 50 nouveaux patients de 0 à 18 ans pris en charge/an issus de 1500 consultations spécialisées annuelles. L'activité cancérologie est répartie dans 2 unités : l'hospitalisation complète de 10 lits dont 4 lits ISO5, et l'Hôpital de Jour avec 7 lits de chimiothérapie. L'équipe médicale comprend 4 pédiatres. Un senior d'hémo-oncologie pédiatrique d'astreinte assure la permanence de soins.

Les CH de Vichy, de Moulins Yzeure et de Montluçon disposent des services de pédiatrie qui interviennent dans les parcours patients dans la phase inter-cure et de soins de support de proximité.

② Cancérologie cutanée

Il existe une hétérogénéité d'offre territoriale avec une densité faible des installations médicales hors aires urbaines de Clermont Ferrand et de Vichy. Seulement 35 dermatologues libéraux effectuent le dépistage de l'ensemble de la population auvergnate. La filière est ouverte vers la médecine de ville.

Répartition schématique de la prise en charge de cancérologie dermatologique dans le GHT:

Bassin de pop	Dermatologues Chir*	Chirurgiens	Surveillance en lien avec le CHU	Chimiothérapie
Puy de dôme	CHU (1) Libéral (5)	CHU (3+) CRLCC (5) PSR (3) CLC (4+) CHT (1)		CHU
Montluçon		CSF (1) CHM (1)	CHM (2)	CHM CSF
Moulins	Libéral (2) (dont 1 dans le 58)	CHMY (1) CSO (1)		CHMY CSO
Vichy	Libéral CHM	CHV (2) CLP (1)		CHV

*Dermatologues ayant une activité chirurgicale

Le service de dermatologie du CHU est l'établissement principal de recours pour la prise en charge de certaines tumeurs :

. La spécificité clinique et la relative rareté font que tous les lymphomes cutanés déclarés dans les deux départements (63 et 03) sont vus en consultation dans le service de Dermatologie du CHU. Les chimiothérapies et les immunothérapies, ou les protocoles plus lourds (allogreffes de moelle) y sont également réalisés. La surveillance ambulatoire est effectuée en collaboration avec les Dermatologues libéraux du territoire de santé ou avec les médecins hospitaliers des CH du GHT.

. La quasi-totalité des mélanomes cutanés ont été enlevés par un dermatologue libéral. Le service du CHU est sollicité pour avis en RCP sur les modalités de traitements complémentaires et de suivi ambulatoire, effectués le plus souvent, en alternance avec le Dermatologue libéral du patient.

. Pour les carcinomes, la filière de prise en charge est identique à ceci près que la quasi-totalité des traitements chirurgicaux complémentaires est assurée par les Dermatologues libéraux ou par les chirurgiens partenaires extérieurs au CHU, du secteur privé comme du secteur public. Les tumeurs de Merkel sont référées au service de Dermatologie du CHU. Les sarcomes de bas grade (tumeurs de Darier-Ferrand) sont tous pris en charge pour le traitement primaire au CHU. Les autres sarcomes sont adressés au CRLCC Jean Perrin.

③ Cancers du Sein

La filière de cancérologie mammaire s'appuie sur une densité médicale forte : 2 établissements du GHT disposent de l'autorisation de chirurgie cancérologique mammaire ainsi que 2 CH frontaliers : le CH d'Aurillac et le CH Puy en Velay. L'offre publique est très concurrencée par le secteur privé qui effectue deux tiers des actes chirurgicaux des cancers du sein sur le bassin d'attractivité du GHT.

Le centre de recours sur le territoire est le CRLCC Jean Perrin.

Le CHU ne dispose pas de filière cancérologique mammaire. Cette activité du GHT est donc principalement réalisée dans l'Allier avec dans les CH les modes d'entrée dans la filière suivants :

- Le CH de Vichy dispose de :

- o 4 radiologues formés à la sénologie et 2 opérateurs.
- o Spécificité : réalisation des biopsies et des oncoplasties, utilisation des techniques de ganglions sentinelles isotopiques pour le repérage, coordination territoriale d'Allier- SOS Sein. Cette filière est en progression.

- Le CH Moulins Yzeure dispose de :

- o 1 radiologue formé à la sénologie et 1 opérateur.
- o Spécificité : radiothérapie, néanmoins la filière du sein est très réduite et l'offre se développe majoritairement dans le privé

- Le CH Montluçon dispose de :

- o 2 radiologues formés à la sénologie et 2 opérateurs.
- o Spécificité : réalisation des biopsies et oncoplasties, utilisation des techniques de ganglions sentinelles isotopiques pour le repérage la médecine nucléaire.

Répartition schématique de la prise en charge de cancérologie mammaire dans l'Allier :

Centres	Dépistage/Diagnostic	Chirurgie	Radiothérapie	Chimio
CHM	CHM (2 radiologues)	CHM	CSF	CHM
CHMY	CHMY+ (1 radiologue) Privé+++ (3 radiologues) Moulins, Decize, Nevers	CHMY (1 opérateur) CSO (1 opérateur) La plupart des cas : opérés à la CSO, fuite vers CFD (CRLCC, PSR)	CHMY	CHMY
CHV	CHV+++ (4 radiologues) Privé+	CHV (2 opérateurs) Patients opérés au CHV, fuite possible vers CFD (CRLCC, PSR)	PSR++ CHMY++ CRLCC+ CH Roanne (rare)	CVH

④ Cancers gynécologiques

La filière gynécologique est construite autour d'une offre riche répartie équitablement entre les secteurs public et privé. Trois établissements du GHT ont l'autorisation de prise en charge chirurgicale de ces cancers : le CHU, le CH Montluçon et le CH de Vichy.

Il est prévu que, indépendamment des quotas, un réseau gradué sera monté au niveau du GHT pour permettre aux patients de bénéficier de la prise en charge si un plateau technique adapté se trouve à leur proximité.

La gradation des soins sur le territoire peut conduire à adresser un patient vers un établissement compétent pour la prise en charge chirurgicale avec un retour rapide vers l'établissement de proximité.

Niveau 1 : endomètre (stade 1A, 1B), chirurgie mini-invasive...

Niveau 2 : endomètre avec curage sentinelle...

Niveau 3 : hystérectomies, chirurgie des ovaires

Le niveau est déterminé en RCP.

Les comptes rendus opératoires, circuits biologiques (Anapath), examens radiologiques doivent être standardisés.

Organisation proposée pour les sites d'intervention, de chimiothérapie et de radiothérapie (tenant compte largement de l'organisation actuelle)

CH initial	Chir. Niveau 1	Chir. Niveau 2	Chir. Niveau 3	Chimiothérapie	Radiothérapie
CHU	CHU	CHU	CHU	CRLCC	CRLCC
CHM	CHM	CHM ou CHU**	CHM ou CHU**	CHM	CJB
CHMY	CHMY	CHU*	CHU*	CHMY	CHMY
CHV	CHV	CHU	CHU	CHV	CHMY
CHT	CHV ou CHU	CHU	CHU	CHT ou CRLCC	CRLCC
CHI	CHI ou CHU	CHU	CHU	CRLCC	CRLCC

* Participation chirurgien du CHMY au CHU

** CHM sous condition, sinon CHU. Participation possible d'un chirurgien du CHU au CHM.

⑤ **Cancers des voies aérodigestifs supérieures (VADS)**

La prise en charge des cancers des VADS comporte 2 filières distinctes : maxillo-faciale et ORL avec deux RCP distinctes, communes mises en place au niveau du territoire du GHT avec le CHU en tant que l'établissement de recours.

Le CHU dispose de :

- 5 opérateurs ORL, 3 opérateurs maxillo-faciaux, 2 chirurgiens plasticiens, 3 anesthésistes, 1 phoniatre, 1 chirurgien-dentiste
- Réseau des spécialistes référents bien défini
- Spécificité : membres du réseau

Le CH Moulins Yzeure assure notamment l'offre radiothérapeutique sur le territoire. Le bilan de dépistage se fait par le secteur privé.

Le CH Montluçon, de Vichy et de Moulins Yzeure ne réalisent pas (ou peu) de prise en charge chirurgicale et n'organisent pas de RCP spécifique pour cette catégorie cancérologique. Les services dédiés participent au dépistage, prennent en charge les bilans de néoplasie avant de les adresser à la RCP du CHU.

Répartition schématique de la prise en charge de cancérologie des VADS dans le GHT

Centres	Dépistage/Diagnostic	Chirurgie	Radiothérapie	Chimio
CHU	CHU Secteur privé CH du GHT	CHU Maxillo (3 opérateurs) ORL (5 opérateurs) Plus autres spécialités chirurgicales	CRLCC	CRLCC
CHM	CHM (2 praticiens)	Id CHU (CHM act. réduite)	CSF	CHM
CHMY	Secteur privé++ (2 praticiens)	Id CHU (CHMY act. requite)	CHMY	CHMY
CHV	CHV++	Id CHU (CHV act. réduite)	CHMY PSR CRLCC	CHV

⑥ Cancers thoraciques

La filière thoracique est centrée autour de l'offre du CRLCC Jean Perrin disposant de l'unique service de chirurgie thoracique unique dans l'Auvergne qui réalise l'ensemble des gestes diagnostiques et thérapeutiques. L'ensemble des dossiers d'oncologie thoracique pour l'Allier et le Puy de Dôme est discuté à la RCP d'oncologie thoracique commune au CHU de Clermont Ferrand et au CRLCC Perrin. Le CHU de Clermont Ferrand reste le centre de recours pour les endoscopies complexes et pour la radiologie interventionnelle.

Le CH Moulins Yzeure dispose de :

- 4 pneumologues donc 2 onco-pneumologues, endoscopies diagnostiques, HDJ pour les chimiothérapies

Le CH Montluçon dispose de:

- 2 pneumologues, endoscopies diagnostique, consultations avancées des oncologues du Centre Jean Perrin
- A noter que la Clinique St Francois St Antoine dispose de sa propre filière d'oncologie thoracique

Le CH de Vichy dispose de:

- 4 pneumologues, endoscopie diagnostique

Le CHU dispose de :

- 8 pneumologues temps plein dont 4 onco-pneumologues réalisant les endoscopies à visées diagnostique. 2 onco-pneumologues assurent les écho-endoscopies à visée diagnostique

Le CH de Riom dispose d'un pneumologue, une demi-journée du temps médical pour l'endoscopie diagnostique

Le CH d'Issoire dispose de 2 pneumologues attachés.

Le CH d'Ambert dispose d'un onco-pneumologue.

⑦ Cancers digestifs

La filière digestive est construite sur le principe de la gradation des soins dans le respect du principe des plans cancers et de l'INCA.

Concernant la chimiothérapie, pour le GHT, il existe des sites de chimiothérapies publiques indépendantes à Montluçon, Moulins et Vichy. Il existe par ailleurs une oncologie digestive privée à Montluçon et Moulins et les praticiens de la Clinique de la Pergola à Vichy fonctionnent en collaboration avec les oncologues du Pôle Santé République de Clermont-Ferrand.

Dans le 63, il existe un centre agréé au CHU Estaing et des centres associés à l'Hôpital de Riom, l'Hôpital de Thiers et l'Hôpital d'Ambert. La collaboration se réalise aussi avec les centres de chimiothérapie associés au CHU à l'Hôpital de Brioude et de Saint-Flour.

Pour la radiothérapie, au sein du GHT il existe un centre de radiothérapie publique à Moulins et le centre de radiothérapie référent du Centre Jean Perrin à Clermont-Ferrand. L'ensemble des gestes thérapeutiques de radiologie interventionnelle sont réalisés après discussion en RCP dans le service de radiologie au CHU. Il existe par ailleurs un centre de radiothérapie privé à Montluçon ainsi qu'à Clermont-Ferrand au Pôle Santé République.

La répartition de l'activité se fait essentiellement selon le domicile des patients. Certaines pathologies peuvent être transférées dans les centres experts de Clermont-Ferrand pour une prise en charge spécifique ou l'accès à un essai clinique.

En ce qui concerne la chirurgie cancérologique digestive, le CHU joue le rôle d'établissement de recours en prenant en charge quasiment l'intégralité des pathologies lourdes. Son équipe chirurgicale intervient dans les établissements périphériques si leurs plateaux techniques permettent d'assurer la qualité de soins nécessaire. Les trois hôpitaux de l'Allier disposent d'un service de chirurgie digestive ayant l'agrément pour la cancérologie. Il existe par ailleurs une activité de cancérologie digestive privée dans ces trois villes. Dans le Puy de Dôme, le CHU de Clermont-Ferrand, le Centre Jean Perrin (bien que n'atteignant pas les quotas) et le CH de Thiers disposent d'une autorisation. Un agrément va être demandé pour le CH de Riom qui a dépassé les quotas en 2016.

Il existe des RCP de Cancérologie Digestive dans les trois villes de l'Allier. Pour le Puy-de-Dôme, la RCP est réalisée au CHU Estaing (plus de 2 000 dossiers/an) sous forme d'une réunion hebdomadaire réunissant oncologues digestifs, radiothérapeutes, anatomopathologistes, chirurgiens. La RCP du CHU Estaing assure une RCP de recours qui concerne environ 25% des dossiers vus. Le CH de Brioude se connecte à la RCP du CHU Estaing de façon hebdomadaire.

⑧ Hématologie

Les hémopathies malignes (HM) couvrent un domaine de très large allant d'affections chroniques de suivi ambulatoire prolongé à des pathologies aiguës imposant prise en charge en extrême urgence. La délégation des soins suit une graduation basée sur des critères de gravité, de plateau technique et d'enjeu thérapeutique. Dans tous les cas, quelle que soit la nature de la décision thérapeutique, la prise en charge des HM nécessite une expertise en donc une discussion lors d'une RCP animée par des représentants de la spécialité.

Au CHU, les patients sont très souvent adressés par le médecin traitant, sinon par les services d'urgence, de médecine et de chirurgie du CHU et des CH (GHT et hors GHT) ou encore adressé par un médecin spécialiste libéral. Le service d'hématologie du CHU met à la disposition des professionnels une astreinte téléphonique 24/24 et 7/7 permettant de faire face aux demandes.

Il faut signaler deux cas particuliers. Les patients présentant des adénopathies intra-thoraciques sont adressés par le service de chirurgie thoracique du CRLCC, lorsque la biopsie montre une HM (lymphome le plus souvent). Les structures privées pratiquant l'oncologie, de l'Allier, du Cantal et du Puy de Dôme, adressent au CHU les patients ne pouvant relever de leur prise en charge (recours, greffe, leucémies aiguës, lymphomes cérébraux, lymphomes de Burkitt notamment).

D'une façon générale, le diagnostic en hématologie requiert une expertise et le recours à des techniques que le CHU possède et met systématiquement en œuvre pour un diagnostic de certitude, tant sur le plan nosologique que pronostique. De fait, dès que cela est nécessaire un transfert du matériel histopathologique est organisé vers le CHU pour deuxième lecture histologique et techniques complémentaires.

Au sein du GHT et en dehors du GHT la gradation des soins suit le schéma suivant:

Pathologies et procédures	CHU	CHMY	CHM	CHV	CHA	CHLPV	CHN
Autogreffes et Allogreffe							
Hémopathies de présentation grave		*	*	*	*	*	*
Hémopathies de diagnostic complexe		*	*	*	*	*	*
LAM et LAL inductions et consolidations							
Lymphome de Burkitt							
Lymphome Cérébral				*	*		
Maladie de Hodgkin		*	*	*		*	*
DLBCL		*	*	*		*	*
Lymphomes T		*	*	*		*	*
LLC			*				
Lymphomes indolents			*				
LAM mini-consolidations		*	*	*		*	*
LAL entretien		*	*	*		*	*
LMC		*	*	*		*	*
SMP PH1(-)		*	*	*		*	*
Autres hémopathies complexes#		*	*	*		*	*

#HPN, aplasie, LGL, L prolymphocytaire, non classables

Pas de restriction	Concertation accrue	Sous réserve RCP et personnel	Exclue
	*	*	

⑨ **Urologie** (présentation de la sous-filière qui doit être réalisée à l'automne 2018)

⑩ **Tumeurs cérébrales** (présentation de la sous-filière qui doit être réalisée à l'automne 2018)

b) Filières techniques

Cinq filières techniques ont été identifiées.

- Radiothérapie
- Anatomopathologie
- Examens de biologie spécialisée (Biologie moléculaire, Cytogénétique, - cytométrie en flux, HLA, Virologie, Auto-immunité notamment)
- Imagerie diagnostique et interventionnelle
- Préparation des cytostatiques

Concernant la radiothérapie et l'anatomie pathologique, celles-ci font partie intégrante de la filière Cancérologie du GHT dans le PMP. Les autres filières seront décrites dans les parties dédiées du PMP.

c) Filières transversales de soin :

Deux filières transversales de soin ont été identifiées

- Les soins de support, dont la place est très importante en cancérologie et seront décrits dans une partie dédiée du PMP
- La préservation de la fertilité (Plateforme PREservation FERtilité en Auvergne, PREFERA) est décrite dans le PMP Oncologie.

Les progrès thérapeutiques dans le traitement des cancers de l'enfant et du jeune adulte ont permis ces dernières années une nette amélioration des chances de survie par les différents traitements possibles de ces pathologies. Néanmoins, ces traitements exposent les patients à un risque très élevé de stérilité. La préservation de la fertilité est donc un enjeu majeur dans le parcours individuel de soin de ces jeunes patients. Dans ce contexte, conformément à la loi de bioéthique du 7 juillet 2011, le troisième plan cancer (2014-2019) la plateforme de préservation de la fertilité en Auvergne (PREFERA) s'est mise en place en 2016 au CHU. Cette plateforme bioclinique répond à la nécessité de systématiser l'information de la préservation de la fertilité dès la consultation d'annonce, d'assurer un égal accès des patients sur le territoire à la préservation de la fertilité et de favoriser la recherche sur la réduction des risques d'altération de la fertilité et sa restauration. La multidisciplinarité de cette plateforme permet une prise en charge optimale et un suivi médical par un parcours de soin personnalisé. Une infirmière coordinatrice a été recrutée pour cette plateforme grâce à un financement de la Ligue (0,4ETP) pour une période de deux ans. La préservation de la fertilité fait partie intégrante de la filière Cancérologie du GHT dans le PMP.

3) Organisation des structures médicales d'oncologie et d'hématologie

Ces structures prennent en charge sur le plan médical, les patients atteints de cancer, qu'il s'agisse de tumeurs solides ou d'hémopathies malignes. Elles interviennent lors du diagnostic, lors de l'administration des traitements en hospitalisation conventionnelle et en ambulatoire (hôpital de jour et consultation), lors de la surveillance, lors de la gestion des complications des traitements et lors de la prise en charge symptomatique, notamment de la douleur et des soins palliatifs. Du fait de la taille et des spécificités des établissements du GHT l'organisation est différente au CHU et dans les CH de l'Allier. Cette organisation est perfectible et souffre d'une démographie médicale insuffisante, spécialement en oncologie médicale

Organisation de ces structures au CHU.

Au CHU la répartition suit partiellement les spécialités d'organe. Suite à un diagnostic et/ou une prise en charge chirurgicale, les cancers pour lesquels les traitements médicaux de chimiothérapie et d'immunothérapie sont réalisés au CHU comprennent : les hémopathies malignes, les cancers digestifs (colon, rectum, estomac, œsophage, pancréas, et tumeurs hépatobiliaires), les cancers cutanés, les cancers broncho-pulmonaires, les cancers urothéliaux et certains sarcomes. On rappelle qu'il n'y a pas de filière cancer du sein organisée au CHU.

- La quasi-totalité des hémopathies malignes traitées au CHU le sont dans le service d'hématologie clinique et de thérapie cellulaire du CHU Estaing dans 3 unités d'hospitalisation : conventionnelle, soins intensifs hématologiques et hôpital de jour. Ce service est le seul référent en thérapie cellulaire chez l'adulte (allogreffe et autogreffe) en Auvergne. A cela s'ajoute une activité de consultation sur place dont la masse augmente de façon considérable du fait du développement des thérapeutiques ciblées orales.

- Les patients atteints de cancer cutané sont pris en charge dans le service de Dermatologie dans son secteur d'hospitalisation conventionnelle. Pour l'activité ambulatoire les traitements sont délivrés dans un hôpital de jour commun avec le service de médecine interne du CHU Estaing.

- Le service de chirurgie digestive comprend un hôpital de semaine dédiés à l'oncologie ou sont délivrées les chimiothérapies des patient atteints de cancers digestifs notamment colorectal, estomac, œsophage, pancréas. Si une hospitalisation prolongée est nécessaire les patients sont hospitalisés dans le service de chirurgie digestive. Le service de médecine digestive qui comprend un secteur d'hospitalisation et partage l'hôpital de semaine participe aussi à cette filière.

- Le service de pneumologie partage un hôpital de jour avec le service d'urologie, secteur où sont réalisés les chimiothérapies ambulatoire des cancers broncho-pulmonaires et des cancers urothéliaux.

Pour les cancers des VADS, les cancers de l'utérus et de l'ovaire et les tumeurs cérébrales non hématologiques, les patients sont adressés après leur prise en charge initiale vers le CRLCC Jean Perrin pour la suite de la prise en charge médicale.

Lorsque sont plus proche d'un établissement dans lequel la prise en charge est cohérente avec le principe de subsidiarité les patients sont adressés vers d'autres établissements du GHT, à savoir dans le 63 vers les CH de Riom, Thiers et Ambert dans le 03 vers établissements de Montluçon, Moulins-Yzeure et Vichy. Cette organisation s'applique hors GHT, dans le 15 vers les CH d'Aurillac et de Saint-Flour, dans 43 vers les CH de Brioude et du Puy en Velay et dans le 58 vers le CH de Nevers.

Organisation de ces structures dans les autres CH de l'Allier

Chacun des centres hospitaliers de Vichy dispose d'un hôpital de jour ou est réalisé l'activité ambulatoire de cancérologie et d'hématologie et bien d'un secteur de consultation.

Lorsque les patients relèvent d'une hospitalisation :

- au CH de Vichy : il existe un hôpital de semaine (de ... lits) dédié à l'activité. Pour les hospitalisations prolongées les patients sont pris en charge en Rhumatologie, en pneumologie ou en gastroentérologie.
- au CH de Moulins-Yzeure : il existe un service d'oncologie de 22 lits, dont 2 sont de soins palliatifs
- au CH de Montluçon : il existe un service d'oncologie de 22 lits, dont 2 sont de soins palliatifs.

Ces 3 structures font face à une pénurie médicale critique qui s'est aggravée en 2016-2017. Malgré cette pénurie, l'activité, si l'on considère comme indicateur le nombre de chimiothérapie réalisé en 2014 et en 2015, a été soutenue et a même pu augmenter. Les chiffres de 2016 encore non disponibles devraient montrer une baisse au CHM.

Praticiens exerçant exclusivement à l'oncologie et l'hématologie dans le GHT

	CHM	CHMY	CHV
Activité 2014**	1763	2541	3162
Activité 2015**	2454	3711	3437
Praticiens dédiés « Stabilisé » 1er juillet 2017	Onco (1)	Onco (1 au 01/07/17) Hémato (1) à 80%	Onco (1)
Praticiens dédiés « Précaires* » 1er juillet 2017	Onco (2) Médecine int/onco (1)		Onco (1)
Interne	Possible incertain	Possible incertain	Possible incertain
Aide CHU sur place	Cs avancée 1 j/m	Cs avancée 2j/m	non
Note	Un praticien très actif est largement au-delà de l'âge habitué de la retraite.	Le praticien d'oncologie est attend pour le 1er juillet.	Un praticien avec une perspective de départ à la retraite dans les 2 ans

* Praticiens au-delà de l'âge de la retraite ou dont la pérennité de l'activité n'est pas administrativement établie

** Indicateur le nombre de chimiothérapie réalisé en 2014 et en 2015

Organisation de ces structures dans les GHT limitrophes

Chacun des centres hospitaliers d'Aurillac, Le Puy en Velay et Nevers dispose d'un hôpital de jour ou est réalisé l'activité ambulatoire de cancérologie et d'hématologie et d'un secteur de consultation.

Lorsque les patients relèvent d'une hospitalisation :

- au CH d'Aurillac : les patients sont pris en charge dans les services de médecine A et de médecine C
- au CH du Puy en Velay : il existe un service d'oncologie de zz lits, dont z sont de soins palliatifs
- au CH de Nevers : il existe un service d'oncologie de zz lits, dont z sont de soins palliatifs.

Parmi ces 3 structures le CH d'Aurillac paraît à l'équilibre mais pourrait développer son offre publique en oncologie. Les CH de Nevers et du Puy en Velay font face à une pénurie médicale critique.

Praticiens exerçant exclusivement à l'oncologie et l'hématologie hors GHT

	CHA	CHLPV	CHN
Activité 2014**	1976	2231	2517
Activité 2015**	2172	3286	3684
Praticiens dédiés « Stabilisé » 1er juillet 2017	Onco (1) Généraliste PH (1) Hématologue (1)	Onco (1) Assistant (1)	Onco (1) Assistant généraliste (1)
Praticiens dédiés « Précaires* » 1er juillet 2017	non	non	Onco (1) (%)
Interne	Possible incertain	Possible incertain	Possible incertain
Aide CHU sur place	Cs avancée 1 j/mois	Cs avancée 2j/mois	Cs avancée 1j/mois
Aide CRLCC sur place	?	Oui	Oui

* Praticien du privé intervenant au CH de Nevers.

** Indicateur le nombre de chimiothérapie réalisé en 2014 et en 2015

Ces centres hospitaliers avec lequel le CHU a une collaboration ancienne pourraient aussi bénéficier de la mise en place d'une équipe médicale de territoire

Enjeux

L'enjeu primordial du volet cancérologie est clair : revitaliser l'offre de soins publique en cancérologie dans l'Allier et le Puy de Dôme afin de permettre aux patients de se faire soigner sur le territoire et dans les délais convenables, et enclencher un cercle vertueux permettant de sécuriser les autorisations des établissements pour assurer la pérennité des prises en charges publiques.

L'offre de prise en charge par organe doit être plus visible en mettant en avant les points forts organisationnels du GHT afin de se rendre concurrentiel vis-à-vis du secteur privé, ainsi qu'en tirant parti de l'offre de proximité.

Il est fondamental de développer les parcours patients par filière sur le territoire et perfectionner leurs sécurités et qualités en recourant aux moyens locaux chaque fois que cela est possible.

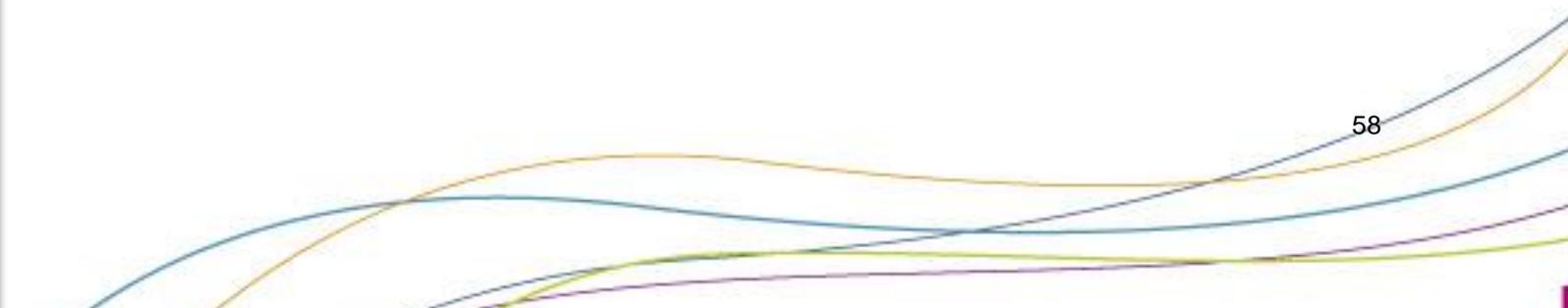
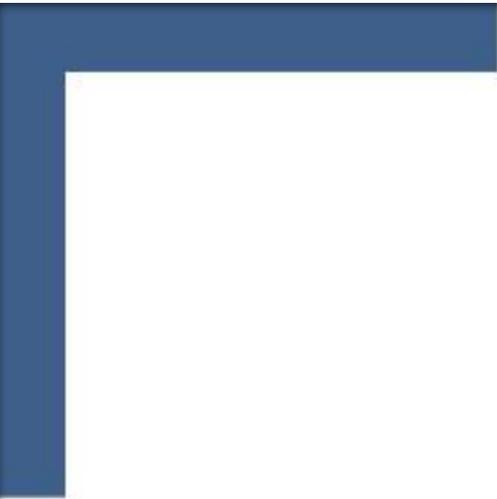
En même temps, il est important de réaffirmer la place de la prévention dans le système des soins et de mettre en place des actions communes favorables pour un dépistage du cancer précoce et facilement accessible.

Une attention spécifique doit être portée aux bassins du CH de Thiers et le CH d'Issoire et assurer la rentrée fluide de ces populations au parcours de soins de l'ensemble des filières. De même, il est important de pérenniser la radiothérapie du CH. de Moulins au moyen d'un travail sur les politiques d'adressage.

Pour parvenir à faire face à ces différents enjeux, il est nécessaire de pérenniser le temps médical et de pallier aux défaillances de l'offre publique territoriale.

4) Mise en place d'une fédération :

L'analyse de l'ensemble des filières par organes appelle la création d'une fédération pour poursuivre la structuration territoriale des activités d'oncologie. Ainsi certaines filières sont déjà en mesure de présenter une structuration aboutie alors que d'autres sont en cours de réflexion. L'organisation fédérative permettra la poursuite de cette dynamique.



Actions

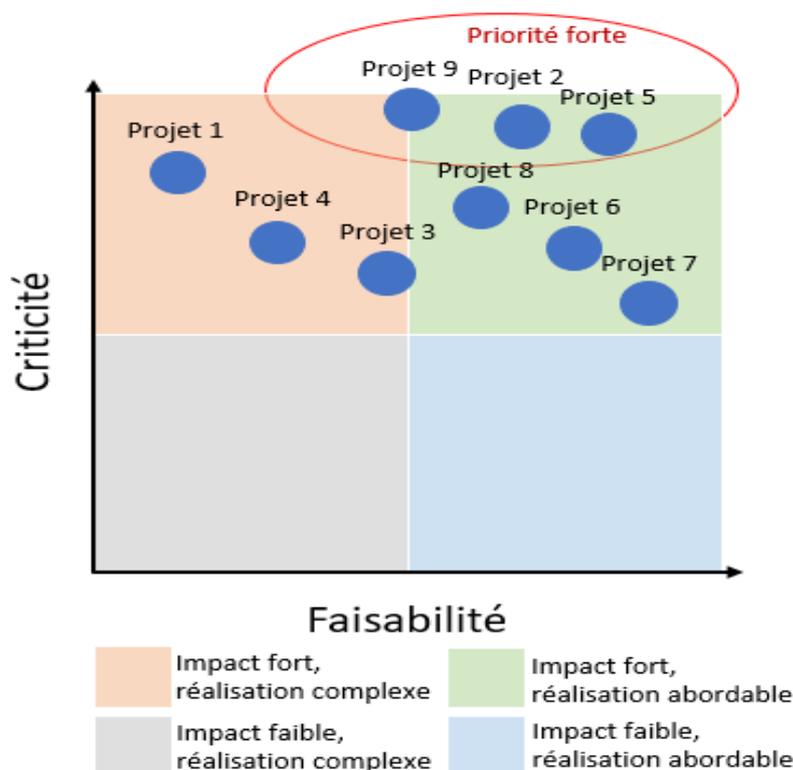
N°	Projet	Objectif	Actions
1	Etudier filière/filière de la centralisation au CHU de l'anatomo-pathologie	<p>Assurer l'accès égal à l'expertise</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la lecture anatopath classique (Histologie et IHC étendue) - des analyses complémentaires : cytogénétique, cytométrie, biologie moléculaire, congélation <p>Favoriser l'interaction entre biologistes et cliniciens pour une meilleure prise en charge des patients</p> <p>Anticiper la pénurie médicale et pérenniser le temps médical</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir l'état des lieux des contrats avec le prestataire externe - Chiffrer les besoins du GHT en nombre de praticiens, en nombre d'examen (biologie moléculaire incluse) et logistiques - Etablir un business plan
2	Renforcer le temps médical	<p>Dans un premier temps, maintenir la qualité et la sécurité des soins et dans un second temps, développer l'offre</p> <p>Augmenter l'efficacité des ressources allouées</p> <p>Anticiper la pénurie de la démographie médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les praticiens spécialistes pour la chirurgie du cancer du rectum, la chirurgie de l'œsophage, la chirurgie du pancréas - Augmenter le nombre d'oncologues digestifs - Envisager du temps médical du pneumologue au CH de Thiers et au CH de Riom - Conforter le temps médical d'ORL dans l'Allier - Créer des postes d'assistant partagé pour la filière VADS - Forte interaction avec le PMP radiologie : implication, création de postes et formation des radiologues pour diagnostic, surveillance, notamment patients sous immunothérapie. - Mettre en place des consultations avancées d'oncologie au CH de Thiers, au CH d'Issoire et au CH d'Ambert

N°	Projet	Objectif	Actions
			<ul style="list-style-type: none"> -Etudier la création de postes d’infirmières coordinatrices et AMA pour les différentes filières - Renforcer et pérenniser le temps médical et de l’infirmière coordinatrice de la plateforme de préservation de la fertilité, PREFERA
3	Adapter les installations aux parcours patients territoriaux	<p>Améliorer la qualité de prise en charge</p> <p>Pallier à la défaillance de l’offre territoriale</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Développer les programmes d’éducation thérapeutique -Développer un HDJ au CHU pour réaliser les bilans d’extensions et les consultations pour la filière VADS et pour la cancérologie thoracique. - Identifier un centre spécialisé SSR pour des patients trachéotomisés et ayant des problèmes de phonations et déglutition et pour les patients métastasés. -Améliorer l’adressage des patients vers la radiothérapie du CH Moulins Yzeure -Améliorer l’adressage des patients du CH Moulins Yzeure vers le CH de Vichy et le CH Montluçon pour la chirurgie mammaire -Promouvoir le dispositif PREFERA dans les parcours Adolescent/ Jeune adulte et organiser le suivi à long terme -Favoriser le développement de protocoles sur l’ensemble du GHT permettre aux malades l’accès aux traitements et/ou stratégies innovantes
4	Création d'une USP Nord Auvergne	L'USP vichyssoise aurait vocation à couvrir le nord du territoire du GHT et s'inscrirait dans un partenariat avec les autres centres hospitaliers du département de l'Allier.	

N°	Projet	Objectif	Actions
5	Améliorer le diagnostic du cancer	<p>Rationaliser les moyens pour accélérer le dépistage</p> <p>Assurer l'accès égal aux soins</p> <p>Améliorer les délais d'attente</p> <p>Eviter la fuite des patients vers le secteur privé</p> <p>Organiser une prise en charge rapide et coordonnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser une formation commune pour les filières techniques - Spécialiser les établissements de l'Allier pour le diagnostic d'imagerie ORL - Développer la bronchoscopie dans les établissements périphériques frontaliers au GHT - Organisation de la fibroscopie du cancer du poumon : Etudier la centralisation des moyens au CH Vichy et au CHU. - Renforcer des examens de tomodensitométrie et de l'IRM pour l'ensemble de la et notamment la cancérologie digestive. Cf PMP imagerie -Améliorer l'accès à l'endoscopie digestive haute et basse au CHU, au CH de Montluçon notamment. - Développer la mammographie publique dans l'Allier et dans le Puy-de-Dôme.
6	Créer la filière Adolescents/Jeunes adultes	Homogénéiser la prise en charge de la population âgée de 16 à 24 ans en assurant la participation d'un pédiatre dans sa prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> -Identifier clairement le parcours patients -Identifier les lits dédiés -Créer une équipe mobile territoriale pour encadrer les médecins libéraux -Mettre en place un RCP commun avec la participation des oncologues et des pédiatres -Formaliser le réseau des spécialistes
7	Identifier les nouveaux parcours patients pour les cancers gynécologiques	Privilégier la prise en charge de proximité chaque fois que le plateau technique le permet	<ul style="list-style-type: none"> -Repartir les établissements GHT selon les niveaux du plateau technique -Organiser une RCP commune pour mieux adresser les patients vers la structure adaptée de proximité

N°	Projet	Objectif	Actions
8	Améliorer la relation ville/hôpital	Faciliter la rentrée des patients dans le circuit des soins hospitaliers Améliorer la lisibilité des filières	-Identifier les numéros uniques par filière cancérologique et par centre de prise en charge pour faciliter la prise en contact rapide et coordonné
9	Réorganisation des unités d'oncologie médicale et hématologie clinique	Pallier la faible démographie médicale Libérer le temps d'expertise des spécialistes pour assurer qualité, sécurité et développement Afficher une lisibilité des activités pour chaque établissement Mettre à disposition du temps médical dans les établissements du GHT, sans déséquilibrer les structures (notamment CHU) qui mettent à disposition ce temps médical	-Au CHU : création d'une unité d'oncologie médicale et réorganisation des hôpitaux de jours dédiés à l'hématologie et à la cancérologie - Dans les CHG de Vichy, Moulins et Montluçon : concentrer l'activité des spécialistes oncologues et hématologues sur les activités Hôpital de Jour, Consultation, Veille Biologiques, RCP et recherche clinique. - Dans les CHG de Vichy, Moulins et Montluçon : identifier structures médicales dédiées à l'hospitalisation (non ambulatoire) des patients en relation avec les spécialistes d'oncologie et d'hématologie et soins de support, conformément à un règlement intérieur. - Identifier les besoins et créer une équipe médicale de territoire permettant de soutenir les activités ambulatoire médicale d'oncologie et hématologie dans les CHG
10	Créer une fédération de cancérologie	Structurer juridiquement les règles de gestion des personnels médicaux (rémunération des praticiens), et l'organisation des services, filière par filière, avec définition des activités cibles site à site avec un niveau de qualité garanti	Exemple de l'hématologie et de l'oncologie : modèles organisationnels à définir entre services d'HC dédié, avec consultations et Hôpital de jour, plus consommateur de temps Hémato- Onco et activité d'HC intégré à un service de médecine polyvalente, sous conditions d'un certain niveau de compétences médicales et paramédicales

Priorités d'action



Le projet 1 (l'anatomopathologie) est extrêmement critique : il est la condition du développement durable de la discipline dans l'Auvergne en raison de la démographie médicale. Son importance est aussi majeure pour la population à laquelle il faut assurer un accès à l'expertise. Son objectif est avant tout d'assurer l'accès égal à l'expertise de la lecture anapath classique et des analyses complémentaires : cytogénétique, cytométrie, biologie moléculaire, congélation. Sa réalisation devra tenir compte des organisations locales existantes.

Le projet 2 et 4 (renforcer le temps médical) est au cœur de la pérennisation des filières cancérologiques. Le GHT affiche clairement sa volonté de préserver la proximité des soins indispensable pour le confort des patients et leur meilleur rétablissement. Le projet est critique pour la territorialisation de la prise en charge cancérologique. Sa criticité relève également du manque de temps médical qui va s'aggraver à moyen terme. Il est conditionné par une collaboration étroite entre les établissements et un soutien des tutelles, stratégique et financier, ce qui rend sa mise en place complexe. Le projet demande une coordination au niveau du GHT.

Le projet 3 (adaptation des installations) relève de la nécessité d'une réorganisation d'allocation des ressources de même manière que les projets 2 et 4. La réflexion sur les filières territoriales a mis l'accent sur les manques de l'offre d'infrastructures pour la prise en charge complexe. La mise en place de ce projet nécessite une mobilisation forte à la fois du temps médical des équipes et moyens financiers.

Le futur rôle du GHT dans la santé publique de l'Auvergne dépend du projet 5 (dépistage). Son impact sur la santé de la population est majeur. De ce fait, sa mise en place est prioritaire et conditionne la réussite de tous les autres projets, parce qu'il permet de reconstituer un point de rentrée dans toutes les filières publiques de cancérologie.

Le projet 6 (filiale AJA) bénéficie d'un soutien fort des équipes médicales et peut devenir la mesure clé de cohésion et de convergence de l'équipe territoriale. Il s'agit d'un projet qui a pour le but d'améliorer la qualité de la prise en charge de la population en créant une offre ciblée aux besoins spécifiques.

La démarche de la territorialisation de l'offre des soins se décline dans le projet 7 (filiale gynécologique). Plusieurs établissements mis en écart dans la prise en charge du cancer en raison de l'absence d'autorisation retrouveront leur rôle de proximité en vertu de l'offre de soins locale.

Le projet 8 (communication ville/hôpital) est un projet cadre de la cancérologie territoriale. Un rétablissement des liens ville/hôpital et l'affichage clair des filières sera un témoignage du succès du projet médical partagé. Le projet nécessite notamment un soutien des directions et l'investissement des équipes médicales.

Le projet 9 (structuration des unités d'hématologie et de cancérologie) est critique car d'une part il fait référence à des unités qui aujourd'hui sont en grande souffrance dans chaque établissement, d'autre part il conditionne le succès des autres projets. Sa réalisation doit passer par la mise à disposition d'une équipe médicale de territoire qui tiendra compte des besoins à implémenter dans les CHG du GHT, et de la déplétion qui en résulte au CHU.

Descriptif détaillé des filières

1. FILIERE ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE

Introduction

L'Auvergne représente un territoire relativement étendu et il est donc impératif de tenir compte de la distance géographique entre certains bassins de populations, mais aussi entre le CHU de Clermont-Ferrand et d'autres centres d'oncologie pédiatrique de la nouvelle région ARA et hors région ARA (par exemple, pour la radiothérapie, la ville d'Aurillac est équidistante de Lyon et de Toulouse).

La très faible densité de population (51,3 habitants/ km² – seule la Guyane, la Corse et le Limousin ont une densité inférieure) par rapport à celle de la région Rhône Alpes (144 habitants/ km²) et la démographie médicale : 25 pédiatres ayant une activité libérale ou mixte pour toute l'Auvergne (19 dans le Puy de Dôme, et 2 dans l'Allier, le Cantal et la Haute Loire) ajoute des difficultés pour constituer des réseaux. L'enjeu en Auvergne est donc d'allier qualité et proximité des soins.

Le service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique (SHOP) assure pour les enfants et les adolescents son rôle de :

- d'hôpital de proximité pour toutes les pathologies hématologiques et immunologiques bénignes du département du Puy de Dôme
- de centre de recours pour les pathologies du globule rouge et de l'érythropoïèse, l'hémophilie et anomalies constitutionnelles de la coagulation et les déficits immunitaires de la région Auvergne
- de centre spécialisé en cancérologie pédiatrique pour les pathologies malignes et les allogreffes de la région Auvergne-Rhône-Alpes (via AuRACLE)
- de centre de thérapie cellulaire pour les différentes pathologies malignes et non malignes adressées par d'autres hôpitaux français (prise en charge des enfants de petits poids (<15 kg) par exemple)

Le recrutement annuel au niveau du CHU 63 (Esaing) est d'environ 50 nouveaux patients de 0 à 18 ans pris en charge/an. Il s'agit des enfants et des adolescents du département Auvergne mais également de certains enfants des départements limitrophes : 12, 23, 58, 19.

L'activité cancérologie pédiatrique est étroitement liée à la fois à celle de d'hémo-immunologie non maligne (Cette dernière représente une cohorte d'environ 90 patients (drépanocytaires, cytopénies, troubles de l'hémostase...) mais aussi à celle de la filière des maladies inflammatoires de l'enfant qui sont en effet prises en charge par les mêmes acteurs.

L'activité cancérologie est répartie dans 2 unités: l'Hospitalisation complète de 10 lits dont 4 lits ISO5, et l'Hôpital de Jour avec 7 lits de chimiothérapie.

L'équipe médicale comprend 4 pédiatres (1 PU-PH, 1 CCA, 3 PH =2.6 ETP).

Chaque année environ 1500 consultations pédiatriques de spécialité sont réalisées par l'équipe médicale de l'hémo-oncologie pédiatrique.

Toutes les spécialités médicales et chirurgicales, nécessaires à la prise en charge des cancers de l'enfant, sont présentes au CHU Esaing. L'hôpital dispose également d'une réanimation spécialisée.

La plateforme de préservation de la fertilité PREFERA créée en partie par les onco-pédiatres est située dans le même bâtiment.

Les urgences pédiatriques drainent 30 000 passages par an, où est réalisée une partie des découvertes de cancer (environ 10%).

Les soins palliatifs sont assurés par une équipe mobile de soins palliatifs avec un onco-pédiatre (0.4 ETP).

Les enfants relevant de l'hémo-oncologie peuvent bénéficier d'une HAD avec activité pédiatrique sur tout le territoire du département 63.

Tous les types de cancer de l'enfant peuvent être pris en charge sur place avec certaines restrictions cependant :

- Les rétinoblastomes sont tous adressés à l'Institut Curie, mais pris en charge conjointement pour la chimiothérapie.
- La radiothérapie pédiatrique est adressée à Lyon, à Paris ou dans un autre centre selon la technique (par exemple la proton-thérapie), les disponibilités et les souhaits des familles. L'abandon de la prise en charge de la radiothérapie pédiatrique par le Centre Jean Perrin depuis le 15/12/2011 pose des problèmes d'organisation de soins pour nos patients :

- l'éloignement familial prolongé (séjours de 5 – 6 semaines de l'enfant et d'un des deux parents dans un centre souvent éloigné voir en dehors de l'inter région (Paris, Nantes, Marseille, Toulouse),
- les difficultés pour l'équipe médicale d'organiser la radiothérapie en dehors de l'inter région (pas de convention entre les établissements),
- en moyenne 10 patients sont concernés par an.

- L'orthopédie pédiatrique est adressée à Lyon

L'activité de suivi à long terme est très structurée avec la cohorte LEA et la cohorte SALTO.

Le SHOP réalise toutes ses greffes de CSH allogéniques et autologues.

Les CHG correspondants sont ceux de:

- Moulins le Dr Isabelle Cloix
- Montluçon le Dr Benedicte Maisonneuve
- Vichy pas de correspondant clairement identifié
- Aurillac le Dr Claudine GARNIER
- Puy en Velay pas de correspondant clairement identifié

L'équipe du SHOP participe activement et systématiquement à l'OIR AuRACLE (3 RCPPI par semaine) et aux au RCP de recours nationales : RCP Greffe nationale (Nantes), RCP AYA, et RCP TUTHYREF (tumeurs thyroïdes complexes tous âges).

Le SHOP est l'un des 32 centres de la Société Française des Cancers de l'Enfant et de l'Adolescent.

Filières en cancérologie pédiatrique				
Filière :	Chimiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie	OIR
Les tumeurs de l'appareil locomoteur	CHU 63	Lyon (HCL)	Lyon (CLB)	AuRACLE
Les tumeurs cérébrales	CHU 63	CHU 63	Lyon (CLB) hors protons. Compte tenu de l'étendue de la région, la radiothérapie pédiatrique est adressée à Lyon, à Paris ou dans un autre centre selon la technique (proton thérapie), selon les disponibilités et les souhaits des familles	AuRACLE
Les greffes de cellules souches hématopoïétiques	CHU 63	Non Applicable	Centre Jean Perrin 63 (irradiation corporelle totale)	AuRACLE
La mise en œuvre des essais précoces	CHU63 – CIC INSERM 1405 pédiatrique	Non Applicable	Lyon (CLB)	AuRACLE
Les Rétinoblastomes	CHU 63	l'Institut Curie	l'Institut Curie	Non Applicable
Recensement d' RCP de recours et sites de recours en oncopédiatrie identifiés dans notre région pour certaines prises en charge, notamment complexes				
CHU 63	RCP de recours interrégionale	RCP de recours national	PEC de recours interrégionale	PEC de recours national
	RCP AuRACLE	RCP Greffe nationale (Nantes), RCP AYA, et RCP TUTHYREF*	Cf. tableau plus bas	PEC des rétinoblastomes à l'institut Curie
* TUTHYREF: tumeurs thyroïdes complexes tous âges				

Une nouvelle RCP de recours avec visio/web conférence sera prochainement ouverte à Lyon (en lien initial avec Trousseau et le CHU 42) sur le traitement chirurgical des tumeurs rénales complexes.

Les RCP AuRACLE bénéficie du dispositif régional DCC porté par le RESC-RA et SISRA (inscription dans l'annuaire régional, utilisation de la webconférence :

OIR	Type de RCPPI	Périodicité
AuRACLE	Tumeurs solides et viscérales	Hebdomadaire
	Hémopathies malignes / greffes	Hebdomadaire
	Tumeurs neurologiques	Hebdomadaire

OIR	Nbr de RCPPI	Nbr de dossiers présentés*	Nombre de nouveaux patients	Nombre de patients 16-18 ans
	Moy/an	Moy/an	Moy/an	Moy/an (% des Nv)
AuRACLE	116	778	420	70 (17%)

Nombre de dossiers présentés	2011*	2012	2013	2014	2015
AuRACLE	183	934	942	944	1036

Recensement des établissements de santé, y compris HAD et SSR, concernés par la mise en œuvre de traitement du cancer chez l'enfant et l'adolescent:

Liste des établissements de santé (site géographique)	Radiothérapie pédiatrique					Chimiothérapie		Suivi intercurés	Chirurgie		Radiologie interventionnelle
	3D	RCMI	Stéreo-Taxie	ICT Irradiation corporelle total	Protonthérapie	Initiation du traitement + traitement	Poursuite du traitement		HC	CA	
Centre Léon Bérard/IHOPe (69)	X	X	X	X	X (Nice)	X	X	X			x
HCL-HFME (69)									X		
CHU de Clermont Ferrand (63)						X	x	x	x	x	x
Centre Jean Perrin (63)				x							
CH Moulins (03)								x			
CH Vichy (03)								x			
CH Aurillac (15)								x			
CH Montluçon (03)								x			

CMI *: Centre Médical Infantile Romagnat (63)	Suites traitements oncologiques
HAD 63	Gestion des intercures, soins palliatifs
*CMI : Centre Médical Infantile Romagnat (un établissement de 166 lits et places – 120 en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), et 46 en Médico-social (IEM)).	

Le Centre Léon Bérard (Lyon) est centre de radiothérapie pédiatrique référent dans la grande région pratiquant des irradiations sous AG et sous hypnose : IMRT, stéréotaxie, radiothérapie 3D, tomothérapie, brachythérapie chez l'enfant (curiethérapie à haut et bas débit, curiethérapie per opératoire).

En Auvergne, il n'y a pas de radiothérapie pédiatrique en dehors de radiothérapie palliative et d'irradiation corporelle totale (pré-greffe).

Organisation formalisée des soins de support pour les enfants atteints d'un cancer :

Un staff hebdomadaire de soins de support formalisé regroupe tous les acteurs de la prise en charge globale de l'enfant et de sa famille : des médecins, des psychologues, des éducateurs de jeunes enfants, des instituteurs, des assistantes sociales, des diététiciennes, des kinés pour la cohésion du projet de soins et de soins de support. Tous les enfants sont évalués régulièrement au cours de ce staff. Utilisation d'un livret de soins de support personnalisé et interactif pour chaque enfant.

Exemples des organisations formalisées :

1-Préservation de la fertilité :

- Dans le cadre de la plateforme PREFERA créée par un onco-pédiatre et un biologiste de reproduction et en lien avec le GRECOT
- Tous les enfants pubères et pré pubères sont concernés
- Systématisation de la discussion des indications lors de staff hebdomadaire dès le début de prise en charge
- Information donnée dès la consultation d'annonce
- Consultation gynécologique et CECOS systématique avec un médecin gynécologue spécialiste des problèmes de fertilité et un biologiste de la reproduction
- Correspondant identifié pour le suivi à long terme des insuffisances ovariennes /PMA
- Travaux de recherche et publications en lien avec cette thématique (ex maladie résiduelle dans les tissus ovariens et testiculaires)

2-Rééducation

Collaboration étroite avec le Centre Médical Infantile Romagnat (un établissement de 166 lits et places – 120 en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), et 46 en Médico-Social (IEM)).

- Prise en charge APA *en cours*

3- Prise en charge psychologique :

- Equipe psy : 0.4 ETP psychiatre, 1.0 ETP psychologue (2 psychologues)
- Entretiens individuels et réguliers avec l'enfant, la famille, et la fratrie, dès le diagnostic.
- Réunion mensuelle parents/soignant animée par un psy
- Réunion groupe fratrie bimensuelle animée par un psy
- Consultations dédiées aux parents endeuillés

4-Prise en charge de la douleur (tous âges):

- collaboration étroite avec le centre antidouleur du CHU (qui n'a pas de reconnaissance spécifique pédiatrique).
- Identification des référents douleur : un anesthésiste pédiatre et un onco-pédiatre (formation à l'hypnose) sur le même site que le SHOP.

- Intervention régulière d'acteurs extérieurs référents thérapeutiques complémentaires dans l'unité et à l'extérieur : art-thérapie; réflexologie; socio esthétique, sophrologie...
- Il existe un centre de la douleur au CHU de Clermont-Ferrand mais celui-ci n'a pas de reconnaissance spécifique pédiatrique.

5- Soins de support à domicile : liens avec l'HAD 63 (antibiotiques, soins palliatifs). Les prises en charge à domicile via l'HAD existent dans le Puy de Dôme puisque l'HAD 63 prend en charge des adultes et des enfants (ce n'est pas une HAD pédiatrique spécifique). Ces prises en charge ne sont pas formalisées car elles se construisent au cas par cas. Il existe une forte personnalisation de ce type de prise en charge.

6-Prise en charge palliative :

- Validation d'un DIU de soins palliatifs par un onco-pédiatre membre (0.4ETP) de l'équipe de soins palliatifs (ESPPA)
- une étroite collaboration entre les équipes soignantes et l'ESPPA (l'Equipe de Soins Palliatifs Pédiatriques en Auvergne) qui intervient régulièrement dans les services de soins pour des situations palliatives et au domicile des enfants.
- Il n'existe pas d'Unité de soins palliatifs ni des lits identifiés de soins palliatifs
- L'équipe ESPPA est basée au CHU 63 et a vocation à se mobiliser sur tout le territoire auvergnat.

7-L'accompagnement éducatif :

- 1 ETP d'éducateur de jeunes enfants et 1 ETP d'instituteur dans le service :
 - o intervention dans le service et mise en place cours à domicile
- Journée école-hôpital avec l'académie de Clermont pendant 2 ans

Continuité des soins et la coordination des parcours de soins :

Chaque enfant ou adolescent pris en charge par l'IHOPE a un médecin référent. Ce médecin a la responsabilité de suivre le parcours de soin de son patient, de faire l'annonce diagnostique avec l'IDE référente, et rencontrera les parents au moment des étapes clefs du parcours de soin de l'enfant et sera celui qui suivra l'enfant en consultation. Il est celui aussi qui décide après la RCP de la stratégie thérapeutique.

L'IDE référente participe au dispositif d'annonce, est présente à la consultation d'annonce. Elle revoit dans un second temps de consultation infirmière l'enfant et ses parents, évalue le niveau de compréhension des informations données et réajuste si besoin. Elle participe à l'éducation en soin des patients et des familles, notamment avant une première sortie (régime alimentaire, soins de bouche, bilans intermédiaires et gestion d'une aplasie).

➔ L'équipe du SHOP souhaite renforcer l'effectif actuel d'IDE coordinatrice (+0.5 ETP) afin qu'elle puisse avoir également un rôle d'IDE référente de la trajectoire du patient : coordonner la prise en charge des enfants avec les établissements de la grande région susceptibles de les accueillir dans le cadre de la continuité des soins. En effet, des transfusions ou des prises en charge en aplasie fébrile pourraient être organisées dans les hôpitaux de proximité, alors que certaines prises en charge nécessitent des déplacements vers Lyon. Elle devrait également travailler sur un programme d'éducation thérapeutique des patients et des parents à la lecture d'une numération formule plaquettes afin d'évoluer de l' « assistanat » à l'autonomie des parents. Elle devrait réceptionner les résultats de tous les bilans sanguins prélevés en ville, joindre les familles au téléphone pour valider l'hospitalisation du lendemain pour chimiothérapie, évitant de ce fait des trajets domicile-hôpital non nécessaires. **C'est un métier transversal, d'expertise, devenu indispensable au fonctionnement du SHOP.**

L'astreinte d'un senior d'hémato-oncologie pédiatrique est opérationnelle 24h/7/365 sur un numéro unique accessible par les médecins de ville, les médecins de CHG, l'HAD, l'équipe de soins palliatifs et les parents.

Lien direct entre les urgences pédiatriques et astreinte (même bâtiment).

Lien direct entre la réanimation pédiatrique, la pédiatrie polyvalente, la chirurgie pédiatrique et astreinte (même bâtiment).

Protocoles soins accessibles à tous - dossier informatique commun.

Dans le cadre de la continuité des soins, un cahier de soins et du suivi oncologique est remis à chaque patient au diagnostic. A chaque passage de l'enfant au SHOP ou HDJ ou CHG l'ensemble des interventions, des résultats de bilans et des traitements reçus y est noté. Ce cahier est adressé aux médecins, et aux parents.

Difficultés rencontrées :

Du fait des distances et d'une très faible densité de population dans certains départements (Cantal 25 habitants par km²) il est quasiment impossible de créer des réseaux formalisés des professionnels libéraux. En effet, en dehors du 63, il n'y a pas de masse critique de patients pour allier la qualité et la proximité des soins. Les enfants font des trajets toujours trop longs.

La prise en charge en dehors du département du Puy de Dôme se limite à la prise en charge par les CHG et certains libéraux (projet réalisé pour chaque enfant au cas par cas) de la nutrition artificielle et la surveillance d'aplasie.

→ Pas de possibilité de prise en charge pédiatrique par HAD dans le 15, 03 et 43.

L'équipe de soins palliatifs se déplace au domicile du patient et construit dans la mesure du possible un projet de prise en charge individuel avec les moyens locaux disponibles pour chaque patient.

Les réseaux régionaux de cancérologie et l'organisation de cancérologie pédiatrique

Depuis 2011, date du fonctionnement de l'OIR AuRACLE, certaines filières ont été construites avec l'IHOP à Lyon (radiothérapie, orthopédie). Dans un objectif d'harmonisation de nos pratiques, dans l'intérêt des enfants et de leurs familles, le souhait des oncopédiatres d'Auvergne est de se rapprocher du réseau (ONCOHRAP). En effet, depuis 2011, les pédiatres et soignants de Clermont-Ferrand sont systématiquement invités à un "groupe pédiatrie" au sein du RRC RA (RESC). Les travaux de ce groupe concerne la production de bonnes pratiques de soins en oncopédiatrie, et l'information sur des thèmes d'actualité ou de sensibilisation à des modalités de prise en charge qui sont abordées tous les ans au cours des réunions plénières dédiées.

L'un des objectifs de ce groupe est l'harmonisation et l'échange autour des pratiques professionnelles selon une méthodologie précise :

- Mise en commun des compétences
- Rédaction et actualisation de bonnes pratiques et fiches pratiques infirmières
- Validation en plénière régionale annuelle
- Communication des documents validés aux établissements et mise en ligne sur le site du

réseau

- Recommandations pour l'accueil d'un enfant et de sa famille dans le cadre d'une hospitalisation

Les téléchargements des documents du groupe d'oncopédiatrie régional à partir du site internet du réseau sont possibles.

Au-delà de la production d'outils d'aide à l'harmonisation des pratiques utiles aux équipes de soins, le groupe de pédiatrie est un réel espace d'échanges entre professionnels sur les prises en charge des enfants en cancérologie. La richesse d'échanges autour de thèmes très variés et l'active implication des membres du groupe permettent de maintenir une bonne dynamique au sein du réseau des acteurs régionaux en pédiatrie....

→ En revanche, il est indispensable de réactiver le réseau pédiatrique ville-CH-CHU dans le territoire d'Auvergne.

Ce réseau qui a fonctionné activement entre 1994 et 2010 avait pour missions :

- L'harmonisation des pratiques entre le CHU et le CHG de la région
- La formation du personnel soignant à la prise en charge des enfants atteints de cancers (suivi intercurés, hospitalisation pour aplasie fébrile, nutrition parentérale, transfusions, etc.)

Compte tenu de l'étendue géographique de la région d'Auvergne, de la démographie très défavorable des pédiatres libéraux, le flux des enfants se dirige vers les urgences de CHG. Il serait nécessaire de mener également une mission d'information auprès des généralistes et de certains spécialistes exerçant dans des établissements privés.

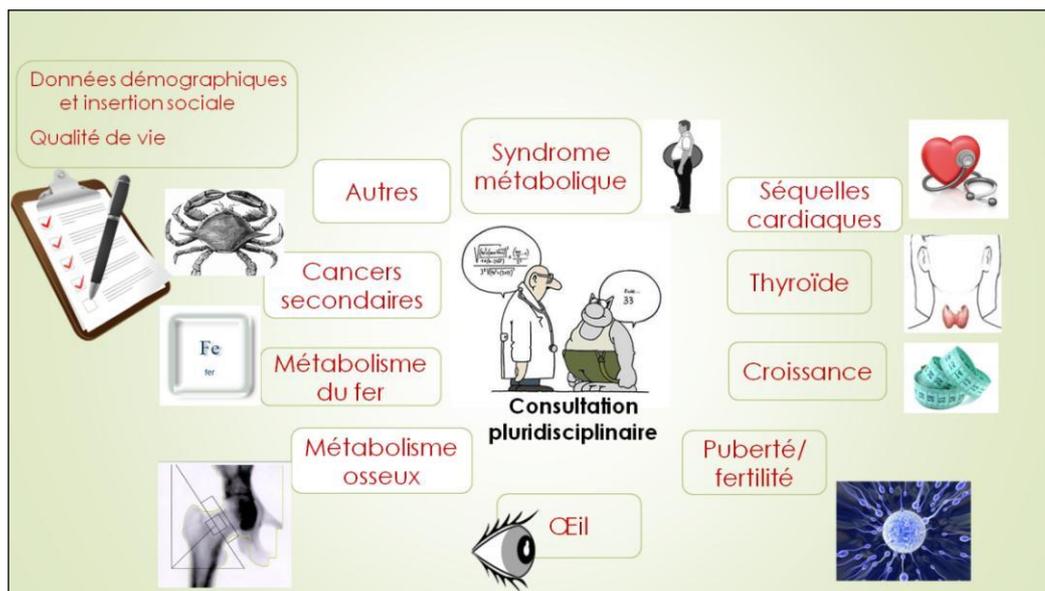
Les équipes pédiatriques de CGH sont très demandeuses de la réactivation de ce réseau.

Un temps médical serait nécessaire afin de réactiver et faire vivre ce réseau.

Le suivi à long terme des enfants, adolescents et jeunes adultes guéris d'un cancer dans l'enfance

Le taux de survie des cancers pédiatriques atteint aujourd'hui 80%. Le suivi à long terme des sujets qui ont été traités en pleine croissance (les cellules normales en cours de division et donc plus sensibles à la toxicité) est primordial. Depuis plusieurs années l'activité de suivi à long terme est très structurée avec la cohorte LEA et la cohorte SALTO. Les enfants, les adolescents et les adultes guéris d'un cancer dans l'enfance sont régulièrement convoqués pour une consultation et des bilans de suivi à long terme. Chaque année 30 à 40 enfants et adolescents sont déclarés guéris et commencent un suivi régulier pluridisciplinaire.

➔ **Il serait souhaitable de formaliser le réseau actuel informel des médecins correspondant «adultes» de différentes spécialités qui participent à ce suivi** : endocrinologique, cardiologique, gynécologique, ophtalmologique, sénologique, etc. Pour la cohorte LEA ceci représente 150 consultations pluridisciplinaires annuelles.



Les résultats montrent qu'une consultation médicale régulière est indispensable, elle permet de prévenir, dépister et prendre en charge des séquelles post cancer et post thérapeutiques. Ceci est d'une grande importance en santé publique avec un intérêt individuel et un intérêt collectif (suivi de cohorte). Il faut souligner la nécessité d'un suivi très prolongé systématique: Certaines séquelles peuvent être moins graves si prise en charge précoce.

Les AJA

Le parcours de soins des adolescents et des jeunes adultes (AJA) reste plus chaotique que celui des enfants (cf. publication du Dr V. Grèze dans RHOP 2016 et les résultats de l'enquête EXECADO en 2012 dans Pediatric Blood and Cancer).

Pour les adolescents de 15 à 19 ans, 18 % seulement, sont pris en charge en Pédiatrie. Plus de 80 % dans la même tranche d'âge ont été traités dans les services d'adultes.

Un certain nombre de ces adolescents pourraient bénéficier d'une prise en charge en pédiatrie : 10 par an (adolescents avec des pathologies malignes «pédiatriques»: leucémies, lymphomes, tumeurs embryonnaires et tumeurs cérébrales). Il est indispensable d'aménager des lits dédiés NHE pour les adolescents adaptées à leur demande (selon le résultat d'une enquête/questionnaire envoyé aux adolescents suivis en pédiatrie à Clermont-Ferrand).

Un certain nombre de professionnels pédiatres, puéricultrices, infirmières, psychologues, se sont formés et spécialisés à la prise en soin de l'adolescent atteint de cancer. D'autres intervenants du CHU (par exemple l'assistante sociale et l'enseignant) ainsi que les intervenants extérieurs (art thérapeute, éducateur spécialisé) favorisent la communication entre adolescents, parents et professionnels de santé et participent à l'accompagnement des adolescents afin de faciliter l'expression du vécu à travers des activités créatives et libératrices de l'angoisse ressentie. Ainsi l'équipe «soins de support» permet

l'accès et l'application des soins de support à chaque adolescent atteint de cancer suivi dans le centre de cancérologie du CHU de Clermont Ferrand. Un espace «adolescent» a été aménagé au sein du service.

➔ **Réactivation de l'équipe mobile de soins de support adolescent (UMSSAdo) qui a pour objectif d'accompagner les équipes soignantes des hôpitaux de Clermont Ferrand face à la problématique de l'adolescent (créé en 2012 avec CJP mais non opérationnel) : les aspects sociaux, psychologiques, scolaires et universitaires, ainsi que la problématique des effets secondaires des traitements (préservation de la fertilité, rééducation).**

D'autres actions :

- rédaction de référentiels communs
- actions de formation des soignants, amélioration de l'accès à la recherche clinique, structuration de la transition et du suivi à long terme

Un temps d'oncopédiatre dédié serait à envisager : 0.5 ETP

Modalités d'intégration et de diffusion de l'innovation :

Existence d'un CIC pédiatrique INSERM CIC 1405 avec une unité CRECHE (Centre de RECHERche clinique chez l'Enfant) centré sur la recherche en cancérologie de l'enfant qui est située au sein du service d'hémo-oncologie pédiatrique avec l'autorisation pour les essais phase I/II chez l'enfant. Le CIC participe au réseau des CIC pédiatriques depuis sa création.

- Unité d'Aphérèse thérapeutique chez l'enfant de moins de 15 kg, reconnue mondialement, avec un recrutement national, des travaux de recherche et des publications. Mission de formation.
- Photo-chimiothérapie pédiatrique : GVH, immunomodulation

Conclusions

Les points forts sont :

La prise en charge des tous les enfants dans le service d'hématologie

L'exhaustivité des RCP

L'organisation claire des filières pour les prises en charge de recours : radiothérapie, orthopédie

L'organisation des soins de support

Les soins palliatifs

Le suivi à long terme

Les besoins actuels à étudier :

➔ **Un temps d'IDE référente de la trajectoire du patient enfant et adolescente (0.5 ETP)**

➔ **Un temps médical pour le réseau pédiatrique ville-CH-CHU dans le territoire d'Auvergne (0.25 ETP)**

➔ **Un temps médical pour les adolescents et des jeunes adultes (0.25 ETP)**

2. FILIERE CANCÉROLOGIE CUTANÉE

1. Fonctionnement général de la filière

Tous les patients, ou presque, sont dépistés par l'un des 35 dermatologues libéraux des départements 03 et 63 qui constituent la « porte d'entrée » dans la filière de soins en cancérologie cutanée au sein du GHT.

Tous les lymphomes des deux départements, quel qu'en soit le stade, sont vus dans le service du CHU de Clermont-Ferrand. Concernant les mélanomes, la majorité des immunothérapies et des traitements ciblés des formes métastatiques sont effectués dans le service, soit 470 séances pour l'année 2016. Pour les patients éloignés, les traitements séquentiels peuvent être réalisés dans les établissements partenaires (voir infra), mais il s'agit d'éventualités rares compte tenu du coût de certaines molécules et de l'absence de compétences spécifiques en oncologie cutanée des praticiens de ces établissements. Pour les carcinomes, une proportion importante est traitée chirurgicalement dans le service de Dermatologie du CHU ou par des Dermatologues de ville ayant qualification en chirurgie dermatologique.

L'activité de traitement cancérologique du Service de Dermatologie du CHU est rapportée dans les deux tableaux suivants (source : DIM-CHU/CORA) :

Nombre de patients différents hospitalisés dans le Service de Dermatologie du CHU en 2016 pour l'une des trois catégories principales de cancers cutanés

CANCER	NB_PATIENTS	NB_SEJOURS	NB_PASSAGES
Carcinomes	625	989	989
Lymphomes	156	321	323
Mélanome	540	1396	1401

Nombre de séjours et de passages en 2016 dans le service de Dermatologie du CHU, pour les trois principales catégories de cancers cutanés

NB_PATIENTS	NB_SEJOURS	NB_PASSAGES
1271	2690	2697

Le service de Dermatologie du CHU assure la principale RCP d'Oncologie Cutanée du GHT en charge des cancers cutanés (en 2016 : 1415 dossiers traités en RCP correspondant à 877 nouveaux patients, dont, 700 dossiers de mélanomes et 210 dossiers de carcinomes basocellulaires ou épidermoïdes compliqués), avec, pour recours, la RCP nationale du Groupe Français d'Etude des Lymphomes Cutanés en ce qui concerne les lymphomes, et, les membres du Groupe Français de Cancérologie Cutanée et le réseau national CARADERM (Cancers RAREs DERMatologiques) pour les autres tumeurs. La RCP du service de Dermatologie du CHU est sous la responsabilité du Dr Mansard et elle se compose de, deux Dermatologues qualifiés en Cancérologie (DESC de niveau II), d'un Oncologue du Centre de Lutte Contre le Cancer Jean Perrin, d'un Hématologue du CHU et d'un Chirurgien de Chirurgie Maxillo-Faciale Plastique et Reconstructrice. Elle s'adjoit, selon les nécessités, les services d'un radiothérapeute et d'un médecin de Médecine Nucléaire du centre de Lutte Contre le Cancer Jean Perrin.

2. Détails des filières de soin par tumeur

Lymphomes cutanés :

La spécificité clinique et la relative rareté de ce type d'hémopathies font que tous les lymphomes déclarés dans les deux départements sont vus en consultation dans le service de Dermatologie du CHU où ils sont, si nécessaire, hospitalisés pour bilan initial ou pour traitement. Les dossiers anatomo-pathologiques sont discutés, une fois par semaine au cours d'une réunion commune avec les pathologistes du CHU (Pathologiste référent : Dr Frédéric Franck). Les dossiers difficiles sont discutés en RCP avec les hématologues du CHU (Correspondant : Pr Tournilhac). Les chimiothérapies et les immunothérapies, ou les protocoles plus lourds (allogreffes de moelle) sont réalisés au CHU. La surveillance des traitements ambulatoires est effectuée en collaboration avec les Dermatologues

libéraux du territoire de santé ou avec les médecins hospitaliers des CHG du GHT. Les médecins hospitaliers correspondant pour les lymphomes sont les Dr Antoniotti et Philippon (service de Dermatologie, CH de Montluçon), le Dr Aubin (oncologue, CH de Moulins), le Dr Eberst et le Dr Moulin (CH de Vichy).

Mélanomes :

Dans la quasi-totalité des situations, les mélanomes cutanés ont été enlevés par un dermatologue libéral. Le service est sollicité pour donner son avis en RCP sur les modalités de traitements complémentaires et de suivi ambulatoire, qui sont effectués, le plus souvent, en alternance avec le Dermatologue libéral du patient. Les traitements chirurgicaux étant souvent lourds et le bilan initial nécessitant l'analyse du ganglion sentinelle, ils sont effectués au CHU par les chirurgiens du service de Chirurgie Maxillo-Faciale, Plastique et Reconstructrice (Pr Barthélémy, Dr Phan Dang et leurs collaborateurs) et du service de Chirurgie Générale du Centre de Lutte contre le Cancer Jean Perrin (Dr Gimbergues, Pr Pomel). Le traitement chirurgical dans les situations plus simples est réalisé au sein du service de Dermatologie du CHU (Dr Moussa). Dans les autres situations, le traitement est assuré par les chirurgiens partenaires du GHT 63-03 (Dr Duprat-Delbet, CH de Vichy ; Dr Crouzet, polyclinique Saint François Montluçon ; Dr Triki, CH Montluçon ; Dr Burnot Rogissard, Clinique La Pergola à Vichy ; Dr Christian Dalle, Polyclinique Saint-Odilon, Moulins ; Dr Krasovski , CH Moulins ; Dr Varga, CH Thiers ; Dr Irthum, Dr Malpuech, Dr Aurore Bouchet Villate, Clinique la Chataigneraie à Beaumont ; équipe d'orthopédistes chirurgiens de la main de la clinique la Chataigneraie, pour les mélanomes des extrémités ; Dr Pujo, Dr Lambert, Dr Picard, Pôle Santé République, Clermont Ferrand).

Les mélanomes de petite épaisseur, non métastasés, diagnostiqués au CH de Montluçon, sont expertisés au sein de la RCP commune entre le CHG et la Clinique St-François.

Carcinomes :

La filière de prise en charge est identique à celle des mélanomes à ceci près que la quasi-totalité des traitements chirurgicaux complémentaires est assurée par les Dermatologues libéraux ou par les chirurgiens partenaires extérieurs au CHU, du secteur privé comme du secteur public. La plupart des cas sont, cependant, analysés par la RCP d'Oncologie Cutanée du service de Dermatologie du CHU. Seuls les rares cas de carcinomes métastasés ou difficilement opérables, sont traités dans le service de Dermatologie en partenariat avec le Service de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU.

Tumeurs de Merkel :

S'agissant de tumeurs rares à fort potentiel métastasiant, la totalité des cas du GHT 63-03 sont référés au service de Dermatologie du CHU. Le CHU assure le traitement primaire ; le suivi est assuré conjointement entre le service de Dermatologie du CHU et le Dermatologue du patient. Les traitements systémiques ou les traitements chirurgicaux nécessaires en cas de métastases sont assurés au CHU dans le service de Dermatologie.

Sarcomes cutanés :

Les sarcomes de bas grade (tumeurs de Darier-Ferrand), après avis de la RCP d'Oncologie Cutanée du CHU, sont tous pris en charge pour le traitement primaire au CHU. Les autres sarcomes sont adressés à la RCP Sarcome du Centre Jean Perrin.

3. Partenaires de la filière de soin au niveau du GHT 63-03

Dermatologues libéraux :

Ils constituent, dans la quasi-totalité des cas, la « porte d'entrée » dans la filière de soins en oncologie cutanée dans le GHT 63-03 car ils assurent le diagnostic initial de la tumeur et, bien souvent, son exérèse. Ils participent, par la suite, à la surveillance clinique des patients qui leur sont renvoyés après bilan ou décisions de la RCP du service de Dermatologie du CHU.

Chirurgiens :

Service de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU (équipe du Pr Barthélémy)

Service de Chirurgie, Centre Jean Perrin (Pr Pomel, Dr Gimbergues)

Service de Dermatologie du CHU (Dr Moussa)

Service de Chirurgie Thoracique, CHU : Dr Chadeyras, Dr Naamee, Dr Galvaing

Service de Chirurgie du Centre Jean Perrin : Dr Gimbergues et Pr Pomel

Pôle Santé-République, Clermont-Ferrand (Dr Pujo, Dr Picard, Dr Lambert)

Clinique de la Châtaigneraie, Beaumont (Dr Teitelbaum, Dr Malpuech, Dr Villatte Bouchet, Dr Irthum et l'équipe d'orthopédistes chirurgiens de la main)
Service de Chirurgie Générale du CH de Vichy (Dr Candice Duprat-Delbet, Dr Trapeau)
Clinique la Pergola Dr Burnot Rogissard, Vichy
Service de Chirurgie Générale, Clinique St-François, Montluçon : Dr Crouzet, Dr Triki
Polyclinique Saint-Odilon, Moulins : Dr Dalle
Service de chirurgie générale CH Moulins : Dr Krasovski,
Service chirurgie générale CH Thiers : Dr Varga

Dermatologues libéraux qualifiés en chirurgie Dermatologique : Dr Poitrenau (Decizes), Dr Regnier (Moulins), Drs Masson, Moulin, Chambeffort, Tisserand, Roger (Clermont-Fd).

Hématologues :

Service d'Hématologie, CHU (Pr Tournilhac)

Oncologues :

Un Oncologue participe régulièrement aux RCP du Service de Dermatologie (Dr Durando, CLCC Jean Perrin).

Les oncologues partenaires au sein des départements 63 et 03, pour la prise en charge des patients éloignés sont les Drs Dib (CH Montluçon), Dr Bons (Polyclinique Saint-François Montluçon), Dr Minard, Dr Sahli (CH Vichy), Dr Roquette (Polyclinique Saint Odilon, Moulins)

Radiothérapeutes :

Service de Radiothérapie, Centre Jean Perrin (Dr Lapeyre, Dr Biau, Dr Miroir)

Service de Radiothérapie, CHG, Montluçon : Dr Tao, Dr Chauveau

Service de Radiothérapie, CHG, Moulins : Dr Morsli, Dr Mokaouim

Imagerie Médicale :

Services d'Imagerie du CHU (Pr Boyer) : service référent

Service de Médecine Nucléaire du CLCC Jean Perrin (Pr Cachin)

Soins de suite :

Il n'existe pas, dans le GHT, d'établissements spécialisés dans la prise en charge post-hospitalière de patients atteints de cancers, en dehors de l'établissement « Les Sapins » à Ceyrat.

4. Identification de difficultés au sein de la filière GHT 63-03 en Cancérologie Cutanée

- Formation, parfois, insuffisante des oncologues des hôpitaux périphériques en cancérologie cutanée
- Formation insuffisante des imageurs des hôpitaux périphériques dans la surveillance des patients sous immunothérapie
- Problème des services de soins de suite acceptant la prise en charge des patients métastasés : manque de place, refus de prise en charge de patients devant poursuivre des traitements onéreux (traitements ciblés et immunothérapies du mélanome)
- Insuffisance quantitative des relais de soins à domicile en dehors de l'aire urbaine de Clermont-Vichy, surtout acceptant les patients sous thérapies ciblées
- Manque d'infrastructures d'imagerie retardant la prise en charge des patients, en particulier manque de places d'IRM
- Difficultés d'accès aux essais thérapeutiques innovant vue la lourdeur administrative des protocoles et le manque de personnel ARC
- Difficulté d'accès aux soins de support pour les patients éloignés des centres urbains

6. FILIERE ONCOLOGIE THORACIQUE

L'ensemble des dossiers d'oncologie thoracique pour l'Allier et le Puy de Dôme est discuté à la RCP d'oncologie thoracique commune au CHU de Clermont Ferrand et au Centre Jean Perrin.

Actuellement, il n'existe qu'un seul service de chirurgie thoracique sur la région Auvergne basé au Centre Jean Perrin et qui réalise l'ensemble des gestes diagnostiques et thérapeutiques de chirurgie thoracique.

Le CHU de Clermont Ferrand reste le centre de recours pour les endoscopies complexes et pour la radiologie interventionnelle.

Description des filières de soins actuelles :

- **Département de l'Allier**

Centre hospitalier de Moulins : 4 pneumologues à temps plein dont 2 onco-pneumologues assurent les endoscopies à visée diagnostique et les prises en charge oncologique. Les dossiers d'oncologie thoracique sont discutés à la réunion de comité pluridisciplinaire d'oncologie thoracique du CHU de Clermont Ferrand. Les traitements de chimiothérapie sont coordonnés par les onco-pneumologues du centre Hospitalier de Moulins et réalisés en hospitalisation de jour sur le Centre Hospitalier de Moulins au sein d'une unité commune d'hôpital de jour. La radiothérapie est réalisée sur le Centre Hospitalier de Moulins. Les patients peuvent être hospitalisés sur le service de pneumologie du CH de Moulins si nécessaire. Il n'y a pas de service de recours d'oncologie pour l'hospitalisation.

Les examens anatomo-pathologiques sont réalisés par l'intermédiaire du SIPATH et les examens de biologie moléculaire sont transmis au Centre hospitalo-universitaire de Dijon.

Centre hospitalier de Montluçon : 2 pneumologues présents à temps plein. Un seul pneumologue réalise les endoscopies à visée diagnostique. Les dossiers d'oncologie thoracique sont discutés lors de la réunion de comité pluridisciplinaire d'oncologie thoracique du CHU de Clermont Ferrand.

La prise en charge oncologique est réalisée pour le moment par les oncologues du Centre Jean Perrin en consultation avancée. Les chimiothérapies sont à réaliser au sein de l'unité d'hôpital de jour d'oncologie et d'hématologie. Les traitements de radiothérapie sont réalisés sur la Clinique Saint François de Montluçon.

En cas de nécessité d'hospitalisation, l'unité de recours pour les hospitalisations est le service d'hospitalisation complète d'oncologie-hématologie du Centre Hospitalier de Montluçon, et à la marge dans le service de pneumologie.

Les examens anatomopathologiques sont réalisés sur le laboratoire d'anatomo-pathologie privé de Montluçon.

A noter qu'il existe également une filière d'oncologie thoracique au sein de la Clinique Saint François à Montluçon avec deux onco-pneumologues qui réalisent les endoscopies à visée diagnostique et la prise en charge oncologique au sein de la Clinique. Les dossiers d'oncologie thoracique sont discutés à la réunion comité pluridisciplinaire d'oncologie thoracique du CHU de Clermont Ferrand.

Centre hospitalier de Vichy : 4 pneumologues à temps plein réalisant les endoscopies à visée diagnostique mais ne prenant pas part à la mise en place des traitements spécifiques oncologiques. Les dossiers d'oncologie thoracique sont discutés à la réunion de comité pluridisciplinaire d'oncologie thoracique du CHU de Clermont Ferrand. 2 oncologues (dont 1 onco-pneumologue) assurent les

traitements oncologiques spécifiques (chimiothérapie et thérapie ciblée). Les traitements de radiothérapie sont réalisés en coordination avec le Centre Jean Perrin.

Il n'y a pas de service de recours d'oncologie pour l'hospitalisation. Si nécessaire, les hospitalisations sont assurées soit par le service de pneumologie du Centre Hospitalier de Vichy, soit par le service de rhumatologie médecine interne du centre Hospitalier de Vichy.

Les examens anatomo-pathologiques sont soit transmis au CHU de Clermont Ferrand avec l'analyse en biologie moléculaire réalisée au Centre Jean Perrin, soit transmis au SIPATH (les vendredis).

En conclusion : actuellement, il y a suffisamment d'opérateurs d'endoscopie sur l'Allier pour permettre la poursuite de l'endoscopie à visée diagnostique. La discussion des dossiers et la validation des prises en charge à la réunion de comité pluridisciplinaire d'oncologie thoracique du CHU de Clermont Ferrand est à poursuivre. Par contre, l'effectif en oncologues est probablement insuffisant sur le Centre Hospitalier de Montluçon et sur le Centre Hospitalier de Vichy pour permettre une prise en charge globale fluide.

Une réflexion doit être effectuée concernant les analyses histologiques et en biologie moléculaire pour savoir si celles-ci doivent être exclusivement réalisées sur le CHU de Clermont Ferrand ou avec des filières de soins établies localement mais qui permettent d'obtenir les analyses nécessaires à la bonne prise en charge des patients dans des délais raisonnables.

- **Département du Puy de Dôme**

CHU de Clermont Ferrand : 8 pneumologues temps plein dont 4 onco-pneumologues réalisant les endoscopies à visée diagnostique. 2 onco-pneumologues assurent les écho-endoscopies à visée diagnostique.

La prise en charge oncologique est assurée sur la plateforme d'oncologie (consultations d'oncologie et hôpital de jour). Sont présents sur l'unité d'hôpital de jour d'oncologie thoracique, 2 onco-pneumologues et un oncologue.

Les dossiers d'oncologie sont discutés en réunion de comité pluridisciplinaire d'oncologie thoracique du CHU de Clermont Ferrand.

Les traitements de radiothérapie sont réalisés au Centre Jean Perrin.

En cas de nécessité d'hospitalisation, les patients sont hospitalisés dans le service de pneumologie sur 1 secteur dédié à l'oncologie thoracique comportant également des lits de soins palliatifs et géré par un onco-pneumologue.

Les examens anatomo-pathologiques sont réalisés au sein de l'unité d'anatomo-pathologie du CHU de Clermont Ferrand. Les examens en biologie moléculaire sont pour le moment réalisés sur le Centre Jean Perrin.

Centre Hospitalier de Riom : 1 demi-journée d'endoscopie diagnostique par semaine sont réalisées par le Docteur RIOL avec également la possibilité de recours avec un autre pneumologue présent sur le Centre Hospitalier de Riom mais n'effectuant pas d'endoscopie actuellement.

La prise en charge oncologique est coordonnée avec le CHU de Clermont Ferrand avec possibilité de réaliser les chimiothérapies sur place avec la présence d'un des onco-pneumologues du CHU de Clermont Ferrand une demi-journée par semaine qui coordonne les traitements avec un médecin généraliste sur place pour les traitements d'hôpital de jour.

Les traitements de radiothérapie sont réalisés au Centre Jean Perrin. En cas de nécessité d'hospitalisation, un recours est possible sur les services de médecine du Centre Hospitalier de Riom sans qu'une unité spécifique pour les patients d'oncologie soit dédiée.

Centre Hospitalier d'Issoire : 2 pneumologues attachés. Il n'y a pas de possibilité d'endoscopie à visée diagnostique sur le site. L'ensemble des prises en charge oncologie diagnostique et thérapeutique est réalisé sur le CHU de Clermont Ferrand et en coordination avec le service de pneumologie du CHU de Clermont Ferrand. Il existe une possibilité d'hospitalisation en cas de problème médical intercurrent et pour la prise en charge palliative sur le service de médecine du Centre Hospitalier d'Issoire.

Centre hospitalier d'Ambert : la prise en charge pour les patients d'oncologie thoracique pour les endoscopies à visée diagnostique et pour les traitements de chimiothérapie sont réalisés par une onco-pneumologue (Docteur Dominique ROUX). Les patients peuvent être hospitalisés dans le service de médecine du Centre Hospitalier d'Ambert sous la directive du Docteur ROUX.

Les dossiers sont discutés en réunion de comité pluridisciplinaire d'oncologie thoracique du CHU de Clermont Ferrand. La radiothérapie est effectuée au Centre Jean Perrin.

Centre hospitalier de Thiers : actuellement, l'ensemble des prises en charge oncologique thoracique pour les patients de Thiers sont réalisées sur le CHU de Clermont Ferrand.

Un oncologue est présent sur le Centre Hospitalier de Thiers pouvant réaliser les prises en charge oncologique (chimiothérapie et traitements ciblés) mais il ne dispose pas de moyens logistiques suffisants pour permettre la réalisation de ces traitements actuellement.

Perspectives : L'augmentation de l'activité d'oncologie thoracique sur l'hôpital de jour de Clermont Ferrand nécessite de renforcer l'équipe d'oncologie médicale avec l'arrivée prévue d'un deuxième oncologue pour le mois de novembre 2017, et d'accroître la capacité de recours en hospitalisation pour l'oncologie (augmentation des lits dédiés à l'oncologie sur le CHU).

Pour le Centre Hospitalier de Riom, l'activité de chimiothérapie est en développement et la coordination avec le CHU de Clermont Ferrand est à poursuivre. Pour l'activité d'endoscopie à visée diagnostique, le pneumologue qui s'occupe de ces gestes actuellement partira à la retraite probablement d'ici 3 à 4 ans. L'activité d'endoscopie diagnostique doit se maintenir. Un autre pneumologue est actuellement sur le Centre Hospitalier de Riom et pourrait peut-être réaliser les endoscopies à visée diagnostique.

Pour le Centre Hospitalier de Thiers, est à discuter le renforcement de l'équipe d'oncologie afin de permettre la réalisation des traitements d'oncologie sur le Centre Hospitalier de Thiers sous la coordination toujours du CHU de Clermont Ferrand.

7. FILIERE CANCÉROLOGIE DIGESTIVE

1. FONCTIONNEMENT GENERAL DE LA FILIERE

La cancérologie digestive du GHT 03-63 ainsi que des départements 15-43 est organisée au sein du réseau ONCAUVERGNE dans le respect du principe des plans cancers et de l'INCA.

On doit considérer dans cette filière d'une part l'oncologie digestive médicale associée à la radiothérapie, et d'autre par la chirurgie digestive cancérologique.

Il existe une organisation en RCP d'oncologie digestive hebdomadaires, RCP régionales des tumeurs neuroendocrines RENATEN et RCP RENAPE régionale des pathologies péritonéales.

L'ensemble des gestes thérapeutiques de radiologie interventionnelle sont réalisés après discussion en RCP dans le service de Radiologie du Pr Boyer au CHU.

1.a - L'oncologie digestive médicale plus radiothérapie :

Pour la chimiothérapie :

- Pour le GHT 03-63, il existe des sites de chimiothérapies publiques indépendantes à Montluçon, Moulins et Vichy. Il existe par ailleurs une oncologie digestive privée à Montluçon et Moulins et les praticiens de la Clinique de la Pergola à Vichy fonctionnent en collaboration avec les oncologues du Pôle Santé République de Clermont-Ferrand.
- Dans le 63, il existe un centre agréé au CHU de Clermont-Ferrand et des centres associés à l'Hôpital de Riom, l'Hôpital de Thiers et l'Hôpital d'Ambert. La collaboration se réalise aussi avec les centres de chimiothérapie associés au CHU à l'Hôpital de Brioude et de Saint-Flour. Les Hôpitaux du Puy-en-Velay (43) et Aurillac (15) ayant des centres de chimiothérapie indépendants. Il existe une oncologie digestive privée au Centre Médico-Chirurgical privé d'Aurillac.

Concernant la radiothérapie :

- au sein du GHT 03-63, il existe un centre de radiothérapie publique à Moulins et le centre de radiothérapie référent du Centre Jean Perrin à Clermont-Ferrand. Il existe par ailleurs un centre de radiothérapie privé à Montluçon ainsi qu'à Clermont-Ferrand au Pôle Santé République.
- Dans les départements partenaires, il existe un centre de radiothérapie publique à l'Hôpital du Puy-en-Velay et un centre de radiothérapie privé au CMC d'Aurillac.

La répartition de l'activité se fait essentiellement selon le domicile des patients. Certaines pathologies peuvent être transférées dans les centres experts de Clermont-Ferrand pour une prise en charge spécifique ou l'accès à un essai clinique. Les pathologies concernées par une prise en charge sophistiquées sont par exemple une radiothérapie très spécifique (stéréotaxie) ou des pathologies rares et justifiant une prise en charge en urgence (carcinome indifférencié).

1.b - Chirurgie cancérologique digestive :

- Les trois hôpitaux de l'Allier (Montluçon, Moulins, Vichy) disposent d'un service de chirurgie digestive ayant l'agrément pour la cancérologie. Il existe par ailleurs une activité de cancérologie digestive privée dans ces trois villes.
- Dans le 63, disposent d'un agrément le CHU de Clermont-Ferrand, le Centre Jean Perrin (bien que n'atteignant pas les quotas), le CH de Thiers. Un agrément va être demandé pour le CH de Riom qui a dépassé les quotas en 2016. L'Hôpital d'Issoire ne dispose pas de l'agrément en chirurgie cancérologique digestive.
- Pour la Haute-Loire, il existe un agrément pour l'Hôpital du Puy-en-Velay, l'Hôpital de Brioude n'a pas d'agrément.
- Pour le Cantal, les Hôpitaux d'Aurillac et Saint-Flour disposent d'un agrément. A Aurillac, il y a une concurrence privée pour la cancérologie digestive.

Il existe une graduation de fait de la chirurgie digestive cancérologique avec un adressage quasiment systématique de la pathologie lourde au CHU Estaing. Il en est ainsi pour les pathologies concernant les cancers de l'œsophage, les cancers du pancréas, les cancers du foie. Dans ce domaine, un faible nombre de gestes peut être réalisé dans les CHG, le plus souvent en collaboration avec l'équipe du CHU. La concurrence privée pour cette chirurgie est limitée. Le taux de fuite est lui-même limité sur les hôpitaux de Lyon ou de Paris.

Dans le domaine de la chirurgie digestive cancérologique, il y a un attrait du CHU pour les patients de la Corrèze (Ussel, Brive, Tulle), de la Creuse (Guéret) et de la Nièvre (Nevers).

1.c - Réunion de Concertation Pluridisciplinaire :

Il existe des RCP de Cancérologie Digestive dans les trois villes de l'Allier. Pour le Puy-de-Dôme, la RCP est réalisée au CHU Estaing (plus de 2 000 dossiers/an) sous forme d'une réunion hebdomadaire réunissant oncologues digestifs, radiothérapeutes, anatomopathologistes, chirurgiens. La RCP du CHU Estaing assure une RCP de recours qui concerne environ 25% des dossiers vus. Le CH de Brioude se connecte à la RCP du CHU Estaing de façon hebdomadaire. Il existe par ailleurs une séance hebdomadaire de RCP par visioconférence avec le CH d'Aurillac. L'équipe du CHU Estaing peut réaliser des gestes de cancérologie digestive sur les CHG du 63 ainsi que sur les CHG de l'ensemble de l'ex région Auvergne par conventions, toutes les fois que le plateau technique du CHG autorise le geste. A noter qu'il existe une RCP hebdomadaire organisée par le Pr Abergel spécifique aux cancers primitifs du foie.

2. DETAILS DES FILIERES DE SOINS PAR TUMEURS.

2.a – Tumeurs de l'œsophage et de l'estomac :

La prise en charge médicale ou radiothérapique de ces tumeurs est réalisée dans tous les centres ayant l'agrément.

La chirurgie des tumeurs de l'œsophage est réalisée de façon quasi exclusive au CHU Estaing. Les carcinomes associés au cancer de l'estomac sont réalisés exclusivement au CHU Estaing.

2.b – Cancers du pancréas :

La prise en charge médicale et/ou palliative de ces cancers est réalisée dans tous les centres disposant de l'agrément ou d'un service de chimiothérapie.

La chirurgie des tumeurs du pancréas à gauche est réalisée dans tous les centres disposant de l'agrément de chirurgie cancérologique digestive.

La chirurgie des tumeurs de la tête du pancréas est réalisée de façon quasi exclusive au CHU Estaing.

2.c – Cancers du foie :

Les transplantations hépatiques pour cancers primitifs du foie sont réalisées de façon exclusive au CHU Estaing, il en est de même pour les hépatectomies complexes.

Les hépatectomies les plus simples peuvent être réalisées dans tous les centres disposant d'un agrément avec ou sans l'aide des chirurgiens du CHU Estaing.

Les traitements par radiologie interventionnelle (chimioembolisation) des tumeurs hépatiques sont réalisés de façon exclusive au CHU Gabriel Montpied dans le service du Professeur BOYER.

La prise en charge médicales des tumeurs hépatiques notamment secondaires est réalisée dans tous les centres disposant d'un service de chimiothérapie.

2.d – Cancers du côlon et du rectum :

La prise en charge des chimiothérapies de ces tumeurs est réalisée dans tous les centres disposant d'un service de chimiothérapie.

La chirurgie des cancers du côlon et du haut rectum est réalisée dans tous les services disposant de l'agrément.

Certains patients atteints de cancer du bas rectum sont adressés de façon spécifique au CHU Estaing.

La radiothérapie des cancers du rectum est réalisée dans tous les centres disposant d'un centre de radiothérapie.

Les carcinoses associées aux cancers coliques sont traitées de façon exclusive au CHU Estaing.

2.e – Cancers du canal anal :

La radiochimiothérapie des cancers du canal anal est réalisée dans tous les centres disposant d'un service de radiothérapie.

La chirurgie de recours est le plus souvent réalisée dans le service de chirurgie du CHU Estaing.

2.f – Sarcomes :

Les sarcomes d'organes tels que les GIST, sarcomes spléniques, sarcomes hépatiques sont traités au CHU Estaing.

Les sarcomes rétropéritonéaux ou pelviens sont adressés au Centre Jean Perrin (Docteur GIMBERGUES).

Certains sarcomes imposant des résections digestives sont opérés en collaboration avec le Docteur GIMBERGUES.

La prise en charge médicale des sarcomes digestifs hormis les GIST est confiée au service du Professeur BAY au CHU Estaing.

2.g – Tumeurs neuroendocrines des tumeurs rares :

Les tumeurs neuroendocrines sont discutées en RCP RENATEN au CHU Estaing en visioconférence avec le Centre Jean Perrin (service des Isotopes) et le CHU Gabriel Montpied (service d'Endocrinologie).

Les chimiothérapies sont le plus souvent réalisées au CHU Estaing, de même que la chirurgie de ces tumeurs.

2.h – Tumeurs de l'intestin grêle :

Les tumeurs de l'intestin grêle sont opérées dans tous les centres disposant d'un agrément.

La prise en charge médicale est réalisée dans tous les centres disposant d'un service de chimiothérapie.

Les tumeurs rares du péritoine sont traitées après discussion en RCP RENAPE.

3. IDENTIFICATION DE DIFFICULTES AU SEIN DE LA FILIERE GHT 63-03 EN CANCEROLOGIE DIGESTIVE.

3.a – Ressources humaines :

Il existe un manque d'oncologues digestifs. Tous les services de chimiothérapie existants sont en déficit de ces spécialistes. On peut imaginer que les besoins vont être dans les cinq ans à venir de six oncologues pour l'Allier, six oncologues digestifs pour le Puy-de-Dôme sans évoquer le déficit de la Haute-Loire où deux à trois oncologues devront être recrutés et du Cantal où il faut envisager le recrutement de deux à trois oncologues digestifs.

Concernant la chirurgie digestive cancérologique, la spécialisation par organe de cette chirurgie va demander la création au niveau du GHT de postes spécifiques pour la chirurgie du cancer du rectum (un à deux praticiens), la chirurgie de l'œsophage (un praticien), la chirurgie du pancréas (un praticien).

La mise en place de programmes d'éducation thérapeutique va s'avérer d'une importance majeure dans les années qui viennent. Ces programmes doivent permettre d'améliorer la prise en charge des malades et de soulager les ressources médicales totalement mobilisées sur les prescriptions de chimiothérapie.

3.b – Problématique de la prise en charge d'aval des traitements des cancers digestifs :

Il est important d'envisager la mise en place de structures de type HAD à l'échelle du GHT 03-63 avec la création d'une réelle filière permettant une pré-habilitation aux différents traitements et une prise en charge post-thérapeutique dans des SSR ou HAD disposant de personnels formés.

3.c – Problématique de la formation :

Il est important de créer une dynamique de formation initiale et médicale continue dans le domaine de la cancérologie digestive.

Les immunothérapies vont devenir disponibles pour les patients or l'historique de la prise en charge des cancers digestifs fait que la plupart des médecins ne sont pas actuellement compétents dans ce domaine. Une mise à niveau rapide s'avère donc indispensable.

3.d – Accès aux plateaux d'imagerie :

Il existe un déficit important en examens de tomodensitométrie et d'IRM, ce qui a pour conséquences des délais d'attente réhabilitaires en en dehors des préconisations de l'INCA.

3.e - Recherches cliniques :

Le développement de protocoles sur l'ensemble du GHT et même de l'ex Auvergne doit être favorisé pour permettre aux malades l'accès aux traitements et/ou stratégies innovantes.

3.f – L'accès aux soins de supports pour les patients éloignés des centres urbains doit être amélioré.

Cette orientation des lits ne nécessitera pas de ressources supplémentaires car les sites utiliseront les plateaux techniques et ressources humaines dont ils disposent déjà. Pour appui, les établissements peuvent solliciter la collaboration des autres sites du GHT, notamment pour l'accès aux plateaux techniques mentionné précédemment.

Toutefois, la spécialisation induit de pouvoir assurer un positionnement de structure de recours, qui implique la mise en place d'activités spécifiques, telles que des consultations pluridisciplinaires. Il convient alors de définir une organisation commune au sein du GHT, à mettre en place pour répondre aux besoins des patients.

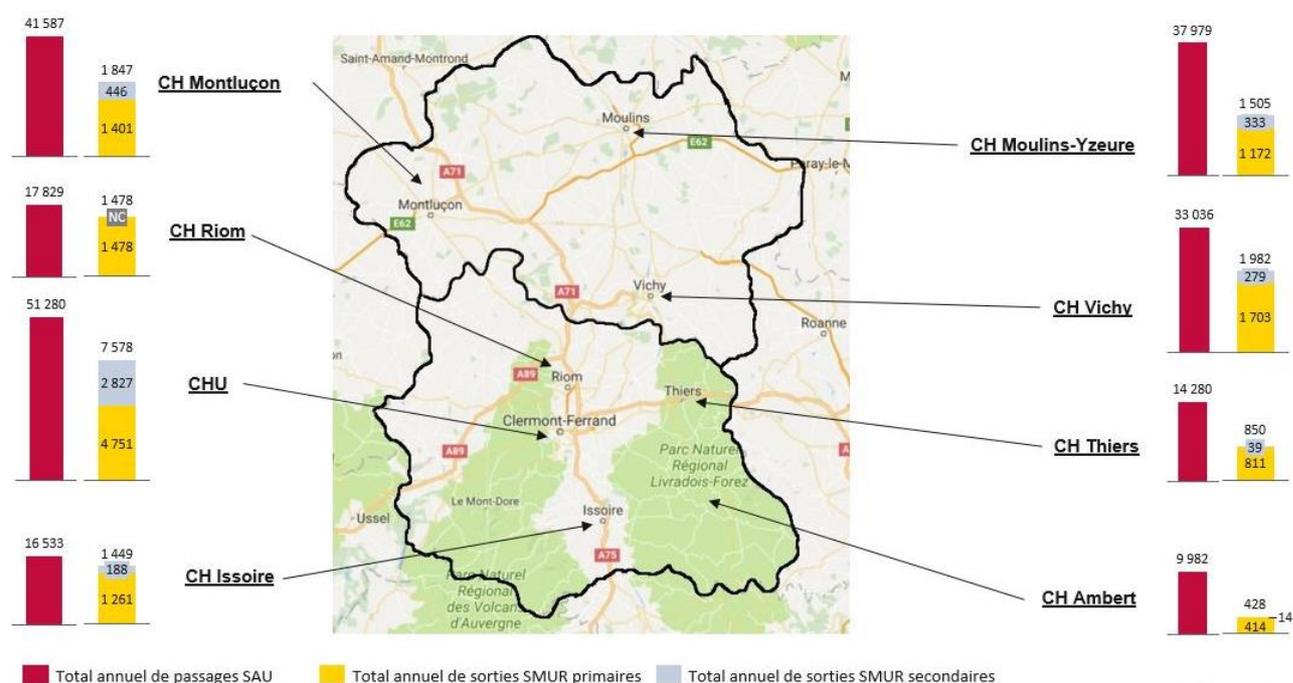
F02. Urgences / SAMU / SMUR

1. Contexte et état des lieux

L'activité de médecine d'urgence s'articule autour des trois structures que sont le service d'accueil des urgences, les SMUR et les SAMU (SAMU 63 basé au CHU et SAMU 03 à Moulins Yzeure).

Activité :

Les niveaux d'activité sont largement hétérogènes dans le département du Puy-de-Dôme, entre le centre majeur qu'est le CHU et les autres établissements du GHT à plus faibles volumes d'activité. Au regard de la localisation de chaque site du Puy de Dôme, on constate des zones couvertes par plusieurs établissements. A contrario, les trois sites de l'Allier montrent des territoires d'intervention bien distincts pour un niveau d'activité similaire.



Source : SAE, 2015

Le territoire du GHT fait face à une problématique majeure de démographie médicale, avec un recours fort à l'intérim et/ou au temps de travail additionnel sur les deux départements. Le déficit en urgentistes dans l'ensemble des 8 sites (les urgences pédiatriques du CHU sont exclues de ce calcul) est estimé par le groupe de travail à 62,4 ETP pour l'application de la réforme des 39h. Le coût de l'intérim et du temps de travail additionnel, la qualité inégale des remplaçants assurant l'intérim, le refus de réaliser du temps de travail additionnel par nombre d'urgentistes et l'instabilité créée dans les équipes font de cette question une priorité pour le GHT Allier/Puy-de-Dôme.

	ETP cibles « 39h » au 01/11/2016	ETP théoriques postés au 01/11/2016	ETP réels administratifs 01/11/2016	ETP réels postés au 01/11/2016	Déficit de temps médical
CHU Clt-Fd (dont SAMU)	45,6	43,6	2	30,46	15,14
CH Riom	12,4	11,9	0,5	10,13	2,27
CH Ambert	11,3	10,8	0,5	1,2	10,1
CH Thiers	11,9	11,4	0,5	8,2	3,7
CH Issoire	11,3	10,8	0,5	6,8	4,5
CH Vichy	23,64	23,14	0,5	17	4,74
CH Moulins- Yzeure (dont SAMU)	32,1	31,1	1	11,5	12,8
CH Montluçon	20,5	20	0,5	10,8	9,7
Totaux	168,74	162,74	6	96,09	62,95

Le rôle central du CHU dans la formation des internes destinés à intégrer les 3 GHT de l'Auvergne et la réforme du troisième cycle menant à la création du DES de médecine d'urgences devrait alléger ces tensions dans le futur, à condition que les établissements des 3 groupements soient capables de fidéliser durablement ces jeunes praticiens sans recourir pour autant au dumping inter GHT ni inter-établissement.

La circulaire sur le temps de travail des urgentistes, datant de décembre 2015 et instituant une répartition du temps des praticiens entre temps posté, temps texturant (non posté) et contractualisation des heures additionnelles n'est pas encore mise en place dans les différentes structures du GHT. Cette situation fait suite à d'importants obstacles financiers pour permettre l'application de la circulaire ; néanmoins, l'harmonisation des pratiques et l'alignement sur la réglementation apparaissent incontournables dans le cadre de la structuration de l'activité territoriale de médecine d'urgences.

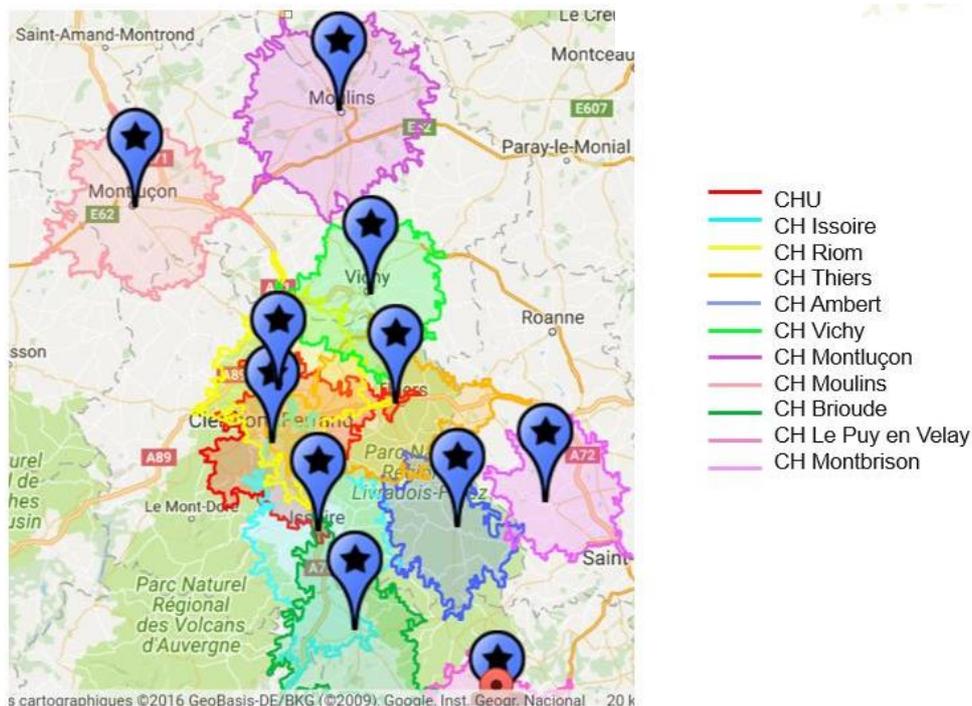
Offre

	Lits UHCD	Nombre de lignes Jour, (cible)	Nombre de lignes Nuit (cible)	Accueil pédiatrique
CHU Clermont Ferrand	20 adultes (site G Montpied), 4 pédiatriques (site Estaing)	11	6,5	Urgences pédiatriques sur le site Estaing
CH Riom	8	2,5	2	
CH Ambert	4	2	2	
CH Thiers	4	2,4	2	
CH Issoire	2	2	2	
CH Vichy	10	6	3	Géré par le SU adultes sauf si hospitalisation (redirection au service de pédiatrie)
CH Moulins- Yzeure	8	7	4	Enregistrement aux urgences adultes et redirection au service de pédiatrie
CH Montluçon	6	8	3	Accueil H24 au service de pédiatrie

Dans l'Allier, les urgences générales gèrent la prise en charge des adultes et la prise en charge des urgences pédiatriques traumatologiques. A Moulins et Montluçon, les urgences médicales pédiatriques

sont gérées par la filière pédiatrique dans le service de pédiatrie. A Vichy, l'ensemble des arrivées d'urgences pédiatriques, traumatiques et médicales, sont gérées par les urgences générales (ou adultes).

Les courbes isochrones à 30 mn montrent que plusieurs zones relevant du GHT ne sont pas desservies. Ces zones blanches de l'Allier et de l'est du Puy-de-Dôme illustrent une accessibilité limitée aux services d'urgences pour ces populations. A l'inverse, plusieurs territoires du Puy-de-Dôme apparaissent couverts par plusieurs SMUR, permettant de limiter (hors malades réanimatoires) l'adressage vers le CHU et une meilleure répartition des flux de patients.



2. Enjeux de la filière

Les différentes structures de médecine d'urgence du GHT apparaissent peu coordonnées, et le niveau de collaboration est faible tant sur le volet des activités (structuration de l'offre, rationalisation des ressources, ...) que sur les volets de la gouvernance de la filière (parcours professionnels, organisation des temps de travail, formation continue, ...). Ainsi, le GHT identifie trois enjeux clés que le Projet Médical Partagé permettra de questionner :

- Pénurie médicale et organisation du temps de travail
- Structuration de l'offre
- Gouvernance et coordination

a) **Pénurie médicale et organisation du temps de travail**

La circulaire sur le temps de travail des urgentistes, datant de décembre 2015 et instituant une répartition du temps des praticiens entre temps posté, temps texturant (non posté) et contractualisation des heures additionnelles n'est pas encore mise en place dans les différentes structures du GHT. Le CHU a fait le choix d'un passage contractualisé en 39h en 2 temps : passage pendant un an en « 44+4 » (44h posté + 4h non-posté) au 1er novembre 2016, puis passage en « 39+9 » (39h posté + 2 x ½ journée non posté) au 1er novembre 2017. Cet accord entérine un fonctionnement précédant la réforme en question, mais ne dispense pas du recours aux plages additionnelles. Tous les autres établissements du GHT travaillent en 48 h de travail posté avec un recours aux plages additionnelles qui diffère selon

les établissements. Cette situation fait suite à d'importants obstacles financiers pour permettre l'application de la circulaire ; néanmoins, l'harmonisation des pratiques et l'alignement sur la réglementation apparaissent incontournables dans le cadre de la structuration de la filière territoriale.

Plannings et PMC GHT 63 + 03 Samu/Smur/Urgences	Nombre de lignes Jour, (cible)	Nombre de lignes Nuit (cible)	Nombre de PMC
CHU Clermont Ferrand (hors urgences pédiatriques)	11	6,5 SU : 3,5 ; SMUR : 2 ; SAMU : 1	8,75
CH Riom	2,5	2 SU / SMUR : 2	2,25
CH Ambert	2	2 SU / SMUR : 2	2
CH Thiers	2,4	2 SU / SMUR : 2	2,2
CH Issoire	2	2 SU / SMUR : 2	2
CH Vichy	6	3 SU : 1 (dont UHCD) ; SMUR : 2	4,5
CH Moulins-Yzeure	7	4 SU : 1 H24 + 1 nuit ; SMUR : 2 ; SAMU : 1	5,5
CH Montluçon	6	3 SU : 1 ; SMUR : 2	4,5

Plusieurs des sites du GHT font un appel constant à l'intérim afin d'assurer l'offre d'urgences. Or, la qualité des prestataires et leur turn-over se surajoutent à un coût peu soutenable par les établissements de santé du fait de leurs exigences en termes de rémunération. Ainsi, le GHT doit porter une réflexion commune sur les modalités de réduction de l'intérim, afin de garantir la pérennité d'activités de soins de qualité en proximité. Dans certains hôpitaux, des médecins seniors (la plupart des ES), voire juniors (SMUR du CHU de Clermont-Ferrand), n'ayant pas la spécialité d'urgentistes contribuent à la prise de gardes, afin de compenser le manque de ressources en urgentistes.

En outre, les charges de travail hétérogènes entre les sites d'urgence du GHT posent la problématique d'un partage équitable de la pénibilité entre les membres du groupement. Les praticiens font état d'une charge de travail largement différenciée entre les structures à fort volume d'activité et les plus petits sites. Le groupement peut être l'opportunité d'améliorer les conditions de travail des médecins de chacun des sites, en favorisant le partage de temps médical au sein du groupement. La mise à disposition de ressources « urgentistes » (donc de temps de travail) des plus grosses structures aux plus petites devrait contribuer à la fidélisation des praticiens ; les sites à plus faible activité pourraient de fait voir diminuer leur recours à l'intérim.

b) Structuration de l'offre

L'évolution attendue des modalités des financements qui défavorisent les petits sites apparaît comme un corollaire à la problématique des ressources humaines. En effet, le modèle pressenti envisage un recalibrage des financements favorable à la territorialisation. Ces dispositions incitent le GHT à engager des regroupements afin de permettre la soutenabilité des activités dans les petits sites dont le niveau d'activité ne permet pas la classification en « site à fort niveau d'activité ». La plupart des

sites du Puy-de-Dôme seraient concernés par cette nouvelle modalité, seuls le CHU et Riom ne répondant pas aux critères de « faible activité »¹. La mutualisation des activités de ces établissements permettrait de mieux valoriser les financements selon des modalités d'évolution, qui restent à préciser.

c) Gouvernance et coordination

Le faible niveau de coopération actuellement constaté entre les différents sites d'urgence pose la question de l'équité de l'accès à des soins de qualité, et ce de façon pérenne, sur l'ensemble du territoire. La mise en place de structures de coordination et d'une gouvernance propre à la filière d'urgences devrait notamment faciliter:

- L'harmonisation des pratiques RH et médicales entre les sites ;
- La coordination autour de la formation (initiale et continue) ;
- Le dialogue entre les structures de même activité (notamment entre les deux SAMU).

La réforme du troisième cycle des études médicales apporte la création du DES de médecine d'urgence. La nouvelle maquette du DES est une opportunité pour les établissements du GHT d'améliorer les parcours des internes en vue de les fidéliser. La coordination universitaire territoriale de la formation, animée par le CHU, facilitera l'adaptation des parcours aux besoins du territoire.

Au-delà de la formation initiale, les praticiens s'accordent sur l'importance de développer les modalités de formation continue. La mise en œuvre d'une politique de formation continue concertée améliorera la qualité des soins, tout en renforçant l'attractivité des parcours professionnels au sein du GHT.

La gouvernance de la filière pourra également améliorer la coordination entre les SAMU 63 et 03. Le maintien de ces deux structures dans le cadre du GHT devra s'accompagner d'une plus grande concertation entre les deux sites, au bénéfice de l'ensemble de la filière de médecine d'urgence.

La création d'une FMIH n'exclut pas pour autant le fonctionnement en pôle inter hospitalier de médecine d'urgences liant 2 ou 3 établissements (voire plus) entre eux. On peut citer en exemple le pôle inter hospitalier de médecine d'urgence liant le pôle urgences du CHU de Clermont avec les urgences (SU, UHCD et SMUR) du CH de Riom.

3. Modalités d'évolution de la filière

Chacune de ces modalités devra être étudiée à l'aune de leur faisabilité économique.

a) Mise en place d'une FMIH réunissant toutes les structures

Les urgentistes du territoire souhaitent la mise en place d'une fédération médicale inter-hospitalière, réunissant l'ensemble des structures de médecine d'urgence du GHT. La FMIH permettra notamment :

- La coordination de la gouvernance de la filière ;
- La mutualisation de temps de travail et une mobilité facilitée entre les sites ;
- La mise en place de modalités concertées de formation initiale et continue au sein du GHT.

Un collège médical composé d'un représentant urgentiste par établissement, d'un représentant par SAMU et du coordonnateur universitaire de l'enseignement de la Médecine d'Urgence, animera et coordonnera la FMIH. Le collège médical nommera un de ses membres coordonnateur de la FMIH. Le coordonnateur fera le lien entre la FMIH et les autres acteurs du GHT.

¹ Le critère de « site à faible volume d'activité » correspond aux sites qui :

- N'ayant qu'une activité SU, accueillant moins de 12 000 passages par an
- N'ayant qu'une activité SMUR, réalisant moins de 3000 sorties par an
- Ayant une activité SAU + SMUR réalisant moins de 24 000 passages, en comptant 1 sortie SMUR = 7 passages

La fédération devra élaborer en urgence des dispositifs répondant aux enjeux immédiats de démographie médicale, notamment sur le bassin de Moulins.

La mobilité des praticiens ne concernera que les séniors et les assistants dans le cadre de la FMIH. Afin de diminuer le recours aux intérimaires, le GHT permettra une revalorisation des temps additionnels réalisés pour le compte des établissements membres. Cette incitation financière devrait également contribuer à améliorer le partage de la pénibilité entre les sites, l'objectif visé étant là aussi d'améliorer l'attractivité des parcours professionnels au sein du GHT. Le versement de la prime multi-site et le remboursement des frais de déplacements entre 2 sites sont en outre des conditions clés pour envisager une mobilité des praticiens.

Chaque établissement devra pouvoir conserver une part de praticiens fixes sur site (« noyau dur » en charge du management du site), dont l'importance doit être appréciée en interne, la partie fixe étant plus importante dans les 4 sites principaux, et plus réduite dans les plus petits centres. Cette disposition ne dispense pas ces praticiens de participer aux modalités de formation continue, formation organisée par le GHT. C'est le minimum attendu de chaque praticien, indépendamment de sa participation à une pratique multi-site.

La question du financement des postes d'assistants devra être renégociée entre les établissements, dans la mesure où les établissements périphériques portent seuls le coût financier des postes à ce jour. De même, les modalités de comptabilisation du temps de travail devront être harmonisées et rendues transparentes à l'échelle de la FMIH afin de garantir l'adhésion des urgentistes et d'éviter la pratique du « dumping » inter-établissement portant sur ces mêmes urgentistes dont en particulier les plus jeunes qui arrivent sur le marché du travail.

Un collège paramédical composé des cadres d'urgences (ou de leur représentant désigné) veillera à la mise en cohérence du projet paramédical avec le projet médical du GHT, portant notamment sur l'homogénéisation des pratiques professionnelles soignantes, les aspects de formation continue, le développement de la recherche paramédicale, etc.

- Harmonisation des pratiques médicales

Dans le cadre du règlement intérieur de la FMIH, les praticiens proposent de déterminer les rôles et responsabilités des différents postes dans le GHT, notamment en ce qui concerne la clé de répartition du temps travaillé sur les 3 secteurs d'activité de la Médecine d'Urgences (urgences intra hospitalières &UHCD, urgences pré hospitalières SMUR, activité de régulation médicale au SAMU) et une définition partagée de ce qui est considéré comme une « urgence inter hospitalière ». La clarification des protocoles de démarches diagnostiques et thérapeutiques liés à ces prises en charge permettra de mieux préciser les situations requérant l'intervention spécialisée d'un urgentiste. Une fiche de poste personnalisée compléterait les dispositions générales retenues dans le règlement intérieur.

L'harmonisation et la convergence des fiches de poste faciliteront la mobilité des praticiens volontaires entre les différents sites du GHT.

- Formation continue

Le plan de formation continue pourra être contractualisé dans le règlement intérieur de la FMIH et s'appliquera à l'ensemble des praticiens. L'intégration, ou non, des intérimaires à ce plan de formation continue, devra être décidée par le collège médical de la FMIH.

Les modalités de coordination de la formation continue seront déterminées par le collège médical de la FMIH, en lien avec le coordonnateur universitaire de la Médecine d'urgence. L'harmonisation de l'accès à la formation continue permettra de favoriser le maintien de compétences « partagées au sein du GHT » pour l'ensemble des praticiens, au bénéfice de la qualité des soins des patients et de l'attractivité des parcours professionnels.

La fédération des urgences se saisira en lien avec la fédération femme et enfant de la question sur SMUR pédiatrique.

b) Coordination des politiques RH

Comme précédemment évoqué, la réussite de la territorialisation de l'offre de médecine d'urgences est adossée à l'harmonisation des pratiques RH, et notamment :

- La transparence de la comptabilisation des temps de travail ;
- L'application uniforme de la réforme du temps de travail des urgentistes ;
- La revalorisation des temps additionnels réalisés pour le compte du GHT, afin de limiter le besoin d'intérim.

c) Maintien des deux SAMU

Les urgentistes du territoire estiment que le maintien des deux structures de SAMU est préférable. L'interopérabilité des logiciels permettant de faire l'économie de la double saisie des informations entre les deux structures de médecine d'urgences. La fusion des deux sites ne permettrait ni une optimisation financière, ni un gain en ressources humaines.

Les deux SAMU souhaitent néanmoins travailler sur l'harmonisation des pratiques de régulation et la formalisation de protocoles d'adressage, dans le cadre de la stratégie de GHT.

d) Médicalisation de l'HéliSMUR

La médicalisation de l'hélicoptère de la sécurité civile en héliSMUR 24h/24 a été travaillée dans l'hypothèse d'un financement extérieur dédié. Les urgentistes de l'Allier et du Puy-de-Dôme proposent que la médicalisation soit partagée sur les deux départements à hauteur de 4j/semaine par le Puy-de-Dôme et 3j/semaine par l'Allier. L'éventualité de cette nouvelle ligne induirait un besoin complémentaire de 5,4 ETP médicaux générés dans un premier temps par du temps additionnel (les membres du comité de pilotage soulignent que cette médicalisation ne saurait être considérée comme une activité multi-site).

Ce maillage apparaît indispensable pour permettre un accès à l'offre d'urgences pour les zones d'accès difficile soulignées par les courbes isochrones précédemment illustrées.

Cette proposition est en cours d'études pour en décliner les modalités opérationnelles selon les contraintes RH et financières.

4. Priorités d'action et calendrier de mise en œuvre

La création d'une Fédération Médicale Inter Hospitalière pour les services d'urgences apparaît comme la première priorité d'action dans le cadre du GHT. Celle-ci aura notamment les déclinaisons opérationnelles suivantes :

- Harmonisation des règles de gestion (notamment du temps de travail) et de recrutement ;
- Proposition d'une reconnaissance nuancée des charges de travail des différents sites afin de se diriger vers des actions de réduction de la pénibilité ;
- Proposition d'un travail multi-site organisé afin d'améliorer l'attractivité pour les praticiens les plus jeunes comme pour les plus expérimentés des postes d'urgence au sein du GHT ;
- Réduire le recours à l'intérim.

La rédaction d'une Convention Constitutive pour la FMIH entre le 1/11/17 et le 1 /1/18 et l'établissement de son règlement intérieur par le collège médical de la FMIH apparait comme la première étape à mettre en œuvre, dès le printemps 2017.

Cette nouvelle instance de gouvernance de la filière facilitera ensuite la mise en place des autres actions retenues pour l'évolution de la filière, en particulier :

- Application uniforme de la réforme des 39h au 1/1/18 ;
- Etablissement d'un plan de formation continue et concertation autour de la formation initiale ;
- ~~Intégration d'Issoire au pôle inter-établissement CHU-Riom ;~~
- Formalisation des protocoles entre les deux SAMU ;
- Médicalisation H24 de l'héliSMUR à partir de septembre 2017.

	Projet	Objectif	Plan d'action et calendrier
1	Mise en place d'une FMIH	<p>Cette fédération aura trois objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'harmonisation des pratiques RH et médicales entre les sites ; - La coordination autour de la formation (initiale ou continue) ; - Le dialogue entre les structures de même spécialité (notamment entre les deux SAMU) <p>Ainsi, la fédération devrait améliorer la coordination publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attractivité médicale ; - Gouvernance et partenariats ; - Formation, initiale et continue ; - Mutualisation des moyens. <p>Elle travaillera notamment à l'élaboration d'un plan de gestion de crise des ressources médicales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'une convention constitutive de FMIH ➔ Finalisation entre le 1/11/17 et le 1 /1/18, Collège des chefs de service - Nomination du coordonnateur de la FMIH ➔ Automne 2017, Collège de la FMIH - Permettre un meilleur partage de la pénibilité par la réalisation de temps additionnels au sein du GHT avec des conditions salariales plus attractives ➔ Eté 2017
2	Harmonisation des pratiques RH	Renforcer l'attractivité médicale par l'amélioration et l'uniformisation des conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Application uniforme des 39h à rechercher dans le cadre d'une étude médico-économique prenant en compte les conséquences financière et organisationnelles de cette application et la réforme du financement des Urgences - SMUR. Responsable de l'étude : Dr STORME, Mr ROQUET, Mr VIDAL.

			<ul style="list-style-type: none"> - Partage de l'information sur le recrutement d'intérimaires ; - Clarification des fiches de poste et de la définition des « urgences hospitalières »
3	Mise en place d'un parcours de formation continue	<p>Améliorer la qualité de l'offre médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail sur le maintien de compétences, notamment grâce à la salle de simulation du CHU ; - Harmonisation des pratiques et convergence des protocoles ; - Développement d'une culture commune entre les sites 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de l'automne 2017
4	Intégration d'Issoire au pôle inter-établissement CHU-Riom	Améliorer la gouvernance territoriale et la coordination des ressources humaines	Projet en cours
5	Mise en place d'un SMUR pédiatrique		
6	Médicalisation de l'héliSMUR	Améliorer la réponse aux besoins de santé du territoire et améliorer la qualité de prise en charge	A partir de septembre 2017
7	Uniformisation des outils informatiques	Faciliter et renforcer la collaboration entre les sites, renforcer la formation continue et le partage de bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'outils interopérables ➔ En lien avec le groupe SI du GHT - Sécurisation du partage de données ➔ En lien avec le groupe SI du GHT

F03. Femme et Enfant

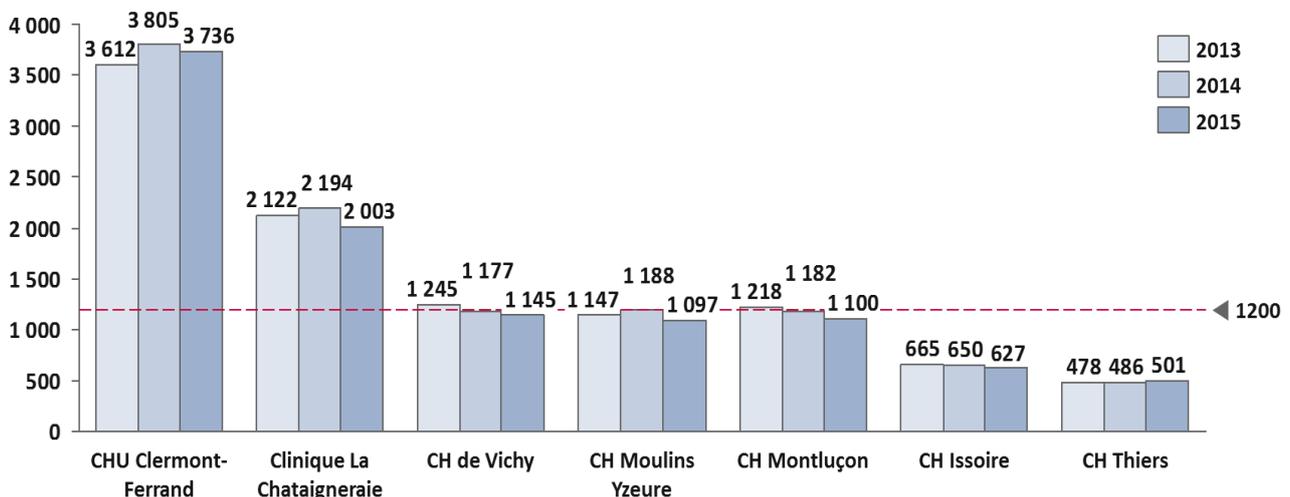
1. Objectifs et enjeux de la filière

a) Contexte

Un contexte de baisse de la natalité

Le territoire de l'Allier – Puy-de-Dôme fait face à une baisse de la natalité et donc de l'activité dans les maternités du territoire. La baisse du nombre d'accouchements et les projections démographiques exigent de s'interroger sur le positionnement stratégique et les conditions de maintien des centres publics afin de permettre la poursuite de leur activité à moyen et long terme.

Evolution du nombre d'accouchement (par voie basse et césarienne) par établissement du territoire, entre 2013 et 2015 (PMSI)

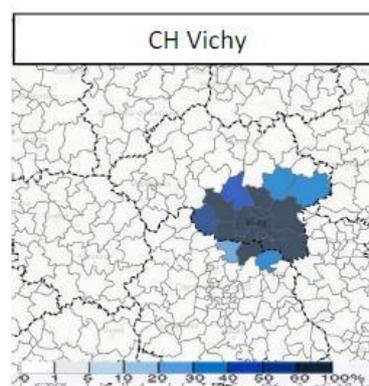
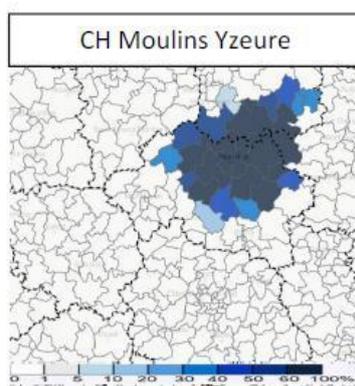
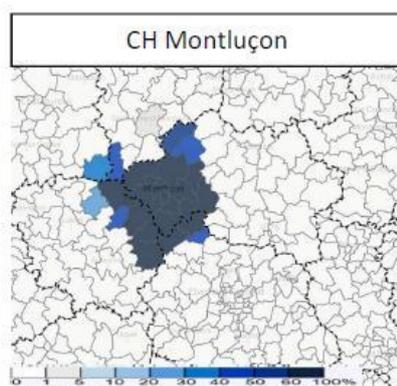
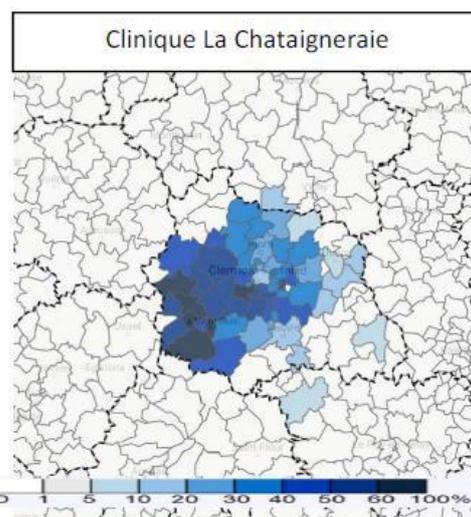
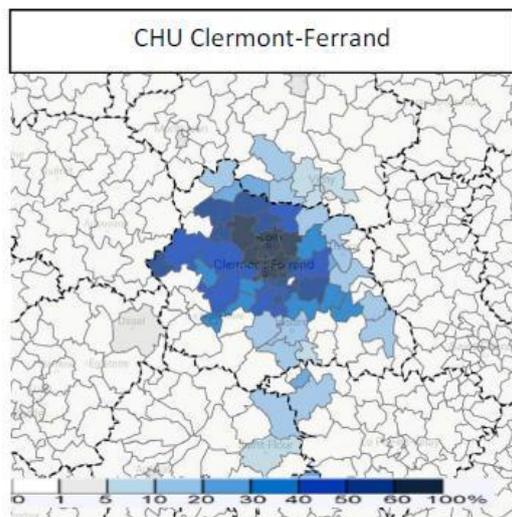


Une attractivité des établissements de proximité à renforcer en obstétrique et néonatalogie

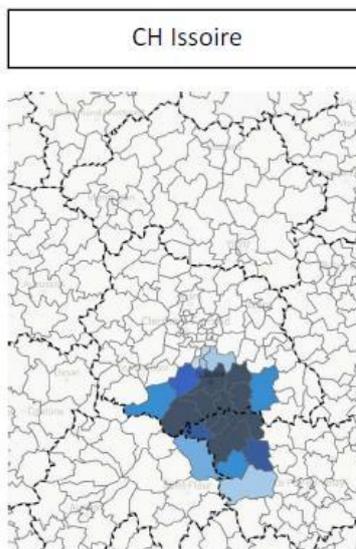
L'attractivité du CHU Clermont-Ferrand pour les domaines d'activités d'obstétrique, nouveaux nés et période périnatale, diffuse vers le centre et le nord du Puy-de-Dôme jusqu'au sud de l'Allier ; les parts de recrutements de la Clinique La Chataigneraie, seul établissement privé à disposer d'une maternité et d'une unité de néonatalogie, sont plus fortes à l'ouest du département.

Quand bien même les établissements périphériques ont un fort taux de recrutement sur leur zone de proximité, les acteurs considèrent qu'il est encore possible de renforcer les adressages vers les maternités de niveau 1 et 2. Pour cela, il convient de développer l'attractivité des maternités de proximité.

Parts de recrutement en 2015 pour les domaines d'activité obstétrique, nouveaux nés et période périnatale (PMSI)



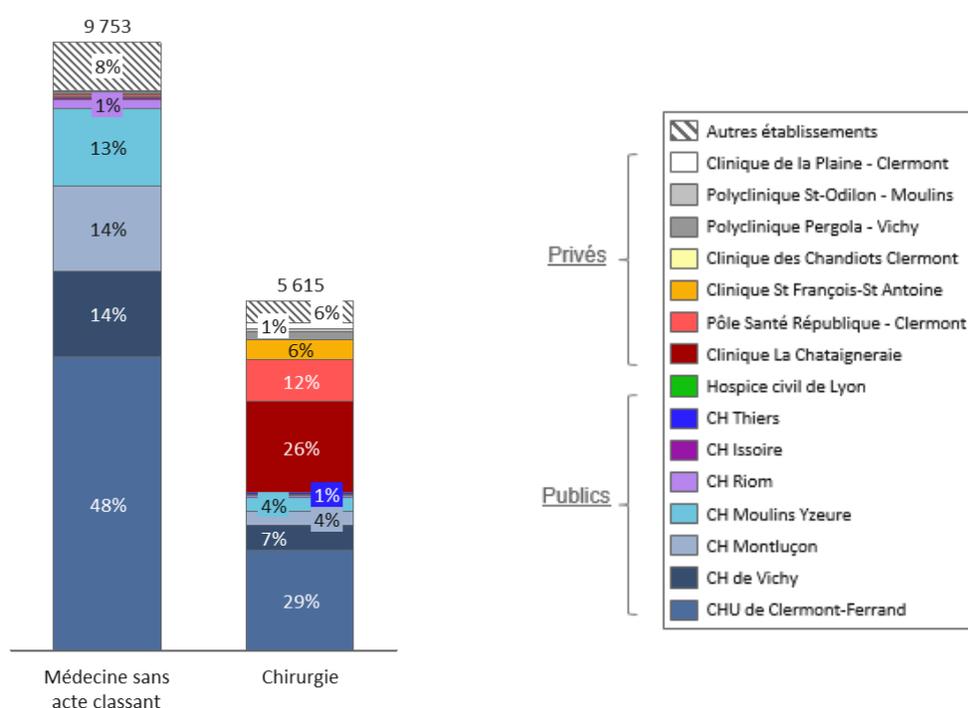
- Le CH Montluçon diffuse son attractivité jusqu'au nord-est de la Creuse.
- Les parts de recrutement du CH Moulins Yzeure s'étendent sur la moitié nord de l'Allier et diffusent vers le sud de la Nièvre.
- L'attractivité du CH Vichy couvre le sud-est de l'Allier et déborde sur le Puy-de-Dôme.
- Le recrutement du CH Issoire couvre le sud du Puy-de-Dôme, jusqu'à la Haute-Loire
- Le CH Thiers couvre bien son territoire de proximité.



En chirurgie pédiatrique, une performance territoriale à améliorer

Concernant la prise en charge pédiatrique médicale (patients dont l'âge est inférieur ou égal à 15 ans), les parts de recrutement des établissements du GHT s'élèvent à 90 % sur le territoire. Néanmoins, en chirurgie pédiatrique, l'on constate un potentiel d'augmentation des parts de recrutement, qui représentent 45 % en 2015, dont 29 % pour le CHU Clermont-Ferrand. Le développement de la chirurgie pédiatrique est cependant contraint par des tensions sur les effectifs médicaux concernant principalement les anesthésistes, y compris sur l'établissement support du GHT. Ainsi, la stratégie de renforcement de la performance territoriale doit d'abord passer par une consolidation de l'activité de recours en chirurgie et anesthésie pédiatrique du CHU Clermont-Ferrand.

Parts de recrutement des établissements en médecine et chirurgie pédiatrique (<15 ans) sur le territoire du GHT, en 2015 (PMSI)



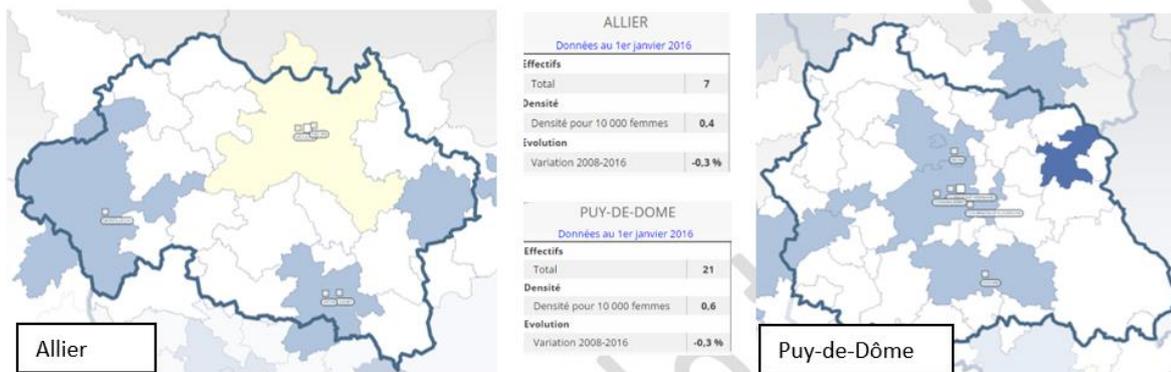
Un contexte de pénurie médicale en gynécologie et en pédiatrie sur le territoire

Le territoire du GHT fait face à un contexte de pénurie médicale, en particulier pour les spécialités de pédiatrie et gynécologie. Les centres hospitaliers les plus isolés géographiquement, notamment ceux de l'Allier, sont particulièrement touchés par cette problématique ; en effet, l'un des critères d'attractivité médicale pour un établissement est de bénéficier d'un temps de transport raisonnable entre son site et le CHU Clermont-Ferrand. Ainsi, les collaborations médicales au sein du GHT sont nécessaires pour pallier aux tensions d'effectifs, assurer une qualité de prise en charge au sein du GHT et maintenir le niveau d'activité des établissements.

Par ailleurs, la démographie médicale libérale connaît des tensions importantes en pédiatrie et en gynécologie, en particulier dans l'Allier. En effet, l'Ordre des Médecins ne recensait, au 1er janvier 2016, que sept gynécologues libéraux ou en pratique mixte dans l'Allier, soit une densité de 0,4 gynécologues pour 10 000

femmes, dont l'activité se concentre sur Montluçon (trois médecins), Vichy (trois médecins) et Moulins (un médecin). Le nombre de gynécologues libéraux ou en pratique mixte est plus important dans le Puy-de-Dôme, avec 21 gynécologues, principalement concentrés à Clermont-Ferrand (15 médecins), puis à Thiers (deux médecins) et Issoire (deux médecins). La densité de gynécologues libéraux ou en pratique mixte est sensiblement supérieure à celle de l'Allier, avec 0,6 gynécologues pour 10 000 femmes.

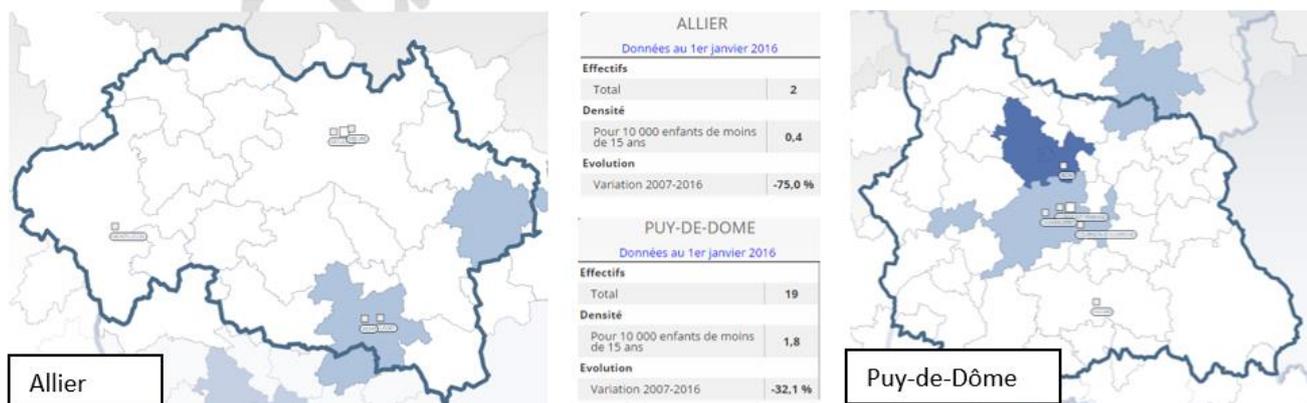
Gynécologie : densité en activité libérale ou mixte au 1^{er} janvier 2016



Source : CNOM, cartographie interactive de la démographie médicale, 1er janvier 2016

En pédiatrie, l'Ordre des Médecins ne recensait, au 1er janvier 2016, que deux pédiatres libéraux ou en pratique mixte dans l'Allier, soit une densité de 0,4 pédiatres pour 10 000 enfants de moins de 15 ans. Cependant, les deux pédiatres étant installés à Vichy, Montluçon et Moulins ne disposait d'aucun pédiatre libéral au 1^{er} janvier 2016. Dans le Puy-de-Dôme, le nombre de pédiatres libéraux ou en pratique mixte est plus important, avec 19 pédiatres. Néanmoins, l'on constate une concentration de l'activité libérale en pédiatrie à Clermont-Ferrand (14 pédiatres) et à Riom (5 pédiatres), aucun pédiatre n'étant installé à Thiers ou Issoire au 1^{er} janvier 2016.

Pédiatrie : densité en activité libérale ou mixte au 1^{er} janvier 2016



Source : CNOM, cartographie interactive de la démographie médicale, 1er janvier 2016

Les établissements publics de santé doivent donc compenser ce manque d'accès des femmes à la gynécologie et des enfants en pédiatrie, ce qui souligne l'importance d'adopter une stratégie concertée par le GHT.

a) Etat des lieux

La prise en charge de la filière femme-enfant sur le territoire de santé du GHT Allier - Puy-de-Dôme est assurée par six centres hospitaliers publics membres du GHT et six établissements privés implantés sur le territoire.

Synthèse de l'offre publique et privée sur l'Allier et le Puy-de-Dôme en obstétrique, pédiatrie et chirurgie gynécologique

Bassin de santé	Etablissement (membres du GHT et privés)	Offre en obstétrique	Offre en pédiatrie	Offre en chirurgie gynécologie
Clermont-Ferrand et Riom	CHU Clermont-Ferrand	Maternité niveau 3	Urgences labellisées pédiatriques Hospitalisation complète HDJ Consultations <i>N.B. : Seul site disposant de chirurgie pédiatrique identifiée et spécialisée</i>	Chirurgie gynécologique, dont cancer gynécologique <i>N.B. : Le CHU est un centre de formation international sur la chirurgie coelioscopique et sur l'endométriose et la statique pelvienne</i>
	CLCC Jean-Perrin	/	/	Chirurgie cancer du sein et cancer gynécologique
	Pôle Santé République	/	/	Chirurgie cancer du sein et cancer gynécologique
	Clinique La Chataigneraie	Maternité niveau 2A	Hospitalisation complète	Chirurgie gynécologique, dont cancer du sein cancers gynécologiques
Vichy	CH Vichy	Maternité niveau 2A	Urgences labellisées pédiatriques Hospitalisation complète Consultations	Chirurgie gynécologique, dont cancer du sein et cancer gynécologique
	Polyclinique La Pergola	/	/	Chirurgie gynécologique hors cancer
Montluçon	CH Montluçon	Maternité niveau 2B	Urgences labellisées pédiatriques Hospitalisation complète Consultations	Chirurgie gynécologique, dont cancer du sein et cancer gynécologique
	Clinique Saint-François Saint Antoine	/	/	Chirurgie gynécologique, dont cancer du sein et cancer gynécologique
Moulins	CH Moulins-Yzeure	Maternité niveau 2A	Hospitalisation complète HDJ	Chirurgie gynécologique, dont cancer gynécologique
	Polyclinique Saint-Odilon	/	/	Chirurgie du cancer du sein
Thiers	CH Thiers	Maternité niveau 1	Consultations	Chirurgie gynécologique hors cancer
Issoire	CH Issoire	Maternité niveau 1	/	Chirurgie gynécologique hors cancer <i>N.B. : le CH Issoire est un centre de reconnaissance nationale sur la chirurgie de la statique pelvienne</i>

Synthèse de l'offre obstétrique, pédiatrique et gynécologique du GHT

	CHU Clermont-Ferrand	CH Vichy	CH Montluçon	CH Moulins-Yzeure	CH Thiers	CH Issoire

	Maternité/néon at	Maternité/néon at	Maternité/néon at	Maternité/néon at	Maternité/néon at	Maternité/néon at
Prise en charge	72 lits HC maternité 21 lits HC néonatalogie et kangourou 12 lits soins intensifs néonatalogie 10 lits réanimation néonatale Pédiatrie 20 lits HC pédiatrie gén. 10 lits HC hémato-onco 10 lits HC hiver 2 lits SC 10 lits HC chirurgie 13 places HDC (gén et hémato-onco) 4 places HDJ aphérèse et hémodialyse Gynécologie 26 lits HC 4 places HDJ	24 lits HC maternité 6 lits HC néonatalogie Pédiatrie 18 lits HC pédiatrie 4 lits surveillance continue pédiatrie Gynécologie : 17 lits HC du service gynécologie	24 lits HC maternité 6 lits HC néonatalogie 2 lits soins intensifs néonatalogie Pédiatrie 24 HC l'hiver, 19 lits HC au printemps, 13 lits HC l'été et l'automne 2 lits soins continus Gynécologie : 9 lits HC 2 places HDJ	23 lits maternité 6 lits HC néonatalogie Pédiatrie 17 lits HC 2 places HDJ Gynécologie : 6 lits HC et HDJ (répartition non définie)	11 lits HC maternité Gynécologie-Obstétrique : 16 lits HC 1 place HdJ	11 lits HC maternité Gynécologie-Obstétrique : 18 lits HC 3 places HDJ
Urgences labellisées pédiatriques	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Activité (accouchements 2015)	3 736	1 145	1100	1 097	501	627
Temps médical (ETP 2015)	21,1 ETP en GO 78,7 ETP sages-femmes 34,6 ETP en pédiatrie	8 ETP GO 24,5 ETP sages-femmes 1,2 ETP en pédiatrie / néonatal	4,5 ETP en GO 22 ETP sages-femmes 6,3 ETP pédiatrie	6 ETP GO 31 ETP sages-femmes 3 ETP pédiatrie	4,9 ETP GO 13,2 ETP sages-femmes (pour Thiers et CPP Ambert) 2,3 ETP pédiatres	4,7 ETP GO 12,1 ETP Sages-femmes 1,4 ETP pédiatres
Permanence des soins	Garde et astreinte gynécologie-obstétrique Garde pédiatrique	Astreinte opérationnelle gynécologie-obstétrique Astreinte opérationnelle pédiatrique	Astreinte opérationnelle gynécologie-obstétrique Astreinte opérationnelle pédiatrique	Astreinte opérationnelle Astreinte opérationnelle pédiatrique	Astreinte opérationnelle gynécologie-obstétrique	Astreinte opérationnelle gynécologie-obstétrique

Source : PMSI, 2015

2. Enjeux et stratégie du projet médical partagé

a) Enjeux

L'évolution des filières obstétrique, pédiatre et gynécologie s'appuie sur trois axes principaux :

- 1 - le développement de projets cliniques et scientifiques pour les trois filières ;
- 2 – une structuration de l'offre caractérisée par le maintien des maternités et des services de néonatalogie du GHT, et la réorganisation de l'offre en lits de soins intensifs de néonatalogie sur le territoire ;
- 3 – un principe collaboratif pour la gestion des ressources médicales à l'échelle du GHT, notamment à travers la mise en place d'une FMIH pour la filière femmes-enfants sur l'Allier - Puy-de-Dôme et d'une pôle transversal inter-établissement en périnatalité sur le Puy-de-Dôme.

1. **Le développement de projets cliniques et scientifiques pour les filières obstétrique, pédiatrie et gynécologie**

Le développement de projets cliniques et scientifiques est un levier d'attractivité médicale important. Il convient donc de l'encourager.

1.1. Garantir un accès à la bibliographie pour l'ensemble des établissements du GHT

Actuellement, certains établissements du GHT ne disposent pas de bouquet numérique leur permettant d'accéder à une bibliographie exhaustive. Ainsi, la mise en place au sein du GHT d'un système permettant l'accès à la bibliographie pour l'ensemble des établissements devra être assurée.

1.2. Le développement de projets cliniques et scientifiques à travers un portage collectif de la recherche

Afin de développer les projets cliniques et scientifiques au sein du GHT, et d'associer plus amplement les établissements de proximité, il a été décidé de mettre en place un système permettant le portage collectif de l'activité de recherche clinique au sein du GHT. Ce système devra s'appuyer l'harmonisation des pratiques des établissements.

Il est ainsi envisagé que le GHT, à travers l'établissement support, soit promoteur de Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (interrégionaux ou nationaux) selon les modalités suivantes :

- Le CHU comme établissement promoteur de PHRC ainsi que d'appels d'offre internes au GHT. A noter que les établissements périphériques peuvent être à l'initiative de projets de recherche clinique.
- Un partage des recettes entre établissements au prorata des inclusions dans les cohortes.
- Une mise à disposition de temps d'Attachés de Recherche Clinique.

Il est attendu que le renforcement de la participation des établissements périphériques aux protocoles de recherche permette d'élargir les données de cohorte, mais également de renforcer l'attractivité médicale des établissements de proximité.

1.3. La mise en place d'un centre de simulation en néonatalogie accessible aux établissements du GHT

Afin d'assurer une formation initiale et continue et le maintien de compétences médicales au sein le GHT, il est envisagé de mettre en place au CHU un centre de simulation en néonatalogie accessible pour tous les établissements du GHT.

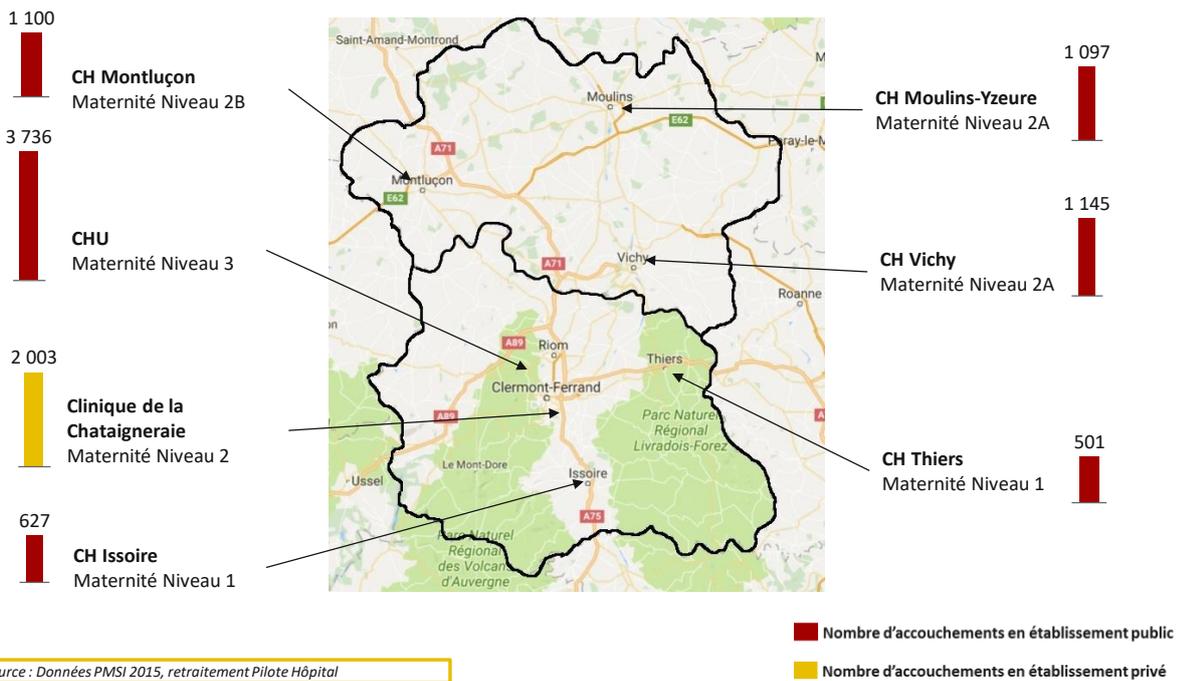
Le CHU a d'ores et déjà engagé un partenariat avec le Réseau de santé en périnatalité : des locaux du CHU sont mis à disposition du RSP qui a réalisé les investissements de matériel (mannequins de simulation), pour la mise en place d'une salle de simulation en réanimation périnatale. Le GHT doit maintenant engager une réflexion sur la maintenance des appareils, dont la majorité a déjà été achetée par le Réseau.

La communauté médicale souligne qu'il serait intéressant d'obtenir des simulateurs pour le transport des grands prématurés, afin de former une partie des urgentistes et des réanimateurs du GHT.

2. Structuration de l'offre sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins du territoire

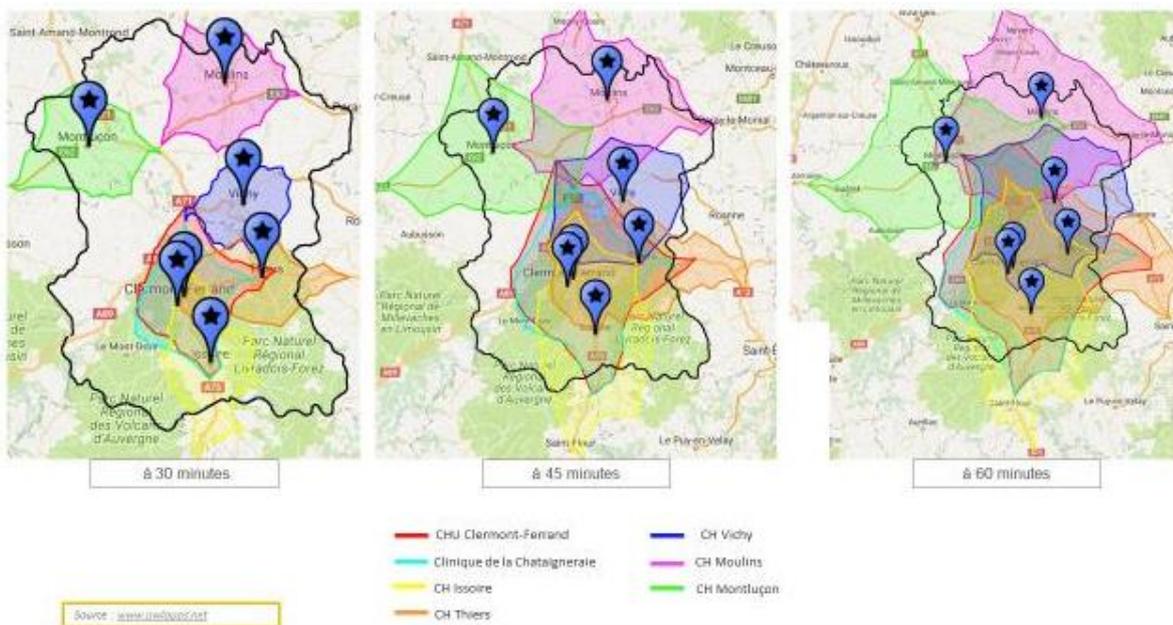
2.1. Le maintien de l'ensemble des maternités du GHT et le renforcement des capacités en néonatalogie sur le territoire

Actuellement, sept maternités dont une privée sont réparties sur le territoire du GHT.



La question du **maintien des maternités** réalisant moins de 800 accouchements par an (concernant les CH Thiers et CH Issoire) a été abordée.

Courbes isochrones à 30, 45 et 60 minutes des maternités du territoire du GHT



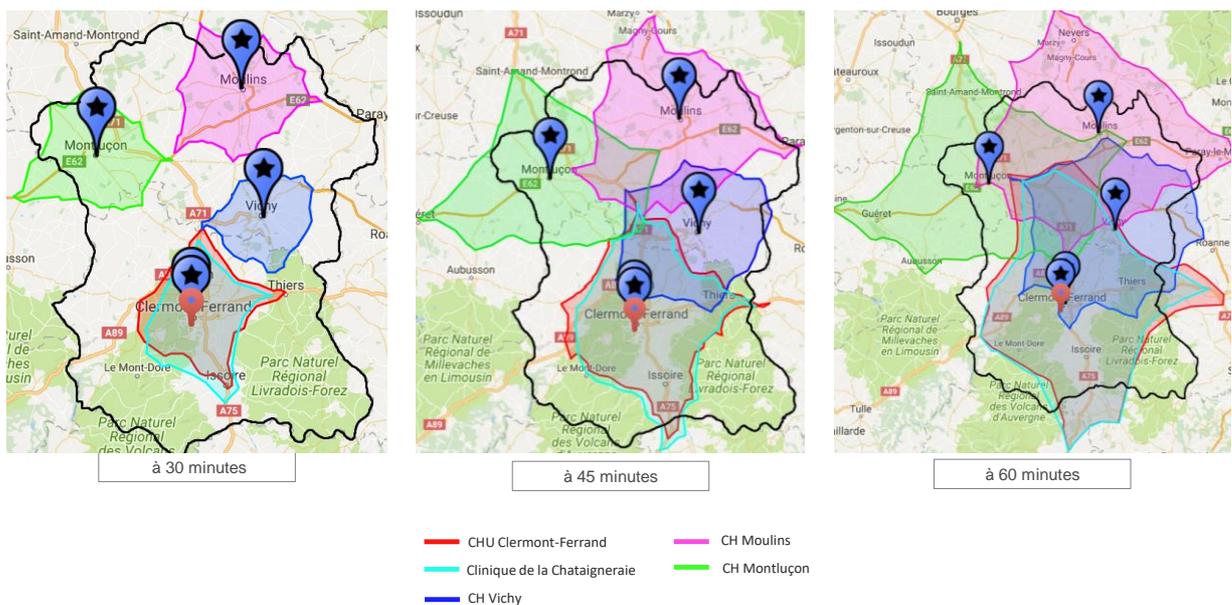
Pour des raisons de santé publique, il est considéré que la durée raisonnable d'accès à une maternité est de maximum 45 minutes. Ainsi, le GHT s'oriente vers un scénario de statut quo, avec le maintien de l'ensemble des maternités du GHT, pour les raisons suivantes :

- Le maintien d'une offre de proximité : les médecins de Thiers travaillent également au CPP d'Ambert ; la fermeture de la maternité entraînerait le départ d'un certain nombre de praticiens de Thiers, et donc la nécessité de recruter de nouveaux médecins pour le CPP.
- L'équipe médicale de Thiers n'est actuellement pas en difficulté ; la tension sur les effectifs est notamment moindre que dans les services des CH Moulins-Yzeure et CH Montluçon.
- La fermeture des maternités des CH Thiers et Issoire provoqueraient l'engorgement de la maternité du CHU, ainsi que
- La fuite de parturientes hors du GHT, qui impliquerait également une fuite pour les activités de pédiatrie.
- Impact sur l'ensemble de l'offre des établissements concernés : la fermeture des maternités aurait pour impact d'affaiblir l'offre et l'activité de chirurgie et de médecine des établissements concernés.

La question du maintien des **centres de néonatalogie dans l'Allier** a également été abordée. Actuellement, l'offre en néonatalogie sur le territoire du GHT se répartit comme suit :

- deux services dans le Puy-de-Dôme : CHU Clermont-Ferrand et Clinique La Chataigneraie
- trois services dans l'Allier : CH Montluçon, CH Moulins, CH Vichy.

Courbes isochrones à 30, 45 et 60 minutes des services de néonatalogie du territoire du GHT



Pour des raisons de santé publique, il est envisagé de maintenir tous les sites de néonatalogie du GHT. Les établissements estiment également que ce maintien doit être accompagné d'une augmentation des capacités globales sur le territoire du GHT (en lits de niveau 2B) :

- En termes d'accessibilité, de même que pour les maternités, la communauté médicale souligne qu'une durée raisonnable d'accès aux centres de néonatalogie est de maximum 45 minutes. Ainsi, de nombreuses zones ne seraient plus couvertes si l'un des centres venaient à être supprimé, avec pour conséquence une perte de chance pour les patients.
- La fermeture des services de néonatalogie aurait également un impact négatif sur l'attractivité des maternités des sites concernés, entraînant ainsi une diminution de l'activité des établissements.
- Par ailleurs, la suppression d'un ou de deux centres de néonatalogie n'entraînera pas d'économies significatives en termes d'effectifs médicaux, en raison de la permanence des soins en pédiatrie qui devra continuer à être assurée.
- La fermeture des services de néonatalogie provoquerait en outre une perte d'attractivité médicale des centres concernés, dans un contexte de démographie médicale défavorable.

Afin de renforcer les prises en charge de proximité, il est entendu que le CHU doit ré-adresser les patients sur les centres de proximité, dès que la situation médicale le permet et que les parents acceptent la décision.

L'organisation de l'augmentation de l'offre en lits de soins intensifs de néonatalogie, pour répondre aux besoins de l'Allier, doit cependant être précisée.

Deux hypothèses sont envisagées :

- renforcer le nombre de lits au CHU Estaing au regard de l'engorgement du service.
- Renforcer l'activité des services de proximité de l'Allier : renforcement capacitaire du pôle clermontois irait à l'encontre de la consolidation de l'activité des services de proximité.

Le cadre fédératif envisagé pour la structuration de cette filière devra permettre la mise en place d'études de faisabilité de ces deux hypothèses aboutissant à une proposition de solution.

En parallèle, ce même cadre fédératif devra étudier la pertinence de la mise en place d'une HAD néonatale sur le bassin clermontois.

2.2. La consolidation de l'activité de chirurgie pédiatrique de recours au sein du GHT

Des consultations avancées de chirurgie pédiatriques sont déjà mises en place en proximité. Les établissements se sont interrogés sur un éventuel développement des interventions chirurgicales au sein des hôpitaux de proximité, qui soulève la problématique de **l'anesthésie pour les nourrissons et enfants de moins de 3 ans** (certains anesthésistes refusant actuellement d'endormir ces patients).

Cependant, en raison de tensions d'effectifs anesthésistes, le CHU nécessite dans un premier temps de consolider son activité de recours en chirurgie et anesthésie pédiatrique sur site, pour dans un second temps soutenir les établissements de proximité du GHT.

3. Une ambition collaborative en matière de gestion et planification des ressources médicales à l'échelle du GHT

3.1. La mise en place d'une politique de formation permettant une meilleure planification des compétences médicales au sein de la filière gynécologique

Les centres de proximité doivent tous disposer des compétences chirurgicales nécessaires pour assurer des interventions de cas complexes en proximité afin éviter les adressages de patientes au CHU pour les activités ne relevant pas du recours, tout en garantissant la sécurité des patientes.

Il est également fondamental de disposer au sein du GHT des compétences spécifiques nécessaires, notamment en chirurgie carcinologique, et d'être en mesure d'assurer les remplacements de praticiens disposant de ces compétences.

Ainsi, il a été décidé de mettre en place une politique de formation ciblée selon les besoins du territoire en matière de compétences médicales.

3.2. Une collaboration médicale accrue pour la filière femme-enfants à travers la mise en place d'une FMIH pour la filière femmes-enfants

La gestion et la planification des ressources médicales est un sujet clé dans l'identification d'une stratégie publique de territoire, notamment pour répondre aux tensions majeures d'effectifs en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie, sur les établissements de proximité. Ainsi, un principe collaboratif global est envisagé pour la filière femmes-enfants. La forme juridique est à préciser mais l'orientation aujourd'hui privilégiée est une **Fédération Médicale Inter Hospitalière Allier / Puy-de-Dôme**. La FMIH permettra le développement de la mobilité des spécialistes afin de mettre en place des temps partagés, sur la base du volontariat, entre les sites du groupement.

Concernant la périnatalité, il est également envisagé de créer un **pôle transversal inter-établissements dans le Puy-de-Dôme, entre le CHU Estaing, le CH Issoire et le CH Thiers**. Ce pôle permettrait notamment d'avoir une gestion homogène et centralisée. Il est également attendu que la création de ce pôle renforce l'attractivité et par conséquent l'activité des centres périphériques, à travers la diffusion de l'attractivité du CHU, ainsi que le développement de consultations avancées de gynécologie sur les territoires n'en bénéficiant pas (CH de Riom...)

Dans le cadre de la Fédération Femme-Enfant Allier/ Puy-de-Dôme, il est proposé une collaboration médicale sur la base d'une logique bi-sites CHU / CHG, avec des praticiens rattachés au CHU. Cette organisation impliquera de mettre en place :

- des temps partagés au sein du GHT (logique bi-site) ;
- des pratiques de recrutements et une politiques RH communes (salaires, conditions de travail) ;

- une politique de formation commune ;
- une politique d'image commune au GHT ;
- une réflexion quant à la maquette de formation des internes et aux parcours professionnels des médecins au sein du GHT ;
- la mise en place d'une réunion (en visioconférence) une à deux fois par an visant à instaurer une culture GHT commune et à assurer une coordination pour la gestion des ressources humaines sur le territoire.

La fédération femme et enfant se saisira en lien avec la fédération des urgences de la question sur SMUR pédiatrique.

3. Déclinaison de la stratégie

a) Plan d'action

	Enjeu	Projet	Objectifs	Action et calendrier	Priorité
1	Développer la recherche clinique et scientifique à l'échelle du GHT	Développement de projets cliniques et scientifiques pour les filières obstétrique, pédiatrie et gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> • Elargir les données de cohorte des protocoles de recherche • Renforcer l'attractivité médicale des établissements de proximité en augmentant leur participation à des projets de recherche cliniques et scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir un accès à la bibliographie pour l'ensemble des établissements du GHT <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2017 • Mettre en place un système portage collectif de la recherche <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2018 	
2		Mettre en place d'un centre de simulation en néonatalogie accessible aux établissements du GHT	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le niveau de compétences au sein du GHT à travers la formation continue des médecins • Harmoniser les pratiques médicales • Améliorer la qualité de prise en charge des patients sur le GHT 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat avec le Réseau de santé en périnatalité pour les investissements de matériel : <ul style="list-style-type: none"> ◦ déjà engagé • Acquérir des simulateurs pour le transport des grands prématurés <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2018 • Définir un modèle économique à l'échelle du GHT pour la maintenance des appareils <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2017 	
3	Structuration de l'offre sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins du territoire	Renforcement des capacités en néonatalogie sur le territoire : lits de soins intensifs (niveau 2B)	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les capacités globales de lits de niveau 2B • Renforcement d'une offre de proximité • Favoriser l'attractivité médicale des CH • Désengorgement du service de néonatalogie du CHU 	<p>2 options existent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • renforcer le nombre de lits au CHU Estaing (à travers la création ou la révision de la répartition de lits entre le CHU et la Chataigneraie) • renforcer les capacités d'un site de proximité, tout en assurant les ressources médicales nécessaires pour faire face à l'augmentation des capacités. <p><i>Une étude médico-économique sera établie dans le cadre de la Fédération « Femme et Enfant ». Le projet sera étudié en rapport avec la création d'une HAD néonatale.</i></p> <p>Dépôt d'une demande à l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2018 	

4		<p>Mettre en place une HAD commune périnatale sur le Puy-de-Dôme et une autre sur l'Allier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la lisibilité de l'offre • Fluidifier les parcours patients • Optimiser les ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Etude pour définir le dimensionnement nécessaire <ul style="list-style-type: none"> o 2018 • Déposer une demande pour le regroupement des HAD <ul style="list-style-type: none"> o 2018 <p><i>Une étude médico-économique sera établie dans le cadre de la Fédération « Femme et Enfant ». Le projet sera étudié en rapport avec le renforcement des lits de soins intensifs en néonatalogie (niveau 2B).</i></p>	
5		<p>Consolider l'activité de chirurgie pédiatrique de recours au sein du GHT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Structurer l'offre déjà existante • Conforter la position du CHU comme centre de recours pour l'anesthésie et la chirurgie pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer et stabiliser les équipes d'anesthésistes pédiatriques au CHU <ul style="list-style-type: none"> o Dès 2017 • Conforter l'activité de chirurgie pédiatrique du CHU <ul style="list-style-type: none"> o Dès 2017 	
6	<p>Renforcer la collaboration pour une gestion et planification des ressources médicales à l'échelle du GHT</p>	<p>Mettre en place une Fédération Médicale Inter-Hospitalière pour la filière femmes-enfants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier la gestion des ressources humaines à l'échelle du territoire et faciliter la gestion des difficultés liées à la pénurie médicale dans l'ensemble des sites du territoire à travers la mise en place de temps partagés ; • Permettre un meilleur partage de la pénibilité entre les sites en permettant la mobilité • Favoriser la formation continue et améliorer ainsi la qualité des soins • Développer la confiance entre les équipes médicales et l'adoption de protocoles communs 	<ul style="list-style-type: none"> • Rédiger la convention de FMIH <ul style="list-style-type: none"> o Eté 2017 • Nomination d'un coordonnateur <ul style="list-style-type: none"> o Automne 2017 • Définition d'un cahier des charges précisant : <ul style="list-style-type: none"> o pratiques de recrutements, RH et de formation continue communes ; o une politique d'image commune au GHT ; o une réflexion quant à la maquette des internes et aux parcours des médecins ; o 2017 -2018 • Réunions (en visioconférence) une à deux fois par an pour coordonner la gestion des ressources humaines sur le territoire. <ul style="list-style-type: none"> o Dès 2018 	

7		Mettre en place d'une politique de formation permettant une meilleure planification des compétences médicales au sein de la filière gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer des compétences chirurgicales nécessaires sur le GHT • Renforcer la prise en charge de proximité et améliorer la qualité de prise en charge des patientes • Harmoniser les pratiques et faciliter le remplacement de praticiens 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les besoins : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Eté 2017 • Définition de protocoles communs concernant les prises en charge médicales et chirurgicales <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hiver 2017 • Mettre en place un plan de formations commun et stages de « remises à niveau » pour certaines techniques <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2018 	
8		Mettre en place un Pôle Inter-Etablissement entre les maternités du CHU, du CH d'Issoire et du CH de Thiers	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une gestion homogène des ressources (humaines et matérielles) • Renforcer l'activité des maternités de proximité en diffusant l'attractivité du CHU 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une gestion homogène et centralisée de l'organisation des 3 maternités publiques du Puy de Dôme dans le cadre d'un pôle inter-établissement. 	

Légende : Actions à mettre en œuvre en priorité

b) Priorisation des projets

La mise en œuvre de la FMIH obstétrique – pédiatrie – gynécologique et du pôle inter-établissement entre les maternités du CHU et des CH Thiers et Issoire (projets n°6 et n°8) est fondamentale pour engager une stratégie de groupe et pallier aux contraintes du territoire. Ces projets apparaissent ainsi comme prioritaires, tout comme la mise en place d'une politique de formation permettant une meilleure planification des compétences médicales sur le territoire (projet n°7), qui va dans la continuité de la création d'une FMIH.

F04. Cardiologie

1. Contexte et état des lieux

a) Contexte

Une spécialité qui évolue et qui impose une anticipation de l'articulation entre offre médicale et besoins du territoire

Au regard du vieillissement de la population et de évolutions des modes de vie, il est raisonnable d'envisager une forte hausse du nombre de patients atteints de pathologies cardiaques et coronariennes. Ces prises en charge évoluent, et les méthodes de diagnostic se spécialisent, entraînant des besoins de formation spécifiques pour assurer une couverture optimale du territoire. Cependant, le contexte de pénurie de spécialistes libéraux recentre la demande vers les hôpitaux, qui sont eux-mêmes en tension. Qui plus est, le nombre d'internes de cardiologie au niveau national sera réduit de 80 places dans le cadre de la réforme du troisième cycle. Ainsi, l'anticipation du renforcement de la pénurie médicale et une politique de fidélisation des jeunes praticiens s'impose afin de pallier ces pénuries.

En parallèle, les innovations liées au développement de la télémédecine, et en particulier de la télésurveillance permettent d'envisager un gain de temps médical significatif et une amélioration de la prise en charge pour les patients, qui n'auront plus à se déplacer systématiquement. La prise en compte de ces changements, la diffusion et l'adoption de leviers de modernisation des prises en charge bénéficie à la fois aux patients et aux praticiens.

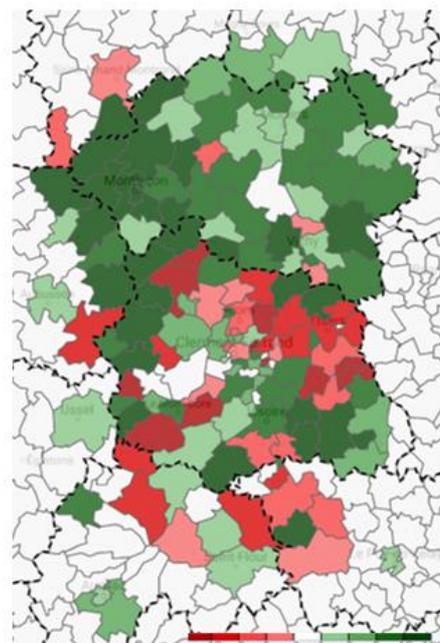
Ces évolutions significatives de la cardiologie et leurs répercussions sur les surspécialités nécessitent une coordination proche avec les maquettes de formation initiale.

Par ailleurs, les cinq établissements validant les stages de cardiologie (CHU, CH Riom, CH Vichy, CH Moulins Yzeure et CH Montluçon) et les autres établissements offrant une prise en charge cardiologique (CH Riom, et, dans le cadre de la médecine générale à orientation cardiologique, CH Thiers, Ambert et Issoire) n'ont développé que peu de synergies et de concertation en vue d'une réponse collective aux difficultés susmentionnées.

L'implantation des plateaux techniques en coronarographie et en rythmologie assure un maillage territorial satisfaisant sur l'ensemble du territoire. Il importe que les établissements du GHT s'appuient sur ce maillage pour construire une filière graduée pour l'ensemble des prises en charge et que le Projet Médical Partagé permette de clarifier le recours et la lisibilité des parcours patient.

Une offre de cardiologie publique qui fait face à la concurrence privée

Si le CHU exerce un monopole territorial en ce qui concerne la prise en charge de chirurgie cardiaque, le Pôle Santé République propose une offre attractive sur tous les autres types de prise en charge cardiologique (hors réadaptation). Cette forte présence d'un acteur privé incite les structures à renforcer leur coopération afin de pérenniser l'accès aux soins publics à tout niveau de recours. L'évolution des parts de recrutement en cardiologie sur le territoire (ci-contre) souligne le renforcement des établissements publics dans l'Allier, tandis que le positionnement du GHT apparaît plus fragile dans le Puy-de-Dôme, du fait de cette concurrence. Les acteurs publics sont en effet en recul au nord-est du département, ainsi que dans plusieurs autres communes du nord et du sud du Puy-de-Dôme.



Évolution des PDM en cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) du GHT de 2011 à 2015

Source : PMSI 2015 – Retraitement Pilote Hôpital

b) Etat des lieux

Offre :

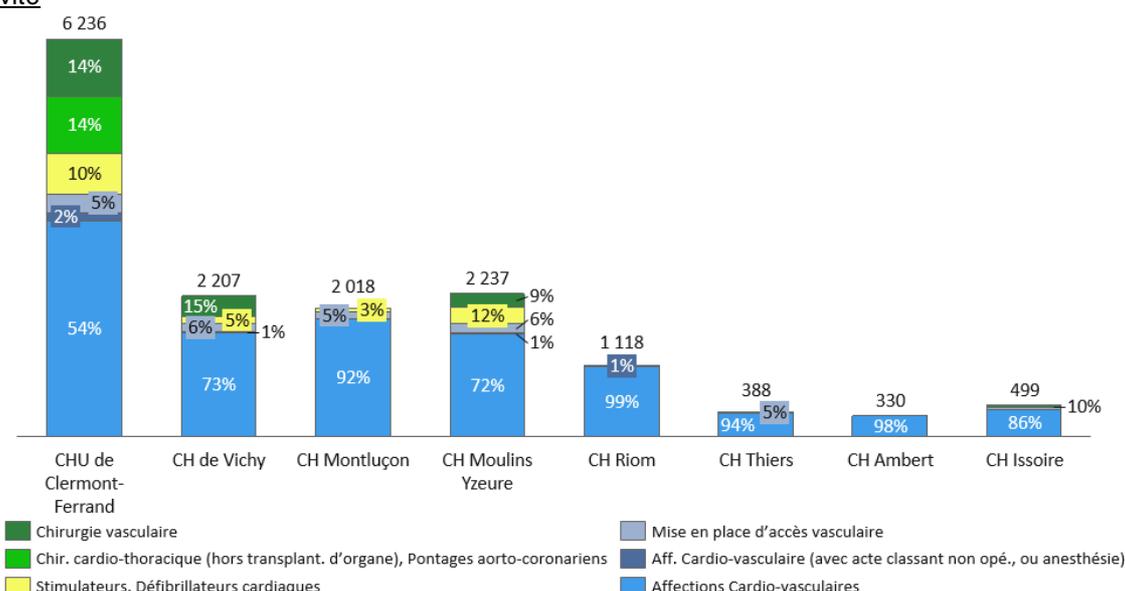
	ETP titulaires	Plateau technique	Permanence des soins	Offre de lits
CHU Clermont Ferrand	11,9	Salles de coronarographie Plateau de rythmologie Plateau de consultations Chirurgie cardiaque	2 médecins de garde 1 Astreinte coronarographie 1 astreinte cardiopédiatrie	HC post-USIC et rythmologie : 28 lits HC : 56 lits HdS : 18 lits USIC : 20 lits
CH Riom	2	Plateau de consultations	-	HC médicale à orientation cardiologique : 34 lits UCS : 6 lits
CH Vichy	6,8	Salle de coronarographie IRM cardiaque	2 Astreintes (dont USIC)	HC : 25 lits HdS : 10 lits (cardiologie interventionnelle) Soins intensifs : 8 lits
CH Moulins-Yzeure	5,51	Plateau de rythmologie	?	
CH Montluçon	5,58	Salle de coronarographie	2 Astreintes (dont USIC)	
CH Thiers	0,4	Plateau de consultation	-	-
CH Issoire	0,3	Plateau de consultation	-	-
CH Ambert	-	Plateau de consultation	-	-

Source : SAE 2015, entretiens préparatoires

La démographie médicale hospitalière apparaît fragile, et particulièrement au CH de Montluçon, qui fait appel à l'intérim pour assurer la permanence des soins. En outre, l'offre de cardiologie libérale de ville est contrainte sur le territoire du GHT. Ainsi, les services de cardiologie hospitaliers sont beaucoup sollicités pour assurer des consultations et du suivi pour pallier le manque d'offre libérale. Cette croissance de la demande entraîne un besoin global d'augmentation de l'offre publique afin d'assurer à chacun l'accès aux soins.

Le recours à l'intérim ponctuel ou régulier dans l'ensemble des centres hospitaliers pèse sur la stabilité et la dynamique des équipes médicales, le budget des établissements, voire la qualité des soins.

Activité



Remarque : Cardio-vasculaire, hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels

Source : PMSI 2015 – Retraitement Pilote Hôpital

L'activité de cardiologie fait ressortir trois niveaux de réponse :

- Les centres hospitaliers à petite activité de cardiologie (Riom, Issoire, Thiers et Ambert) sans plateau technique avancé, qui prennent en charge les patients dans un service de cardiologie (Riom) ou dans des lits de médecine à orientation cardiologique.
- Les centres intermédiaires de l'Allier (Vichy, Moulins Yzeure et Montluçon), disposant d'un plateau de coronarographie (Vichy et Montluçon) ou de rythmologie (Moulins)
- Le CHU, qui assure l'offre de recours et d'hyper-recours public à la fois en médecine et en chirurgie cardiaque.

2. Enjeux de la filière

a) Organiser des parcours de prise en charge gradués entre établissements publics dans le cadre d'une stratégie de préférence publique

Les praticiens s'accordent sur la nécessité de faciliter l'accès des malades aux plateaux techniques adaptés dans une stratégie public-public affirmée. Cette stratégie nécessitera la clarification des zones de recrutement pour chaque centre hospitalier ainsi qu'un renforcement de la coordination avec le SAMU / SMUR pour développer la préférence publique.

Cette stratégie de préférence publique devra se traduire par un plus grand recours au plateau de chirurgie cardio-vasculaire du CHU. La fédération devra s'assurer de l'effectivité de cette stratégie. La clarification de ces éléments et l'amélioration de la lisibilité de l'offre permettra de limiter les fuites vers le privé ou hors-territoire. Ce renforcement de l'accessibilité et de l'attractivité des soins publics est un levier fort pour endiguer le recul des hôpitaux du GHT sur les zones identifiées ci-avant.

L'amélioration du parcours patient passe notamment par la clarification du recours et le partage de protocoles dans le cadre de temps partagés. Ces temps partagés doivent permettre de renforcer l'attractivité des postes dans le GHT en autorisant les praticiens des CH généraux à réaliser des actes plus techniques au CHU. Cette activité coordonnée restera sous la responsabilité des praticiens du CHU qui réaliseront le geste technique en première main afin de conserver l'expertise et le faible taux de complication acquis par l'expérience. La mobilité territoriale contribue au partage d'une culture commune de la prise en charge et à l'adoption de bonnes pratiques sur l'ensemble du GHT.

Le groupe de travail rappelle l'importance de disposer d'un système informatique unifié et intégratif afin de faciliter la transmission d'informations entre les centres, au bénéfice de la qualité des soins. Dans un premier temps, ils demandent que soit étendu à l'ensemble des centres le système déployé à Moulins, qui permet l'intégration directe des courriers médicaux au dossier patient.

b) Assurer l'articulation entre offre RH et besoins de santé du territoire

Les praticiens estiment que si le GHT est capable de fidéliser suffisamment les internes, le GHT sera capable d'ici 5 ans de se passer du recours à l'intérim dans l'ensemble des centres. Les problématiques de démographie médicale sont appréhendées dès le stade de la formation initiale ; les cardiologues souhaitent harmoniser leurs visions du parcours des internes du territoire en améliorant notamment les trois points suivants :

- La lisibilité des projets professionnels pouvant être proposés aux internes doit être renforcée. Ces parcours seront pensés par l'ensemble des centres. La lisibilité doit passer par l'identification des débouchés pour les différentes filières de surspécialité.
- La clarification des relations entre la ville et l'hôpital doit permettre d'acter dès les premières réflexions des internes la possibilité d'avoir une pratique mixte libérale et hospitalière. L'accès facilité au plateau technique ainsi que l'appartenance à une équipe plus large peuvent en effet être des facteurs d'attractivité importants.
- La convergence des niveaux d'exigence entre les sites de stages validant promouvra une formation de qualité et une réponse adaptée aux besoins de santé des populations.

c) Améliorer la coordination et le dialogue entre les services de cardiologie

La coordination limitée entre les sites et l'absence de modalités de gouvernance commune limite la capacité des services du GHT à coopérer. Dans l'Allier, un GCS de moyens rassemble les plateaux techniques et la permanence des soins des CH. Cette structure ne donne cependant pas pleine satisfaction et pourrait être réformée.

La mise en place d'une concertation entre les responsables des structures de cardiologie publiques du territoire pour accroître le dialogue à l'échelle du GHT facilitera l'harmonisation des pratiques, la bonne gestion des ressources humaines et matérielles ainsi qu'une réflexion commune autour du plan d'équipement et des parcours patients au sein du groupement.

3. Modalités d'évolution de la filière

a) Mise en place d'une FMIH

Afin d'améliorer la gouvernance de la filière, en développant la concertation entre les sites et la confiance entre les praticiens, les cardiologues se proposent d'instaurer une Fédération Médicale Inter-hospitalière de Cardiologie.

Les modalités de mise en place de cette fédération seront détaillées dans la convention constitutive de la FMIH. Cette fédération aura trois objectifs principaux :

- Permettre une meilleure gestion des ressources humaines (formation initiale et adéquation entre les postes disponibles et les profils des internes, formation continue, mobilité facilitée pour harmoniser les pratiques et limiter le recours à l'intérim) ;
- Organiser des parcours patients gradués dans le cadre d'une stratégie basée sur la préférence publique ;
- Faciliter la diffusion de la recherche et l'adoption de pratiques professionnelles innovantes (harmonisation des pratiques, participation de l'ensemble des praticiens volontaires aux projets scientifiques et de recherche clinique, thèses multi-centrées, développement de la télémédecine).

Afin d'améliorer l'attractivité du territoire pour les internes et favoriser leur fidélisation, les cardiologues soulignent l'importance de penser à la cohérence du parcours de formation. Le groupe de travail s'accorde sur la priorité de fidéliser et mobiliser les jeunes praticiens au service du territoire auvergnat. Ce travail sur l'attractivité doit être entrepris dès l'externat, afin de favoriser des vocations territoriales au sein des promotions d'étudiants. La FMIH permettra aux praticiens maîtres de stage d'harmoniser leur niveau d'exigence pour la validation des stages, et d'envisager précocement les leviers de fidélisation des internes. Les membres du groupe de travail de cardiologie du GHT ont convenu d'organiser une réunion semestrielle entre les PUPH de Cardiologie du CHU auxquels se joindront un responsable de chaque centre étant validant pour les stages de Cardiologie, autour des validations de stages des internes en cours de formation. Cette concertation biannuelle permettra une réflexion précoce sur les parcours des internes et une prospection commune des besoins du territoire. En effet, l'adéquation entre les souhaits des jeunes et les besoins régionaux apparaît comme une dimension importante de la concertation et contribuera à renforcer les liens de confiance entre les services des quatre sites principaux du groupement.

En outre, au regard des impacts de la réforme du troisième cycle, les praticiens souhaitent prendre en compte collégalement les évolutions du DES de cardiologie. La nouvelle maquette prévoit un internat de 5 ans dont 3 ans de tronc commun suivi éventuellement de 2 années de surspécialité. Il est rappelé que le nombre d'internes de cardiologie sera largement réduit au niveau national, ce qui renforce l'importance de l'enjeu d'attractivité et de concertation entre les acteurs de la formation. Enfin, les représentants médicaux du CHU signalent qu'il est urgent d'identifier un référent universitaire pour la formation en cardiologie vasculaire, qui limite les capacités de formation d'internes.

La politique des assistants spécialistes partagés est considérée comme une réussite pour la filière de cardiologie, qui doit être pérennisée. Leur mobilité entre deux sites du territoire contribue à harmoniser les pratiques et à faire émerger une culture commune basée sur des protocoles et un parcours de formation cohérents. La FMIH permettra aussi le développement de la mobilité des seniors, sur la base du volontariat, entre les sites du groupement. Ainsi, les cardiologues des hôpitaux généraux bénéficieront d'un accès au plateau technique du CHU et pourront maintenir leurs compétences en bénéficiant de l'expérience du CHU, tandis que

les praticiens du CHU coordonneront des staffs inter-établissements et assureront l'offre de formation continue.

La fédération devra articuler son activité en lien avec le projet de filière de gériatrie afin de répondre à l'enjeu du vieillissement de la population.

En ce qui concerne la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, le lien avec Cardiauvergne devra être pérennisé et renforcé.

b) Définition des parcours patients

Les praticiens conviennent qu'il est souhaitable de faire prévaloir la stratégie publique *a priori*, toute modération due (respect et optimisation des chances du malade et éthique professionnelle), et sous réserve de :

- La régulation des urgences ;
- Le choix des malades s'il est connu.

Dans le cadre du travail de la FMIH sur les parcours patient, les cardiologues proposent de définir un binôme référent par parcours patient. Ce binôme, composé d'un praticien hospitalo-universitaire et d'un non-universitaire aura pour rôle de :

- Définir des niveaux de prise en charge par parcours, en fonction de la complexité de la prise en charge, dans le respect de la sécurité des soins, et en tenant compte de l'effet de qualité lié au volume d'activité de ce type prise en charge sur le site ;
- Définir le niveau de prise en charge que peut assurer chaque site, en fonction du cahier des charges préétabli ;
- Clarifier les protocoles d'adressage et de recours dans le cadre de cette gradation des soins.

Le groupe souligne l'importance de bien prendre en compte le rôle des soins de réadaptations et des soins de suite dans les parcours ainsi définis. Les partenariats nécessaires et le rôle de la clinique Durtol dans les parcours patient pourront être approfondis dans un second temps.

Organisation des soins non-programmés en cardiologie

Le partage d'expérience du CH Moulins-Yzeure et du CHU de Clermont-Ferrand sur la mise en place d'une ligne directe pour organiser les soins non-programmés de cardiologie apparaît inspirante et reproductibles aux membres du groupe, dans une situation concurrentielle comparable et dans un contexte de déficit de l'offre de cardiologie libérale. Cette organisation s'articule autour :

- De la mise en place d'une ligne directe, partagée aux libéraux et intra hospitalier, qui permet de joindre l'interne ou le cardiologue de garde.
- S'il ne s'agit pas d'une urgence vitale, le patient peut être accueilli dans l'un des deux lits dédiés dans le service de cardiologie. Si l'urgence est vitale, le patient suit le parcours des urgences.
- L'avis est donné en 1h :
 - Si le problème n'est pas d'ordre cardiologique, le patient est réorienté ;
 - Il est renvoyé à domicile si l'affection ne nécessite pas d'hospitalisation ;
 - S'il relève des compétences du service de cardiologie, il est admis dans le service.

Rythmologie interventionnelle

Concernant la rythmologie interventionnelle, les praticiens se sont entendus sur la nécessité de voir la création / optimisation d'une troisième salle de rythmologie permettant la réalisation de toutes les ablations complexes (fibrillation atriale, tachycardie ventriculaire, ...). Cette troisième salle permettra sur des créneaux dédiés aux praticiens des CH de Moulins, Vichy et Montluçon qui auront été formés au préalable par l'équipe du CHU de réaliser ces procédures d'ablations complexes mais également pour les centres (i.e. Vichy et Montluçon) ne disposant pas de l'accréditation idoine, des procédures d'implantologies complexes (DAI et CRT). Ces procédures seront réalisées sous la responsabilité des praticiens du CHU avec les praticiens des CH.

Cette disposition permettra une réduction des délais de prise en charge et contribuera tant à fluidifier le parcours patient qu'à améliorer l'attractivité des parcours professionnels au sein du GHT.

c) Projets du CHU de Clermont-Ferrand ayant une vocation territoriale et régionale

1/ Rythmologie interventionnelle dans le cadre du GHT : projet d'une nouvelle salle dédiée aux techniques ablatives

Le développement de l'électrophysiologie cardiaque interventionnelle permet de diagnostiquer et traiter la plupart des arythmies cardiaques par voie endovasculaire. L'avènement des technologies de cartographie cardiaque et la compréhension de ces pathologies ont permis d'améliorer la prise en charge de nos patients. Désormais la diffusion de ces techniques est internationale. Cette discipline ne cesse d'évoluer au travers d'une intense recherche clinique et fondamentale. Plus d'un tiers des procédures d'électrophysiologie interventionnelle concerne la fibrillation atriale. Cette arythmie concerne plus de 600 000 personnes en France.

A ce jour, deux centres Auvergnats pratiquent ces interventions d'ablations complexes nécessitant la proximité d'un plateau médico-chirurgicale. Le nombre de procédure est inférieure à 350 pour un bassin de population régionale de plus 1.3 millions d'habitants. Au CHU de Clermont-Ferrand, plus de 200 procédures seront réalisées en 2017. Ce nombre est très en dessous de ce que pourrait proposer notre CHU. Plusieurs éléments sont révélateurs du cruel déficit de soin et du potentiel développement de cette activité, ce qui n'est pas une spécificité régionale. Le développement du CHU se fera par une augmentation de l'attractivité du CHU (réorganisation de l'équipe de rythmologie et recrutement à terme de deux praticiens hospitaliers experts des techniques ablatives) et par un partenariat dans le cadre du GHT et de collaboration avec les différents CH de l'ex région Auvergne (accueil des praticiens et de leurs patients qui bénéficient peu de ce type de procédure et avec un certain ratio de « fuites »).

Afin de répondre à ces objectifs il est indispensable de procéder à l'optimisation de la troisième salle de rythmologie pour accueillir les praticiens des hôpitaux généraux mais aussi réaliser les procédures du CHU. En effet les délais actuels du CHU déjà importants (4 mois) vont augmenter avec l'arrivée d'un praticien en Novembre. Ainsi des procédures d'ablation de fibrillation atriale ou de tachycardies ventriculaires pourront être réalisées en parallèle dans ces 2 salles d'ablation et de l'implantation de défibrillateur dans la troisième salle dédiée.

Un certain nombre d'éléments constitue des pré-requis indispensable pour le déploiement de cette nouvelle salle : équipement, personnel paramédical et médical cardiologique et anesthésique.

Les praticiens du CH d'Aurillac viennent déjà réaliser leurs ablations complexes dans notre CHU. Les centres de Moulins (ablations complexes) et Vichy (ablations complexes et implantations de défibrillateurs et resynchronisation cardiaque) souhaitent intervenir dans ce cadre dès la fin 2017.

2/ Création d'une unité de télécardiologie pour le suivi des patients implantés de prothèse

Ce projet de télécardiologie, autorisant le suivi des patients implantés de défibrillateur automatique implantable (DAI) et de stimulateur cardiaque (PM), constitue la première étape clef pour l'optimisation du suivi clinique et technique de nos patients. En effet, celui-ci répond à une obligation sanitaire (diminution majeure de l'expertise médicale dans ce domaine très précis empêchant un suivi en total sécurité de nos patients), clinique et financière (de nombreuses études ont mis en évidence le bénéfice médico-économique de ce type de suivi en comparaison à un suivi par consultation en face à face).

Un dossier concernant les 4 CHU de la région Auvergne Rhône Alpes a été déposé fin 2016 auprès de l'ARS (particularité du CHU de Clermont-Ferrand : projet ex région Auvergne). L'arrivée prochaine d'un acte de télésuivi (courant 2ème semestre 2017) des prothèses implantées a semble-t-il interrompu ce projet. L'acte devrait comprendre un suivi annuel par télécardiologie en sus des consultations en face (DEMP001 : 70,48€ pour un DAI et DEMP002 : 60,41€ pour un PM). Le montant estimé de cet acte serait de 130€ / an et par patient suivi pour un DAI ou un PM.

L'objectif est donc de créer une unité de télécardiologie basée au CHU de Clermont-Ferrand qui gèrera l'ensemble des patients de la région. Celle-ci se composera d'IDE et ARC (du fait du versant recherche que nous pourrions réaliser) qui suivront quotidiennement les patients (suivi programmé et gestion des alertes) et transmettront ensuite au médecin référent du patient après validation auprès du médecin du CHU. Cette unité n'impose pas d'achat particulier si ce n'est des bureaux avec le matériel informatique nécessaire (internet, bureau, ordinateurs, téléphones, ...) pour les personnels recrutés. Un poste de praticien hospitalier rythmologue pourra être recruté via ce financement et l'augmentation d'activité.

A l'heure actuelle la quasi-totalité des patients porteurs d'un DAI sont inclus dans un suivi par télécardiologie au CHU et dans les centres implantateurs de DAI mais très peu de patients avec stimulateurs cardiaques. La cohorte actuelle représenterait en Auvergne 1500 patients dont 1000 patients du CHU et 1250 DAI. Selon les prévisions d'implantation dans la région de stimulateurs et de DAI la cohorte de patients télésuivis devraient représenter en 2019 3900 patients (dont 2000 DAI).

3/ Coronarographie – Registre

La France est un pays leader en Cardiologie interventionnelle mais souffre de ne pas disposer comme ses voisins Européens, d'un registre exhaustif du parcours patient, des procédures interventionnelles et de suivi. Le GACI (groupe athérome coronaire et cardiologie interventionnelle) a pour ambition de déployer en 4 ans un registre national dont la vocation sera à partir d'une base de donnée sécurisée de suivre l'activité des centres, d'améliorer les pratiques et de mener des travaux scientifiques multicentriques. Ce registre s'inspire du modèle Suédois et fonctionne en France dans la région Centre Val de Loire, à l'initiative du CH de Chartres. Près de 150 variables sont recueillies à partir d'un logiciel métier, pour chaque procédure de Cardiologie Interventionnelle, le suivi étant assuré par des ARC (Attachés de Recherche Clinique).

La région Auvergne Rhône Alpes fait partie des 4 régions pilotes qui devraient, appuyées par leurs ARS et avec le soutien déjà assuré par la DGOS, rejoindre ce registre « France-PCI »

dès la fin 2017. Les 5 centres Auvergnats de cardiologie interventionnelle publics et privés sont en ordre de marche (le service de Cardiologie du CHU l'éprouve sur des fonds propres depuis Janvier 2016), dès le financement des ARCs obtenu de la part de l'ARS. Ce registre s'inscrit donc parfaitement dans le projet médical cardiologique de notre GHT avec un rôle pilote du CHU.

4/ Soins de Suite et Réadaptation

Le vieillissement de la population et les progrès de la médecine explique la part croissante des patients de plus de 80 ans pris en charge en Cardiologie.

Dans les domaines de l'insuffisance cardiaque et de la cardiopathie ischémique, la démonstration scientifique est faite qu'une réadaptation est essentielle sur un plan médical mais aussi économique (e.g. favorisant le retour aux activités antérieures, limitant le risque de réhospitalisations, ...). Or la France et notre région en particulier, manquent de lits de SSR. Le manque de disponibilité impacte sur la durée moyenne de séjours en service spécialisé pour lesquels priorité devrait être donnée à des soins de recours.

Une réflexion doit être menée au sein du GHT pour augmenter la capacité de lits de SSR, le déploiement de compétences dédiées à la réadaptation Cardiologique, avec un meilleur maillage du territoire. Cette réflexion doit être menée en partenariat avec le centre de réadaptation de Durtol qui constitue à l'heure actuelle le seul centre habilité.

5/ Unité Thérapeutique d'Insuffisance Cardiaque (UTIC) au sein d'un hôpital de jour

D'importants progrès ont été réalisés ces 20 dernières années dans la prise en charge tant médicamenteuse qu'électrique de l'insuffisance cardiaque. Cette pathologie constitue la voie finale de toutes les maladies cardiaques et représente la première cause de mortalité cardiovasculaire. Parallèlement, la prévalence de cette pathologie ne cesse de croître avec aujourd'hui la moitié des insuffisants cardiaques ayant plus de 80 ans.

Les récents travaux scientifiques (dont ceux menés par le CHU de Clermont-Ferrand) montrent la nécessité d'une prise en charge singulière et intensive, d'un suivi régulier peu compatibles avec la démographie médicale que l'on connaît. Il apparaît nécessaire de s'appuyer sur des réseaux de prise en charge comme Cardiauvergne impliquant tous les professionnels de santé, mais aussi sur des unités thérapeutiques dédiées à l'insuffisance Cardiaque (UTIC). La mission du CHU est de créer une UTIC (consultations spécialisées, hospitalisations de jour) et de décliner le modèle auprès des autres établissements du GHT. A l'heure actuelle, plus de 1000 séjours pour insuffisance cardiaque sont réalisés dans le CHU avec un suivi minime à la sortie d'hospitalisation pour optimiser la prise en charge de ces patients (optimisation médicamenteuse, examens complémentaires). Depuis 2 ans nous avons mis en place des consultations d'insuffisance cardiaque dans le service de Cardiologie mais qui ne permettent de suivre qu'une minime frange de la population.

6/ Unité dédiée à la prise en charge des pathologies Vasculaires, de l'Hypertension artérielle, et des Facteurs de risque athéromateux (VHF)

Le service de Cardiologie du CHU, souhaiterait créer une UF transversale, en collaboration avec toutes les spécialités impliquées, dédiée à la prise en charge des pathologies Vasculaires, de l'Hypertension artérielle, et des Facteurs de risque athéromateux.

Cette unité aurait une double mission à la fois préventive et thérapeutique conformément aux demandes de l'ARS sur le sujet. Il existe un réel besoin de synergie autour de la prévention primaire et secondaire des pathologies cardiovasculaires. Cette UF permettrait de mutualiser les efforts de différents acteurs de la région (médecins du travail, médecins et paramédicaux

scolaires, addictologues, endocrinologues, internistes...). Elle devrait optimiser le dépistage de la maladie athéromateuse, assurer un diagnostic non invasif, et accueillir des patients traités par radiologues interventionnels et / ou chirurgiens. L'unité VHF aurait pour vocation de répondre aux besoins cliniques du CHU mais s'étendrait à 2 cercles d'attractivité plus larges. Elle offrirait en effet une meilleure lisibilité auprès de l'agglomération Clermontoise notamment dans la prise en charge de l'HTA et son modèle pourrait être décliné au sein du GHT, même si les soins de recours resteront l'exclusivité du CHU.

Enfin une telle structure s'inscrit dans un triple objectif : 1) Celui du soin avec mutualisation des outils et compétences ; 2) Celui de la pédagogie : la réforme du DES impose aux services de Cardiologie une UF susceptible d'assurer la formation des futurs cardiologues aux pathologies vasculaires. Cette unité aura pour autre mission la formation des angéiologues. La pédagogie sera étendue à tous les professionnels de santé impliqué dans la prévention afin de renforcer et d'unifier les messages, mais aussi au grand public. 3) Celui de la recherche, de nombreux enseignants chercheurs du CHU travaillant sur la thématique des facteurs de risque.

4. Priorités d'action et calendrier de mise en œuvre

	Projet	Objectif	Plan d'action et calendrier
1	Mise en place d'une FMIH	<p>Cette fédération aura trois objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre une meilleure gestion des ressources humaines (formation initiale et adéquation entre les postes disponibles et les profils des internes, formation continue, mobilité facilitée pour harmoniser les pratiques et limiter le recours à l'intérim) ; - Organiser des parcours patients gradués dans le cadre d'une stratégie basée sur la préférence publique ; notamment amélioration du recours au plateau chirurgical de CCV du CHU. - Faciliter la diffusion de la recherche et l'adoption de pratiques professionnelles innovantes (harmonisation des pratiques, participation de l'ensemble des praticiens volontaires aux projets scientifiques et de recherche clinique, thèses multi-centrées, développement de la télé-médecine). <p>Ainsi, la fédération devrait améliorer la coordination publique des soins de cardiologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attractivité médicale ; - Gouvernance et partenariats ; - Qualité des parcours patient ; - Mutualisation des moyens ; - Renforcement des relations avec la filière de gériatrie ; - Développement de la filière de soins liés à l'insuffisance cardiaque en lien avec Cardiauvergne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'une convention constitutive de FMIH ➔ Eté 2017, Collège des chefs de service et consultants - Nomination du coordonnateur de la FMIH ➔ Automne 2017, Collège de la FMIH - Convocation des réunions trimestrielles de concertation ➔ Eté 2017, référent universitaire - Etablir un cahier des charges pour la validation des stages ➔ 2017-2018, référent universitaire et FMIH - Etudier les évolutions possibles du GCS de l'Allier ➔ 2018-2019, Collège de FMIH - Etablir des partenariats et formaliser les parcours patients en rééducation en lien avec la clinique Durtol ➔ Année 2018, coordonnateur de la FMIH et Collège de la FMIH
2	Améliorer la lisibilité des besoins prospectifs	<p>Avoir une vision prospective des évolutions nécessaires et anticiper les investissements en moyens humains ou matériels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etudier par établissement les tendances d'évolution des besoins de santé ➔ Action continue, Collège de la FMIH et DIM de territoire - Identifier les besoins en ressources humaines ➔ Action continue, Collège de la FMIH

3	Adopter des outils informatiques adaptés	Faciliter et renforcer la collaboration entre les sites, renforcer la formation continue et le partage de bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un plan d'équipement en vue du déploiement des outils de télésurveillance et télémedecine ➔ En lien avec le groupe SI du GHT - Mise en place d'outils interopérables ➔ En lien avec le groupe SI du GHT - Sécurisation du partage de données ➔ En lien avec le groupe SI du GHT
4	Améliorer la lisibilité des parcours patients	Renforcer l'accessibilité et l'attractivité de la filière publique et assurer une offre de soins graduée et de qualité.	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des parcours patient et d'un binôme de référents par parcours ➔ Eté 2017, collège de la FMIH - Etudier les parcours patients actuels et clarifier les évolutions souhaitables ➔ Automne 2017, Collège de la FMIH et DIM de territoire - Rédiger des protocoles par parcours et assurer leur mise en œuvre dans l'ensemble des sites ➔ A partir de 2018, Collège de la FMIH - Clarifier les zones de recrutement par établissement et renforcer la coordination avec les SAMU ➔ Année 2018, Collèges des FMIH Cardiologie et Urgences
5	Créer une unité de télécardiologie pour le suivi des patients implantés de prothèse	<p>Ce projet répond à une triple obligation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sanitaire (diminution majeure de l'expertise médicale dans ce domaine très précis empêchant un suivi en total sécurité de nos patients), • clinique, • financière (de nombreuses études ont mis en évidence le bénéfice médico-économique de ce type de suivi en comparaison à un suivi par consultation en face à face). 	
6	Ouvrir une 3 ^{ème} salle de rythmologie dédiée aux techniques ablatives	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins de la population et développer l'activité du CHU en matière d'interventions d'ablations complexes • Permettre aux praticiens des CH de Vichy et Moulins de réaliser des interventions au CHU 	Un certain nombre d'éléments constitue des pré-requis indispensable pour le déploiement de cette nouvelle salle : équipement, personnel paramédical et médical cardiologique et anesthésique

Priorités d'action :

Le projet 1 (création d'une FMIH) apparaît nécessaire pour permettre la coordination territoriale de la filière. Ainsi, plusieurs des déclinaisons opérationnelles de cette action sont-elles mises en place dès l'été 2017 : rédaction de la convention constitutive, nomination du coordonnateur et planification des réunions trimestrielles.

La mise en place de la réforme du troisième cycle à la rentrée prochaine renforce l'importance d'une mise en œuvre efficiente du projet afin d'accompagner les étudiants et les maîtres de stage dans ces évolutions.

Le projet 4 (lisibilité des parcours patient) nécessite la mise en œuvre de plusieurs actions qui peuvent être entreprises rapidement :

- Identification des parcours patient et d'un binôme de référents par parcours ;
- Renforcement de la coordination avec les deux SAMU et lien avec la FMIH urgences ;
- Entreprendre l'étude des parcours patients actuels et clarifier les évolutions souhaitables, en lien avec le DIM de territoire.

Le projet 2 sera entrepris dès 2017 mais se poursuivra de façon constante et continue.

Enfin, au regard des évolutions plus générales des systèmes d'information et des travaux du groupe SI de GHT, le calendrier de mise en œuvre du projet 2 dépendra fortement des choix du GHT sur ces problématiques.

F05. Pharmacie / Stérilisation

1. Contexte

La pharmacie à usage intérieur (PUI) est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle se situe. Sa mission est double : d'une part, elle assure les approvisionnements en médicaments et les dispositifs médicaux des services de soins, et d'autre part, elle contribue à leur bon usage et leur sécurité d'utilisation.

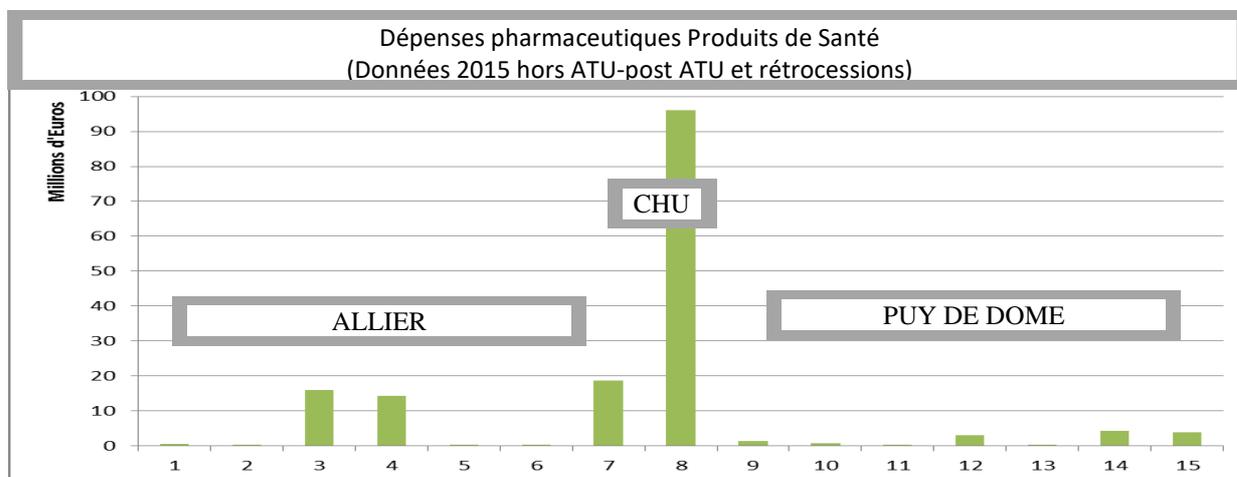
Son rôle est donc essentiel parce qu'elle est au centre même de la prise en charge thérapeutique du patient.

Au sein du GHT, chaque établissement membre dispose d'une PUI qui a vocation à gérer l'approvisionnement, la préparation, le contrôle et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux. L'ensemble des PUI du GHT représente une dépense de plus de 100 millions d'euros.

Selon la taille et la dépense annuelle, trois types des PUI se distinguent :

- PUI de grande taille : CHU de Clermont Ferrand
- PUI de taille moyenne : CH Montluçon, CH de Vichy, CH Moulins Yzeure
- PUI de petite taille : CHS d'Ainay le Château, CH Bourbon de l'Archambault, CH de Nérises-Bains, CH Cœur de Bourbonnais, CH d'Ambert, CH Billom, CH Etienne Clémentel, CH d'Issoire, CH Mont-Dore, CH de Riom, CH de Thiers

L'activité pharmaceutique hospitalière a un grand potentiel de croissance à la fois grâce au progrès de la pharmacie, surtout de la pharmacie personnalisée, et à cause d'une demande en hausse liée au développement démographique. Dans le cadre du Projet Médical Partagé, l'organisation commune des activités pharmaceutiques représente un projet stratégique du GHT.



Néanmoins, l'infrastructure routière perfectible, la taille du territoire et en conséquence le temps du trajet entre les PUI sont des facteurs défavorables pour un développement des partenariats entre les PUI du GHT. La situation est localement complexifiée par la présence des établissements privés dans la proximité directe des PUI avec lesquelles des membres du GHT ont déjà développé et/ou sont en train de développer une collaboration. Le GHT ne s'oppose pas à un rapprochement public/privé de l'activité pharmaceutique, qui va à l'encontre de l'offre de proximité et de l'optimisation économique et logistique.

La politique diverse d'achat et l'absence d'une politique logistique entravent également un travail en commun. Le CHU Clermont Ferrand et le CH Moulins Yzeure sont des adhérents à l'UniHa. Le reste

des PUI du GHT adhérent au PharmAuvergne et renouvellent leur engagement en 2017 pour 1 an reconductible 2 fois.

Personnel	Personnel médical ETP	Personnel non-médical ETP	dont personnel dédié	
			Stérilisation	Produits anticancéreux
CHS d'Ainay-le-Château	2	7		
CH Bourbon l'Archambault	1	3		
CH de Montluçon	4,2	18,1	0.5 ETP PPH, 0.5 ETP (cadre de santé), 1 ETP IDE, 0.5 ETP IBODE, 9 ETP agent de stérilisation	0.5 ETP pharmacien, 1 ETP préparateur, 1 ASH
CH de Moulins-Yzeure	6	19,45	0.2 ETP PPH, 1 ETP (cadre de santé), 1.8 ETP IDE, 9 ETP agent de stérilisation	0.8 ETP pharmacien, 1.7 ETP préparateur, autre personnel NC
CH de Nérís-les-Bains	0,5	1,9		
CH Cœur du Bourbonnais	1	4		
CH de Vichy	4,9	16,4	0.45 ETP PPH, 0.5 ETP (cadre de santé), 11 ETP agent de stérilisation	0.8 ETP pharmacien, 1.35 ETP préparateur
CHU de Clermont-Ferrand	19.6	76.1 (hors le personnel stérilisation)	1 ETP PPH, 0.8 ETP (cadre de santé), 1 ETP IDE, 6 ETP IBODE, 31.7 ETP agent de stérilisation	2 ETP pharmacien, 5 ETP préparateur, 1 OPQ
CH d'Ambert	1,6	5,5		0.2 ETP Pharmacien, 0.5 ETP préparateur
CH Billom	1,8	4		
CH Etienne Clémentel	1	1,4		
CH d'Issoire	1	3,6	0.11 ETP PPH, 0.14 ETP (cadre de santé partagé avec le bloc), pas de temps fixe IBODE, 3 ETP agent de stérilisation	
CH Mont-Dore	1	1,8		
CH de Riom	3	8,6		
CH de Thiers	2,5	7,1	0.2 ETP PPH, 0.1 ETP (cadre de santé), 1 ETP IDE, IBODE: oui, temps variable, 2 ETP agent de stérilisation	0.2 ETP pharmacien, 1 ETP préparateur, 0.02 ASH
TOTAL	33,7	206,45	82,3	17,3

Productions de l'Unité de production des anticancéreux et de l'Unité de stérilisation		
	Anticancéreux	Stérilisation
CHS d'Ainay-le-Château		
CH Bourbon l'Archambault		
CH de Montluçon	4 632	79 939 UO (777,2 m3)
CH de Moulins-Yzeure	7 641	62 005 UO (751m3)
CH de Nérès-les-Bains		
CH Cœur du Bourbonnais		
CH de Vichy	7 663	71 114 UO (989m3)
CHU de Clermont-Ferrand	31 716	8 000 000 OU (3 500 m3+ 1250 m3 en sous traitement)
CH d'Ambert	1 300	
CH Billom		
CH Etienne Clémentel		
CH d'Issoire		663 000 UO (649 m3)
CH Mont-Dore		
CH de Riom		2 293 paniers, 5 087 conteneurs (226 m3)
CH de Thiers	988	22 100 UO (520 m3)
TOTAL	53 940	8642,2 m3

2. Enjeux

A. Enjeux généraux

Une des missions principales du GHT consiste à assurer la rationalisation des modes de gestion par des transferts d'activité (permanents ou temporaires) entre établissements tout en préservant la qualité et la sécurité des soins offerte à la population. Le GHT affirme dans sa Convention Constitutive l'accessibilité à l'expertise et au recours et le renforcement du personnel médical et soignant sur le territoire comme ses priorités principales.

Le GHT estime fondamental de basculer progressivement vers un livret thérapeutique commun. C'est un enjeu majeur à la fois pour une homogénéisation de l'offre de soins sur le territoire et pour une détermination d'une base commune de l'activité pharmaceutique. Cette activité contient actuellement plus que 3000 références de médicaments et 5000 références de dispositifs médicaux au niveau du GHT.

La synergie des PUI du GHT doit être poursuivie par une stratégie commune relative à l'achat des médicaments et des dispositifs médicaux. L'objectif est double : d'allouer les finances publiques d'une façon le plus efficiente et de dégager plus de temps pharmaceutique en diminuant la durée dédiée aux activités administratives. Les critères retenus pour le choix du groupement commun sont le coût et la qualité de prestation. La décision finale doit être prise après un « benchmarking » comparatif entre les deux prestataires et une étude territoriale des flux logistiques.

La pénurie pharmaceutique est notamment observable dans les PUI de petite taille qui rencontrent des difficultés d'assurer la délivrance hors d'horaires d'ouverture et la continuité du service pendant l'absence d'un des pharmaciens. Des solutions à court terme doivent être renforcées par une réorganisation opérationnelle au niveau du GHT à long terme. Un scénario de la création des « PUI de pays² » (exemple « PUI de pays Montluçon » pour CH Montluçon et le CH Nérès-les-Bains), qui

² PUI de pays : une PUI ayant pour le but d'approvisionner plusieurs sites dans son périmètre délimité

desserviront plusieurs sites dans leurs périmètres sera étudié. Une centralisation des activités relevant des champs logistique et administratif sur un site par zone définie permet dégager plus de temps pour le développement de la pharmacie clinique et favorise une mise en place des postes partagés.

Les activités de pharmacie clinique sont, à l'état actuel, essentiellement centrées sur l'analyse de la prescription. Peu de centres réalisent une analyse complète de niveau 2 de l'ensemble des prescriptions, principalement avant délivrance. Les autres activités de pharmacie clinique visant à agir sur le risque iatrogène et sur la diminution des dépenses de santé sont trop rarement mises en œuvre. Une stratégie commune doit poursuivre le développement de ces activités dans l'ensemble des PUI du GHT.

Une réflexion commune a été menée à propos des sites présentant une production limitée ou disposant des équipements insuffisants et des scénarii de mutualisation ont été abordés :

BENCHMARK ACHATS

Contexte

Au niveau du GHT, le CHU et le CH Moulins Yzeure adhèrent à UniHa. Le reste des établissements membres adhèrent à PharmAuvergne. Il a été acté au niveau du groupe de travail, que le passage au même groupement ferait partie des bases du projet afin de disposer un livret thérapeutique commun permettant d'engager une politique efficace et homogène en matière de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et maîtrise des dépenses pharmaceutiques.

Un premier benchmark a été fait entre le CHU et le CH de Vichy sur la base des 200 molécules représentant 90% du budget du CHU. Or les deux établissements n'avaient que 140 molécules en commun. De ce fait, la représentativité du benchmark n'était pas suffisante. Après la dernière réunion du 3 avril, il a été décidé de faire un benchmark sur l'ensemble des molécules communes aux établissements du GHT ainsi que les solutés.

Objectif

L'objectif du benchmark du groupe pharmacie du GHT est de comparer le coût d'achat des groupements d'achat et évaluer leur différentiel de compétitivité.

Modalités

La comparaison a été faite à l'instant T au mois d'avril, c'est-à-dire entre le nouveau marché de PharmAuvergne débuté en mars et l'ancien marché d'UniHa (renouvelé en juin).

Les données (code ATC, code UCD libellé du produit, prix HT, quantités...) ont pu être récupérées par F. Rull Espagnol via Epicure Web pour l'ensemble des établissements adhérents à PharmAuvergne, celle du CHU par S. Bagel

Les données ont été fiabilisées puis comparées via les codes UCD communs ou via une équivalence des codes DCI pour des produits non-comparables.

Résultat

Le passage à PharmAuvergne représenterait une perte annuelle de 2 671 000 € pour le CHU. Ce montant ne prend en compte ni les remises exclusivement négociées par Uni Ha (antiviraux, REMICADE) de l'ordre de 471 000 €, ni la marge sur le prix remboursé par l'Assurance maladie pour les FES.

Le passage à UniHa représenterait une économie annuelle de l'ordre de 600 000 € pour l'ensemble du GHT. Ce gain potentiel est plus important pour les grands établissements (Ch de Vichy : 277 000 €, CH Montluçon ; 343 000€). Le gain pour les établissements de petite taille est beaucoup moins important (p.ex. : CH d'Ambert : 9 440€ ; CH. de Riom : 26 970 € ; CH d'Issoire 19 377 €).

Le passage à UniHa représente pour Ainay le Château et Clémentel un surcoût de 6346 € et 2 318 € respectivement.

Pharmauvergne est actuellement plus compétitive sur trois catégories de médicaments : voies digestives et métabolisme, système cardiovasculaire et muscles et squelette mais le différentiel s'explique essentiellement par l'arrivée de génériques intégrés par PharmAuvergne et non encore par UniHA (renouvellement du marché en juin).

Fiabilité du résultat

Avant la réunion du 23 mai, le résultat du benchmark a été remis en question par Madame Rull-Espagnol qui a levé plusieurs réserves quant à l'exactitude de certaines données. Chaque remarque a été discutée lors de la séance. Les pharmaciens présents lors de la réunion se sont mis d'accord que l'écart dû aux erreurs éventuelles ne changeait pas l'ordre de grandeur des résultats et que le groupe pharmacie du GHT validait sans réserve la valeur empirique du benchmark effectué.

Prochaines étapes à mener

Bien que le résultat du benchmark soit univoque, le groupe pharmacie souhaite que l'étape suivante du plan d'action soit maintenue à savoir que le directeur des achats interroge les deux groupements d'achat sur des questions suivantes :

Quels sont ses leviers de Pharmauvergne pour ne pas faire perdre 3 M€ au CHU?

Comment UniHa répondra aux nouveaux besoins logistiques, notamment dans le cas des petits établissements éloignés ?

Points de vigilance

Dans le cas du passage UniHa, une attention particulière doit être portée aux petits établissements pour lesquels l'opération n'est pas économiquement avantageuse :

* Négocier les frais d'adhésion

* Etudier les modalités de livraison (négocier la livraison gratuite comme c'est le cas aujourd'hui pour les adhérents de l'UniHa)

*Accompagner les établissements à la transition au niveau administratif (lien avec les logiciels métiers de gestion pharmaceutique, modalités de passation des marchés, consultation des référentiels des groupes experts,...) → il est envisageable de proposer un sujet de thèse relative à la mise en œuvre d'une politique d'achat commune des médicaments au niveau du GHT à un interne en fin de cursus (celui-ci pourrait réaliser un accompagnement des pharmaciens sur site et favoriser les échanges entre établissement)

*Porter une attention particulière au CH Nérès les Bains dont marché actuel s'arrête le 31 décembre 2017.

LUTTE CONTRE LA PEREMPTION

Contexte

L'étude préalable a démontré que la péremption des médicaments est un problème « en progression » : la valeur des médicaments périmés a augmenté entre 2015 et 2016 de 14% soit une valeur de 313 000 €. Ce montant est une estimation ne prenant en compte ni la valeur des médicaments périmés dans les services ni les données des établissements qui n'ont pas mis en œuvre une gestion de suivi des périmés.

Objectif

Le groupe de travail s'est mis d'accord sur une politique commune de lutte contre la péremption des médicaments via la reprise des médicaments entre les établissements avant leurs dates de péremption.

Modalités

La reprise de médicaments entre établissements sera formalisée par une convention plurilatérale. Le périmètre de cette convention concerne les médicaments et les dispositifs médicaux stériles (DMS) qui arrivent en péremption dans les 6 mois à venir. A titre exceptionnel, le délai de péremption peut être aussi plus court. Ce dispositif n'a pas pour vocation de se substituer aux dépannages d'urgence, pour lesquels une autre convention doit être mise en place.

Les médicaments et les DMS proposés à la reprise peuvent être de n'importe quel volume mais d'une valeur justifiant la pertinence de l'opération de reprise (coûts de transport, coûts de gestion engagés). Seuls les pharmaciens sont habilités à proposer et à accepter une reprise.

L'établissement qui propose la reprise est le coordinateur de l'opération. Il assure le transport des médicaments vers l'établissement acceptant la reprise. Le médicament pourrait être échangé ou facturé via un titre de recettes (les modalités comptables de ces nouveaux dispositifs seront discutées avec les directions).

Si le repreneur ne réussit pas d'écouler le stock repris, celui-ci fera objet d'un retour à l'établissement d'origine.

Les échanges s'effectuent via un tableau Google-Sheets où chaque établissement peut afficher ses propositions de reprise. Les reprises effectués ainsi que les médicaments non-repris seront archivés pour pouvoir évaluer les indicateurs de suivi (valeur des produits repris, valeur des produits périmés...).

Prochaines étapes à mener

Chaque établissement s'engage à mettre en place une gestion des périmés. Les établissements qui ont déjà mis en place ce type de gestion partagent leurs procédures avec les autres PUI. Chaque PUI doit mettre en place une UF produits périmés différente de l'UF pharmacovigilance.

Un sous-groupe de travail est mis en place pour perfectionner l'opérabilité du fichier Google Sheets : M. Glemet, Mme Bagel, Mme Tramier.

Un projet de convention sera élaboré si possible pour le CoStrat du 22 Juin (Groupe de travail : A. Glémet, V. Sautou, M. Vandembrouck). M Vandembrouck créera un lien avec la direction pour toute question liée à l'aspect comptable des reprises.

Il est prévu de mettre en œuvre le dispositif au cours du mois de septembre 2017 (après la signature de la convention par les établissements).

L'ensemble de la production des préparations non-stériles est déjà sous-traité au CHU. Les préparations stériles hors chimiothérapie sont aussi majoritairement reliées au CHU. Cette tendance sera poursuivie à l'avenir.

C. Stérilisation

Le GHT comprend 7 sites de stérilisation qui correspondent à la localisation de l'activité chirurgicale. Le CH Moulins Yzeure dispose depuis 2017 d'un nouveau site de stérilisation. Le CHU a également un projet d'agrandissement et de rénovation du site actuel.

- Le scénario de centralisation de la stérilisation sur un seul site pour tout le GHT est écarté pour des raisons de la sécurité des soins. Une panne occasionnelle pourrait mettre un péril l'ensemble des blocs opératoires et perturber la continuité de l'offre de soins sur le territoire. La centralisation de la stérilisation représente ainsi un risque sanitaire majeur.
- Le projet du CHU de réintégrer l'intégralité de sa propre stérilisation (la stérilisation du site Gabriel Montpied est sous-traitée au Stérence) et de la stérilisation du CH de Riom et du Centre Jean Perrin s'inscrit dans la volonté de regrouper l'activité sur une zone géographique très restreinte. Par contre, il semble difficile dans l'immédiat de l'élargir sur tout le territoire du Puy de Dôme :
 - Les sites de petite taille, le CH Issoire et le CH Thiers ont investi récemment (2013,2014) dans le renouvellement d'équipement de leurs unités de stérilisation. Le coût d'amortissement de l'investissement accumulé avec un coût de transport supplémentaire, si l'activité est délocalisée, rend la sous-traitance de l'activité de stérilisation économiquement inintéressante au moins jusqu'au moment d'amortissement complet de l'investissement (2024).
 - Le CH de Thiers stérilise pour le CH d'Ambert qui n'a plus de chirurgie lourde ni de bloc opératoire, mais qu'il garde toujours l'activité de petite chirurgie et endoscopie, aux côtés des soins classiques. Si la stérilisation au CH de Thiers est délocalisée, il faut prévoir les livraisons au CH d'Ambert.
- La distance entre établissements de l'Allier est le premier obstacle à la mutualisation, par ce qu'elle augmente significativement le coût de transport et le temps de livraison. Néanmoins, si un investissement significatif s'avère nécessaire pour le renouvellement de l'équipement, le scénario de sous-traitance avec un autre membre du GHT sera étudié.
 - Les scénarii de l'approche avec le secteur privé (réintégration de la stérilisation des cliniques au sein des unités de stérilisation publiques) sont également envisageables pour des raisons de proximité géographique qui rend des établissements du GHT attractifs et pour des raisons de gain économique potentiel. Une mutualisation à court terme est à envisager entre le CH Moulins Yzeure et la Clinique St-Odilon et un rapprochement entre le CH Montluçon et la Clinique St François- St Antoine est en phase de négociation.

STERILISATION EN MODE DEGRADÉ

Contexte

Le GHT comprend 7 sites de stérilisation. Le CHU sous-traite actuellement une partie de sa production à Stérence. Il a un projet de construction d'une nouvelle unité de stérilisation qui aura la capacité à intégrer, à court terme l'ensemble de la production du CHU, du Centre de Jean Perrin et du CH de Riom et à plus long terme celle des établissements publics du département. Le CH d'Issoire a déjà une convention en cas de panne avec le CHU. Le CH de Thiers a une convention de fonctionnement en cas de panne avec le CH de Vichy.

Objectif

Dans le cas d'une panne, la capacité des stérilisations peut-être réduite ou bien leur production complètement arrêtée. Pour ne pas perturber le fonctionnement des services de soins, les PUI doivent créer un réseau capable de reprendre au moins une partie de l'activité de l'établissement qui se retrouve

en difficulté pour des raisons imprévues. Ces solutions de secours nécessitent une évaluation des besoins, une organisation logistique et RH devant être formalisées par une convention.

Modalités

Un état des lieux a été établi afin de connaître la capacité des stérilisations à absorber la production supplémentaire dans les horaires d'ouverture (avec effectif du site ± personnel complémentaire) et identifier les capacités de production en dehors des horaires d'ouverture (fonctionnement 24/24) avec déplacement des équipes. L'amplitude horaire a été calculée en neutralisant la première heure (mise en route) et le dernier cycle possible 2 heures avant la fin de poste. Les 4 établissements (CHU, CH Montluçon, Moulins et Vichy) disposent de données chiffrées concernant leur marge capacitaire cependant la mise en œuvre devra se faire au cas par cas.

Il a été convenu lors de la réunion d'élaborer une convention de base adossée à un outil opérationnel permettant d'avoir une vision pragmatique des besoins et des modalités de mise en œuvre.

Les modalités précises seront définies lors de la réunion téléphonique qui sera organisée avant le 1 juin 2017.

D. Production des anticancéreux

Le GHT dispose de 6 unités de reconstitution centralisée (URC) : 3 dans le Puy de Dôme et 3 dans l'Allier. Leurs localisations correspondent aux points d'administration des chimiothérapies (à l'exception des bi-sites comme le CHU qui produisent pour les deux sites dans une seule URC et sous-traite pour le CH de Riom et l'HAD).

Le CH d'Ambert et le CH Thiers sont des sites avec une production limitée (au-dessous de 2000 poches) et de ce fait la question de mutualisation a été évoquée :

- Le CH Ambert produit les poches de chimiothérapies pour l'activité d'un seul oncologue qui part à la retraite à moyen terme (2020) ; ensuite l'activité probablement s'arrêtera. D'ailleurs, le nombre des poches produites baisse en 2016 à 1200 ce qui représente une tendance régressive.
- Le CH Thiers enregistre une augmentation d'activité correspondant à peu près à 200 poches supplémentaires par an ce qui amène sa production à 1100 poches en 2016. La qualité des productions peut être certifiée par les témoignages cliniques. Le CHU est en capacité avec les moyens adaptés constants de reprendre l'activité de ces deux sites. La distance géographique est l'argument principal s'opposant à la mutualisation. Des frais de transport augmentent le coût de la poche (estimé à 135€ pour une livraison par trajet) et le délai de livraison va au détriment de la rapidité et de la réactivité de la réponse entre l'OK clinique et la production. Les difficultés logistiques concernent également les transports spécifiques pour les produits peu stables comme c'est le cas des poches de chimiothérapie.
L'externalisation de la production affecte également l'organisation de prescription et de l'administration des chimiothérapies ce qui rencontre un mécontentement des praticiens qui craignent une dégradation de la qualité de la prise en charge des patients fragiles.
- Sur le territoire de l'Allier, les scénarios de mutualisation sont difficiles à évaluer pour des raisons de rapprochement de la production des membres du GHT avec les cliniques respectives (CH Moulins-Yzeure/Clinique St Odilon ; CH Montluçon/ Clinique St François- St Antoine)
- L'analyse des scénarii de mutualisation sera approfondie pour préparer un plan détaillé d'action si une des URC perd son autorisation de production.

3. Plan d'action

N°	Projet	Objectif	Action
1	Etablir le livret thérapeutique commun	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place avant 2020 une base unique des dispositifs médicaux et des médicaments pour homogénéiser la prescription sur le territoire et ainsi offrir à la population l'accès égal aux soins de qualité - Faciliter le travail en commun 	<p>Etablir le livret thérapeutique commun par familles des médicaments :</p> <p>→ Première étape : 01/2017 -11/2017 champs : cardio/hémato, antalgiques et antibiotiques</p> <p>→ Deuxième étape : 01/2018 -11/2018 Champs : psychiatrie/neuro, digestif/endocrino, maladies métaboliques</p> <p>→ Troisième étape : 01/2019-11/2019 Champs : autres familles</p>
2	Adhérer au même groupement d'achat	<ul style="list-style-type: none"> -Harmoniser les prix d'achat pour dégager l'économie - Faciliter la collaboration entre les sites relative à la gestion des stocks et l'harmonisation des bonnes pratiques d'usage 	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer benchmark entre les deux groupements d'achat - Préparer le transfert administratif des établissements vers le même groupement

3	Etudier la mise en place des PUI de pays	<ul style="list-style-type: none"> -Avoir une organisation territoriale commune pour faciliter la gestion logistique, des ressources humaines et administratives - Développer la conciliation médicamenteuse Ville-Hôpital. CBUM, CAQOS 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux des besoins - Déterminer les critères pour identifier les sites de support et leurs périmètres d'intervention -Etablir une stratégie logistique -Chiffrer le besoin en investissement
4.	Mettre en place une convention prêt-emprunt pour des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser la gestion du stock des médicaments et des dispositifs médicaux en limitant leur immobilisation - Faciliter le travail administratif au CHU lié à la gestion des prêts 	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir la liste des médicaments faisant objet de la convention -Déterminer les modalités de recours (déjà fait) -Rédiger la convention
5	Mettre en place la politique commune de la lutte contre la péremption des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> -Limiter le gaspillage relatif à la péremption des médicaments - Contribuer au développement durable 	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les besoins -Faire l'analyse des solutions existantes sur le marché -Arbitrer le choix de la solution technique
6	Déterminer le schéma SI cible	<ul style="list-style-type: none"> -Encadrer les futurs choix des logiciels pour éviter la dépense inefficace -Converger progressivement les outils de communication ayant comme la priorité absolue le transfert du dossier 	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir la cartographie des logiciels (déjà fait) -Faire une comparaison des

		patient pharmaceutique pour améliorer la prise en charge des patients	logiciels -Arbitrer le schéma SI cible
7	Mettre en place une convention pour le fonctionnement en mode dégradé pour la stérilisation	Assurer la continuité de la production dans le cas d'un imprévu	- Déterminer les modalités - Rédiger la convention
8	Développer la pharmacie clinique	-Rendre l'expertise accessible au large public -Complexifier le parcours patient en lui offrant une meilleure prise en charge -Améliorer les compétences de la communauté pharmaceutiques du GHT	- Faire l'état des lieux - Etablir la cartographie des besoins et des moyens -Chiffrer le besoin en investissement - Généraliser les bonnes pratiques - Etablir un plan du développement d'activités de la pharmacie clinique au niveau du GHT
9	Généraliser la pratique plein-vide dans les services	Sécuriser la dispensation des médicaments	-Faire état des lieux -Identifier les besoins - Chiffrer les besoins en investissement -Former le personnel

			-Mettre en œuvre la pratique plein-vidé
10	Généraliser le dispositif de l'armoire de sécurité dans les petites PUI	Sécuriser la dispensation des médicaments en limitant le recours à la pharmacie où la permanence de soins n'est pas assurée sur place	-Faire état des lieux -Identifier les besoins - Chiffrer les besoins en investissement -Former le personnel -Mettre en place les armoires de sécurité
11	Créer une fédération des Pharmacies du GHT	Structurer juridiquement le travail collaboratif entamé depuis maintenant un an afin de faire face à l'évolution du plan d'action, et notamment envisager différents niveaux d'intégration en lien avec le projet logistique (possibilité d'un pôle Puy de Dôme)	

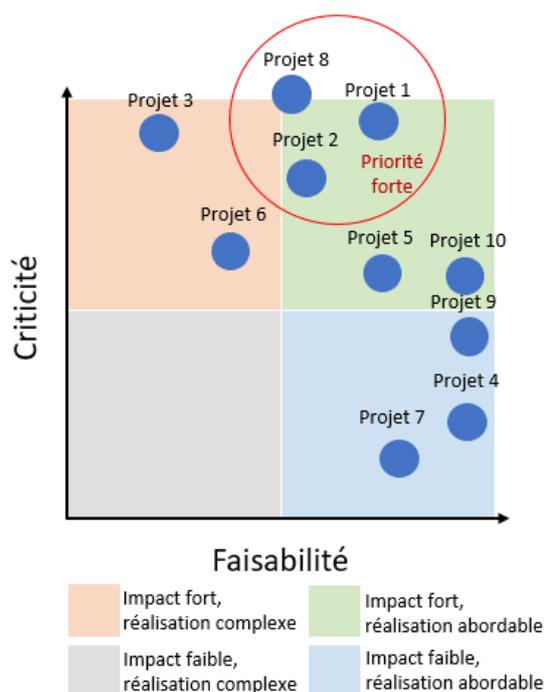
4. Priorités d'action

La mise en œuvre des projets 1 (le livret thérapeutique) et 2 (le groupement d'achat) est fondamentale pour la création d'une communauté pharmaceutique du territoire et conditionne le succès du GHT dans le domaine de la pharmacie.

Le projet 3 (PUI de pays) va dans la continuité de la création d'une véritable stratégie territoriale, mais il est très complexe et nécessite un engagement fort des équipes.

Les projets 4 (la convention prêt/emprunt) ,5 (la lutte contre la péremption des médicaments) ,7 (la convention en mode dégradé) ,9 (la généralisation plein-vidé) et 10 (la généralisation de l'armoire de sécurité) relèvent de l'amélioration des coopérations entre les PUI, ils ont un impact positif sur le travail quotidien des PUI et sont relativement facile à mettre en place avec un besoins en investissement mineur. Les projets 9,10 ont un impact immédiat à la qualité et sécurité des soins.

Les projets 6 (la convergence de SI) et 8 (la pharmacie clinique) sont des projets de long terme. Ils nécessiteront un investissement non-négligeables (6 notamment financier, 8 particulièrement en terme du capital humain). Le projet 8 est un projet pivot pour la pharmacie du GHT. Son développement sera un témoignage de la réussite du GHT.



F06. Chirurgies

1. Contexte

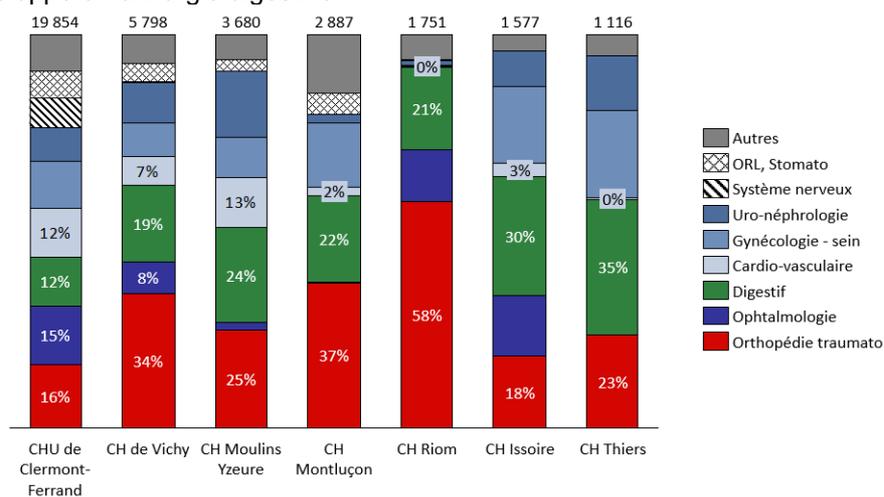
La chirurgie mentionnée dans cette partie du Projet Médical Partagé regroupe l'activité chirurgicale de plusieurs spécialités : la chirurgie digestive, la chirurgie orthopédique et la traumatologie.

Il s'agit d'une activité fondamentale des établissements publics de santé qui représente la part majeure de la totalité d'activité chirurgicale des établissements du GHT. L'activité dépasse les limites géographiques du GHT par ce que le CHU de Clermont Ferrand joue le rôle d'établissement de recours également pour les établissements situés dans les départements frontaliers (15,43). Le CH de Brioude bénéficie d'un statut particulier dû à sa dépendance du CHU quant à son activité chirurgicale.

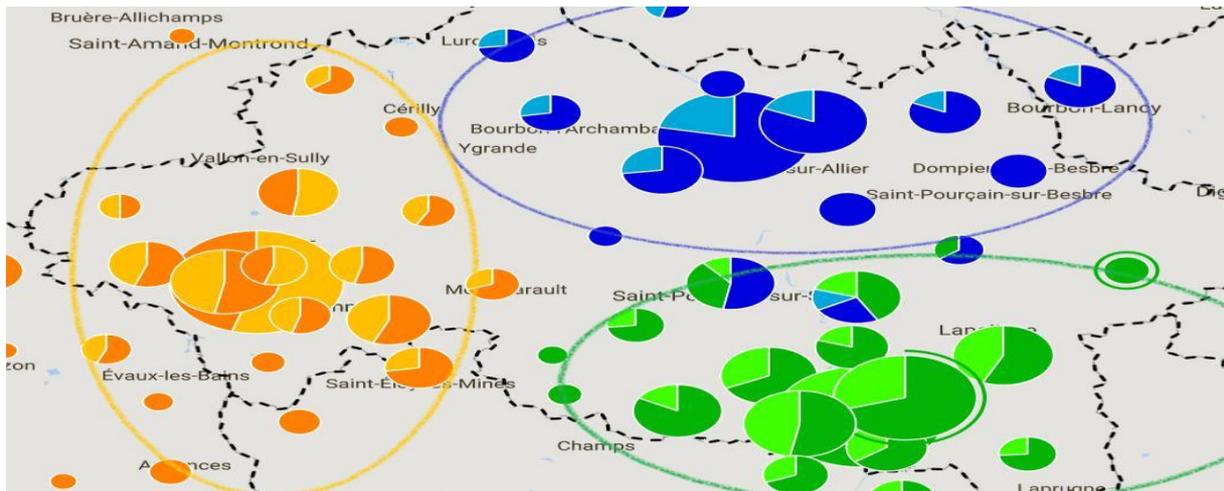
L'activité chirurgicale du GHT est effectuée par 7 établissements du GHT, 3 dans le département de l'Allier et 4 dans le département du Puy de Dôme. Il faut préciser, que l'activité du CH de Riom et du CH d'Issoire est soumise à la direction unique du CHU Clermont-Ferrand.

Le GHT privilégie actuellement la stratification de l'offre par complexité : ce modèle est bien développé dans le domaine de la chirurgie digestive.

L'offre du CHU est très diversifiée et de ce fait aucune activité ne représente plus de 20% de la totalité de son offre chirurgicale. Le CH de Riom offre une activité très concentrée en orthopédie. Le CH de Thiers est développé en chirurgie digestive.

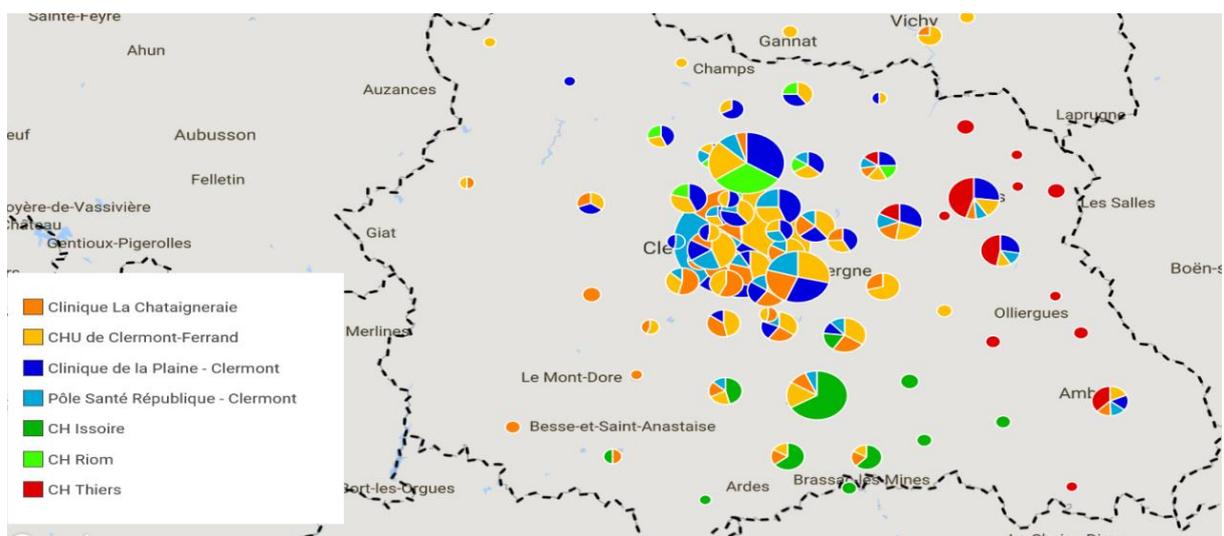


En 2015, le département de l'Allier a généré 4 259 séjours en chirurgie digestive dont 2 547 (soit 59,8%) ont été réalisés par le GHT. Le reste a été représenté majoritairement par la demande adressée aux établissements privés installés sur le territoire de l'Allier (30,5%). La demande est répartie selon le critère de la proximité de l'offre. Les zones de recrutements des patients sont réparties entre les trois établissements du GHT et les trois cliniques respectives (voir l'image ci-dessous : CH Vichy/ Clinique Pergola- zone verte ; CH Montluçon/ Clinique St François St Antoine- zone orange ; CH Moulines Yzeure/ Clinique St-Odilon- zone bleu). Le CH Moulines Yzeure et le CH de Vichy sont des leaders de leurs bassins de recrutement respectifs dans le domaine de la chirurgie digestive. Par contre la Clinique St François- St Antoine dépasse le CH Montluçon dans le nombre des séjours de la chirurgie digestive.

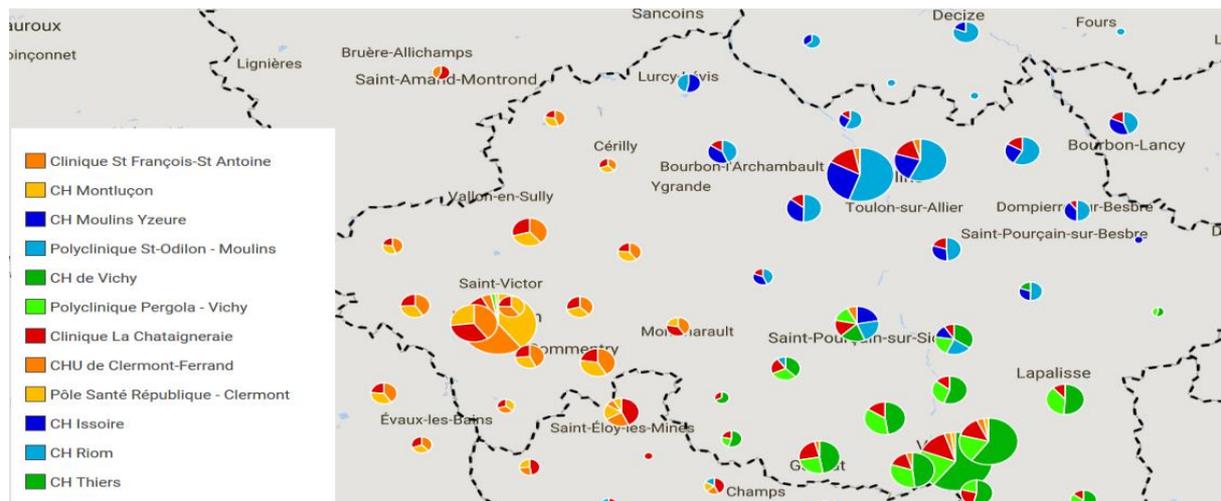


Dans le département du Puy de Dôme, la demande en chirurgie digestive a représenté 7 086 séjours dont 3 135 (soit 44%) ont été réalisés par le GHT. Le CHU est le leader du territoire. Il capte 26% de la demande départementale et 18,8% de la demande provenant de tout le bassin du GHT, sans prendre en compte que l'activité du CH Issoire, du CH Riom et du CH Thiers est fortement liée au CHU (mise en disposition des praticiens, parcours patients partagés...).

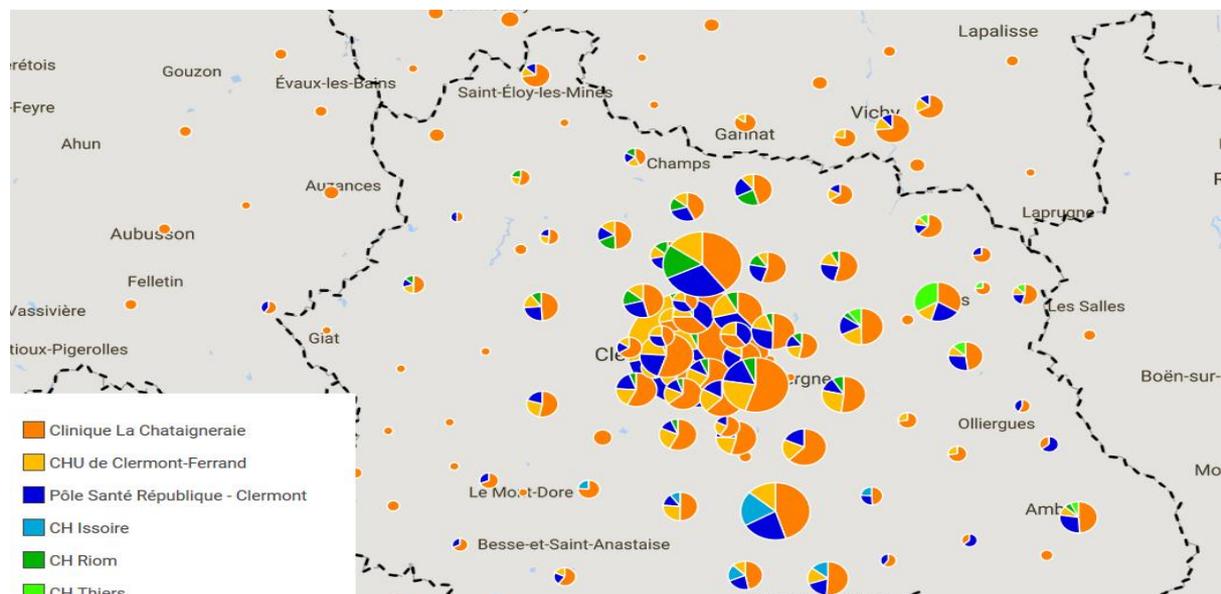
Le secteur privé local est un concurrent fort, notamment dans l'entour de Clermont-Ferrand. Parmi les établissements privés les plus présents dans la prise en charge des pathologies du tube digestif nécessitant une intervention chirurgicale, il y a la Clinique de la Plaine (20,6%, la Clinique de la Chataigneraie (15,7%) et le Pôle Santé République (13,3%).



En 2015, le département de l'Allier a généré 9 111 séjours en chirurgie orthopédique et traumatologie dont 7 784 (soit 40%) ont été réalisés par le GHT. Le reste a été représenté majoritairement par la demande adressée aux établissements privés installés sur le territoire de l'Allier (30,5%) et les fuites (29%, dont 54 % correspond à la Clinique de la Chataigneraie).

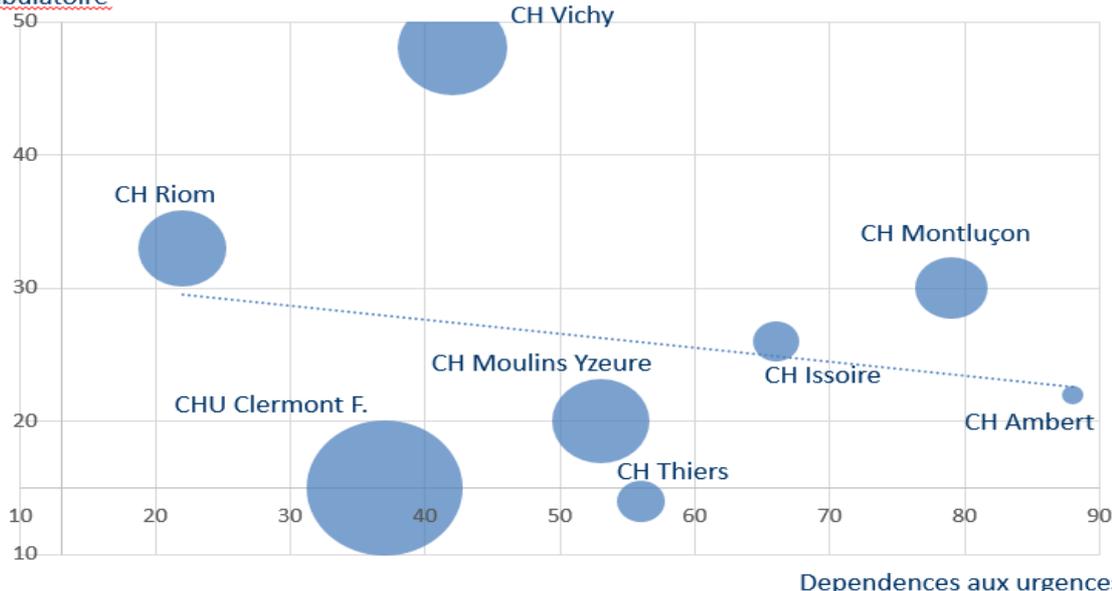


Dans le département du Puy de Dôme, la demande en chirurgie orthopédique et traumatologie a représenté 14 979 séjours dont (soit 27,8%) ont été réalisés par le GHT. La Clinique de la Chataigneraie est le leader du département (44,2%).



Une des problématiques communes des établissements est le manque du temps disponible en salles opératoires (en particulier au CHU) et le manque de lits d'aval. Le taux d'occupation des blocs opératoires (TROS) est en moyenne 82%. L'engorgement des plateaux techniques va au détriment de la chirurgie programmée, parce que les cas arrivant par les urgences sont traités prioritairement vu leur état de santé engagé. En conséquence, le taux de dépendance aux urgences élevé corrèle avec un taux d'ambulatoire bas. Cette corrélation est plus marquante dans le cas de la chirurgie orthopédique. L'activité de la chirurgie ortho-traumatologique du GHT est relativement dépendante aux urgences (44%) avec un taux d'ambulatoire moyen de 26%.

Taux ambulatoire



La pénurie médicale abaisse la performance du secteur public, notamment celle des établissements de petite taille. Un nombre non-négligeable des chirurgiens du GHT est à l'âge du départ à la retraite. Cette caractéristique démographique a déjà perturbé la continuité de soins orthopédique au CH d'Issoire. A partir du mois de mars 2017, le CH d'Issoire se retrouve sans chirurgien généraliste pour assurer la continuité de soins. Le CH de Thiers fera face au même problème en moyen terme (en 2019) avec le départ du seul chirurgien généraliste à la retraite.

2. Etat des lieux

Tableau comparatif des moyens de la chirurgie

	CHU GM	CHU E	CH de Thiers	CH d'Issoire	CH Riom	CH Montluçon	CH Moulins Yzeure	CH de Vichy	TOTAUX
Nombre de salles opératoires	15 salles + une salle PMO+ une salle urgence absolu (sans vacations)	10 salles + radio interventionnelle	1 salle	3 salles + 1 endoscopie	3 salles + 1 salle d'endoscopie	4 salles	6 salles	6 salles	48 salles
Nombre de chirurgiens viscéraux (ETP)	0,01	5,38	1,8	1,4	1,6	3	4	3	13,8
Nombre de lits de hospitalisation classique pour la chirurgie viscérale	0	59	27 (toute chirurgie confondue)	23 (toute chirurgie confondue)	26	15	24	32	156 plus 50 lits dédiés à la chirurgie en général
Nombre de chirurgiens orthopédiques (ETP)	4,78	0	1,2	0,4	1,6	2	5	4	14,2
Nombre de lits de hospitalisation classique pour la chirurgie orthopédique et la traumatologie	63	0	27 (toute chirurgie confondue)	23 (toute chirurgie confondue)	32 (passage à 26 lits en 2017 pour toute chirurgie confondue)	15	20	32	162 plus 50 lits dédiés à la chirurgie
Nombre des places pour la chirurgie d'ambulatoire	non-spécifié		10	3	4	7	9	20	>53

	CHU GM	CHU E	CH de Thiers	CH d'Issoire	CH Riom	CH Montluçon	CH Moulins Yzeure	CH de Vichy	TOTAUX
Nombre d'actes chirurgicaux en chirurgie viscérale	2465		261	386	594	632	879	1128	5959
Nombre d'actes chirurgicaux en chirurgie orthopédique et la traumatologie	2991		268	263	1092	1064	909	1973	8560
Taux d'ambulatoire	25,03%		19,33%	43,67%	38,19%	29,48%	34,60%	39,21%	
Délai d'attente pour une intervention chirurgicale d'un cancer	supérieur à 3 mois		inférieur à un mois	pas d'autorisation	inférieur à un mois	inférieur à un mois	inférieur à un mois	inférieur à un mois	
Délai d'attente pour une intervention prothétique	supérieur à 3 mois		supérieur à 3 mois	supérieur à 1 mois et inférieur à 3 mois	inférieur à 1 mois	supérieur à 1 mois et inférieur à 3 mois	supérieur à 3 mois	supérieur à 1 mois et inférieur à 3 mois	

PERMANENCE DES SOINS (sans CHU)				
	pendant le jour	à partir du soir	nuit profonde	weekends et jours fériés
pour la chirurgie ophtalmologique				
garde				
astreinte				
pour la chirurgie ORL/ stomato				
garde	CH Montluçon			
astreinte		CH Montluçon	CH Montluçon	CH Montluçon
pour la chirurgie cardio-vasculaire				
garde	CH de Vichy			
astreinte		CH de Vichy	CH de Vichy	CH de Vichy
pour la chirurgie digestive				
garde	CH de Riom CH de Vichy CH de Moulins-Yzeure CH de Montluçon CH de Thiers			
astreinte	CH d'Issoire	CH de Riom CH de Vichy CH Moulins-Yzeure CH Montluçon CH d'Issoire CH de Thiers	CH de Riom CH de Vichy CH Moulins-Yzeure CH Montluçon CH d'Issoire CH de Thiers	CH de Riom CH de Vichy CH Moulins-Yzeure CH Montluçon CH d'Issoire CH de Thiers
pour la chirurgie génitale et du sein				
garde	voir l'obstétrique			
astreinte	voir l'obstétrique			
pour la chirurgie urologique				
garde	CH de Vichy CH Moulins Yzeure			
astreinte		CH de Vichy CH Moulins Yzeure	CH de Vichy CH Moulins Yzeure	CH de Vichy CH Moulins Yzeure
pour la chirurgie orthopédique et traumatologie				
garde	CH de Vichy CH Moulins Yzeure CH Montluçon			
astreinte		CH de Vichy CH Moulins Yzeure CH Montluçon	CH de Vichy CH Moulins Yzeure CH Montluçon	CH de Vichy CH Moulins Yzeure CH Montluçon
pour l'anesthésie				
garde	CH de Vichy CH Moulins Yzeure CH Montluçon CH d'Issoire CH de Thiers	CH de Vichy CH Moulins Yzeure CH Montluçon CH d'Issoire CH de Thiers	CH de Vichy CH Moulins Yzeure CH Montluçon CH d'Issoire CH de Thiers	CH de Vichy CH Moulins Yzeure CH Montluçon CH d'Issoire CH de Thiers
astreinte				

3. Enjeux

L'activité du GHT subit une grande pression du secteur privé qui incite notamment des fuites du territoire du département de l'Allier vers le département du Puy de Dôme.

La concurrence du secteur privé sera encore plus renforcée à partir du mois de mars 2017 avec un rapprochement entre le groupe Elsan et le groupe Médipole, propriétaire du Pôle Santé République à Clermont Ferrand qui est une des dernières cliniques localisées dans le bassin du GHT à ne pas appartenir au groupe Elsan.

Ce groupe envisage de créer des pôles par spécialité ce qui aura pour conséquence l'accentuation de la concurrence.

L'enjeu majeur du GHT est de préserver un accès à l'expertise en proximité en renforçant l'offre publique.

Grâce à une meilleure allocation des ressources et au respect de la spécificité de chaque établissement, un nouveau schéma territorial sera défini pour offrir à la population auvergnate une prise en charge de qualité et de sécurité avec une expertise avancée.

Si le GHT veut développer la chirurgie et garder le niveau actuel d'attractivité, il faut travailler **la lisibilité de l'offre, l'accessibilité de l'expertise et les délais d'attente**. Le GHT doit mettre en place une politique commune de développement de l'ambulatoire.

Un des sujets fondamentaux pour la réussite est une organisation territoriale de la **pérennisation du temps chirurgical** :

- Au niveau du département Puy de Dôme, la création des pôles inter-établissements de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale est envisagée. Le CHU de Clermont Ferrand en tant que pilote territorial distribue les ressources vers les sites périphériques de manière à les spécialiser selon leurs contraintes. Le CH de Thiers et le CH d'Issoire disposent ainsi des services de maternité qui nécessitent la présence permanente d'un chirurgien viscéral dans le cas d'une complication. Pour cette raison, le CHU va soutenir la chirurgie viscérale sur ces sites en pérennisant le temps chirurgical mis à leur disposition. Dans ce contexte, l'activité orthopédique est ainsi concentrée stratégiquement sur le CH de Brioude, et le CH de Riom. Il a été acté que dans la phase transitoire, le CH de Thiers gardait son activité traumatologique jusqu'au moment où il ne serait plus en mesure d'assurer la continuité de soins. Des postes partagés, ainsi qu'une solution de télé-médecine seront mis en place pour fluidifier le passage au fonctionnement futur des pôles.
- Dans le département de l'Allier, la distance entre les établissements justifie l'existence des trois sites avec des activités chirurgicales diversifiées. Le CHU fournit les ressources nécessaires pour pérenniser l'activité chirurgicale sur ces sites.
- Afin de faciliter la gestion territoriale, la coordination des affaires médicales devra être organisée au niveau du GHT.

La permanence des soins chirurgicale en nuit profonde

En renforçant les liens entre les établissements du GHT, la question de permanence de soins a été abordée. Le GHT a la volonté d'optimiser la permanence des soins si les modifications s'avèrent réellement efficaces. Une étude analytique sera menée pour statuer sur chacun des scénarii proposés :

- A. Le GHT a éliminé le scénario d'un site unique de permanence de soins chirurgicale du GHT. Le scénario a été écarté pour trois raisons :

- a. Le plateau technique du CHU est déjà en état de saturation. Un investissement considérable est nécessaire pour ramener ses capacités au niveau des besoins du GHT
 - b. Les économies à attendre sont limitées en raison des moyens à maintenir dans tous les sites ou existe une maternité.
 - c. Vu la taille du bassin du GHT, le temps d'accès supérieur à 45 minutes pour les nombre sites met en question la sécurité des patients transportés.
- B. Le scénario d'un site par département de la permanence de soins a été expertisé et nécessite un approfondissement supplémentaire.
- Il est impossible de fermer un plateau technique la nuit dans le département de l'Allier pour des raisons suivantes :
 - a . La fermeture des plateaux est possible seulement si un nouveau schéma des maternités sera mis en place. Une maternité ouverte la nuit nécessite la présence des anesthésistes, des sages-femmes, des obstétriciens et au moins d'un chirurgien viscéral. L'économie liée à la suppression d'une ligne de permanence est égale strictement au coût d'indemnité d'un chirurgien.
 - b. La situation géographique empêche le fonctionnement sur l'astreinte tournante vu la distance qu'un praticien doit parcourir s'il est appelé dans la nuit pour une urgence. Le temps du déplacement va significativement réduire les chances du patient nécessitant son intervention.
 - Dans le département du Puy de Dôme, l'analyse doit être poursuivie. Deux hypothèses restent envisageables :
 - a. Suppression des lignes d'astreinte
Conformément au nouveau schéma des pôles inter-établissements, cette réflexion porte sur la permanence de la chirurgie digestive au CH de Riom et le CH de Brioude.
 - L'économie à attendre est égal au coût d'astreinte chirurgicale et de l'IBODE, mais une charge supplémentaire du transport est également à prévoir.
 - Quant à la qualité du service rendu, une meilleure prise en charge par un chirurgien éveillé en garde est compensée par un risque lié au délai de la prise en charge faute de distance
 - b. Modification des lignes d'astreinte à demi- astreinte
La réflexion approfondie nécessite une étude de l'activité réelle dans la nuit profonde des établissements du GHT.

Le développement de l'ambulatoire

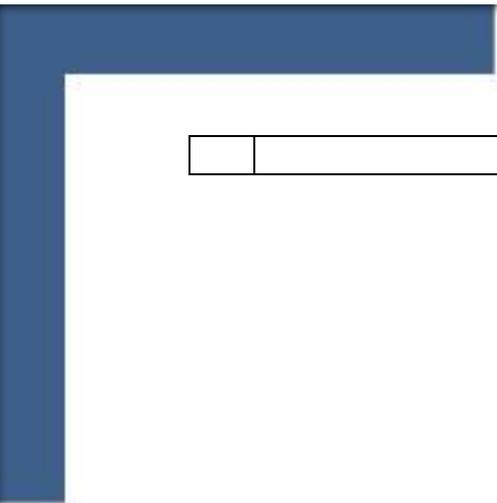
La filière souhaite mettre en place dès 2017 **une commission territoriale de la chirurgie ambulatoire**, reposant sur les modalités suivantes :

- Objectif : analyse pluridisciplinaire des pratiques en ambulatoire, leur diffusion à travers de la protocolisation et la formation pour optimiser les pratiques ambulatoires et homogénéiser l'offre sur le territoire.
- Composition : Les responsables d'ambulatoire des établissements membres, les anesthésistes et les chirurgiens concernés par les pratiques en ordre de jour, et autres praticiens MCO et paramédicaux
- Fréquence des réunions : chaque 6 mois
1^{ère} réunion : 3^{ème} trimestre 2017 pour analyser les pratiques de la chirurgie bariatrique en ambulatoire et des poses des « sleeves » développés par le CHU, la pose de prothèse de la hanche en ambulatoire développée par le CH Moulins Yzeure, la pose de la prothèse uni-compartimentale en ambulatoire développée par le CHU
- Responsables : Pr Boisgard et Pr Pezet

4. Plan d'action

N°	Projet	Objectif	Actions
1	Mettre en place une commission territoriale de la chirurgie ambulatoire	<p>Partager les innovations validées dans un des centres Pour lutter contre les disparités territoriales au sein du département, le GHT doit assurer à chaque patient un parcours thérapeutique innovant de haute qualité</p> <p>Exemple : Homogénéiser la pratique de la récupération améliorée après chirurgie (CAAP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créer des staffs communs par téléconférence -Rédiger des notes de bonne pratique - Former le personnel -Mettre en place des pratiques innovantes
2	Développer l'HAD	<ul style="list-style-type: none"> -Favoriser le développement de l'ambulatoire - Permettre aux patients un retour rapide dans leur domicile pour une convalescence plus rapide - Dans le cas de la politique de la prise en charge des personnes âgées, permettre un retour rapide dans les repères spatio-temporels pour éviter au maximum des troubles 	<ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser les pratiques - Développer des fonctions support : secrétariat, assistant social...
3	Lever les pratiques opposées au développement de l'ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> -S'engager à ce que les malades pris en charge dans un des établissements puissent être accueillis, en cas de problème après leur départ, dans tout établissement du GHT disposant d'un service d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir des protocoles de bonne pratique -Informier le personnel -Mettre en œuvre la nouvelle politique

		-Inscrire dans les programmes de formation initiale et continue le développement de l'ambulatoire	
4	Expertiser la création des pôles inter - établissements de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale dans le département Puy de Dôme	Pour assurer la couverture médico-chirurgicale du territoire avec des moyens limités, la possibilité de mutualisation organisationnelle doit être étudiée	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir l'état des lieux - Déterminer des critères de l'expertise - Etablir un business plan -Arbitrer le choix de la future organisation
5	Expertiser la PDSES dans le département Puy de Dôme	Optimiser la permanence des soins par rapport à la nouvelle organisation en pôles inter-établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Quantifier l'activité nocturne des sites - Récupérer le coût réel de la permanence des sites - Arbitrer la nouvelle organisation de la PDSES
6	Créer la coordination des affaires médicales du GHT	<ul style="list-style-type: none"> -Assurer un recrutement de qualité principalement issu de l'internat du CHU -Donner la lisibilité aux besoins en temps médical sur le territoire -Favoriser la création des postes partagés pour augmenter l'attractivité du recrutement - Renforcer le lien entre les établissements et le CHU 	<ul style="list-style-type: none"> - Etudier la mutualisation de la gestion des affaires médicales -Etudier la création d'un poste de coordinateur territorial des affaires médicales - Arbitrer le choix de la future organisation



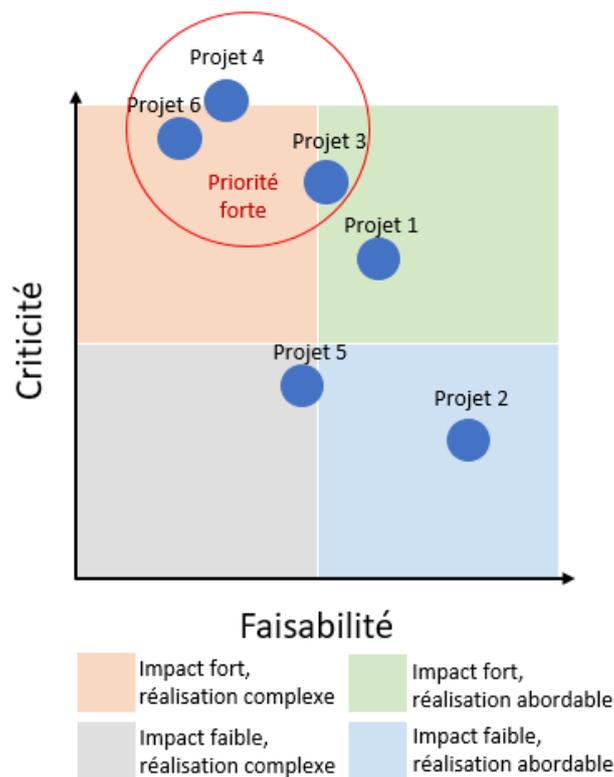
--	--	--	--

4. Priorités d'action

Les projets 1 et 6 (harmonisation des pratiques), 2 (développement de l'HAD), et 3 (développement de l'ambulatoire) ont pour le but d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients et de raccourcir les délais. Ils ont donc une importance majeure pour la population auvergnate. Ils nécessitent un investissement important des équipes, mais en même temps ils contribuent à la création de l'esprit d'une communauté médicale territoriale mettant à l'avance l'accès aux soins de proximité et de qualité.

Le projet 4 (pôles inter-établissements) est crucial pour la durabilité de l'offre chirurgicale sur le territoire. C'est le projet phare du GHT qui apporte une solution à la pénurie médicale et ensemble avec le projet 6 (coordination des affaires médicales de territoire) permet pérenniser l'offre publique et augmenter la capacité du GHT de concurrencer au secteur privé. Les projets sont complexes dans leur mise en place. Ils nécessitent un grand soutien des administrations et une collaboration étroite entre les membres du GHT.

Le projet 5 relève d'un intérêt public d'optimisation de l'allocation des finances publiques. Celle-ci ne doit pas aller au détriment de la sécurité médicale. Pour cela le projet nécessite un investissement dans le temps pour évaluer et anticiper l'impact d'un scénario retenu.



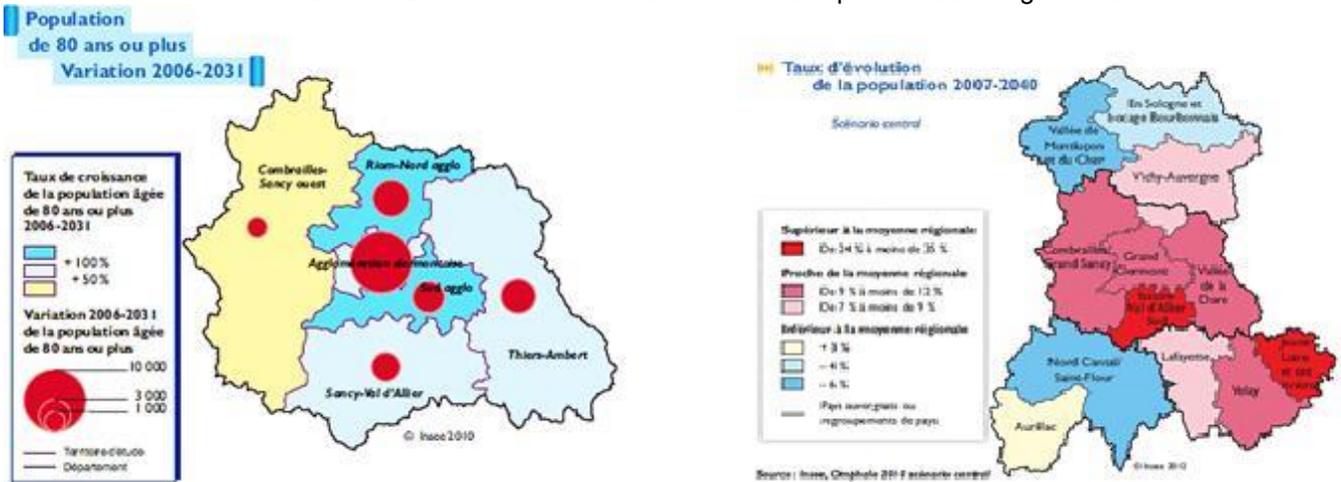
F07. Gériatrie

1. Contexte

La gériatrie mentionnée dans cette partie du Projet Médical Partagé représente l'ensemble de la prise en charge des sujets âgés de plus de 75 ans, présentant comme caractéristique la présence d'une poly pathologie et d'une fragilité clinique nécessitant une prise en charge spécifique en raison d'un fort risque de perte d'autonomie physique, psychique ou sociale.

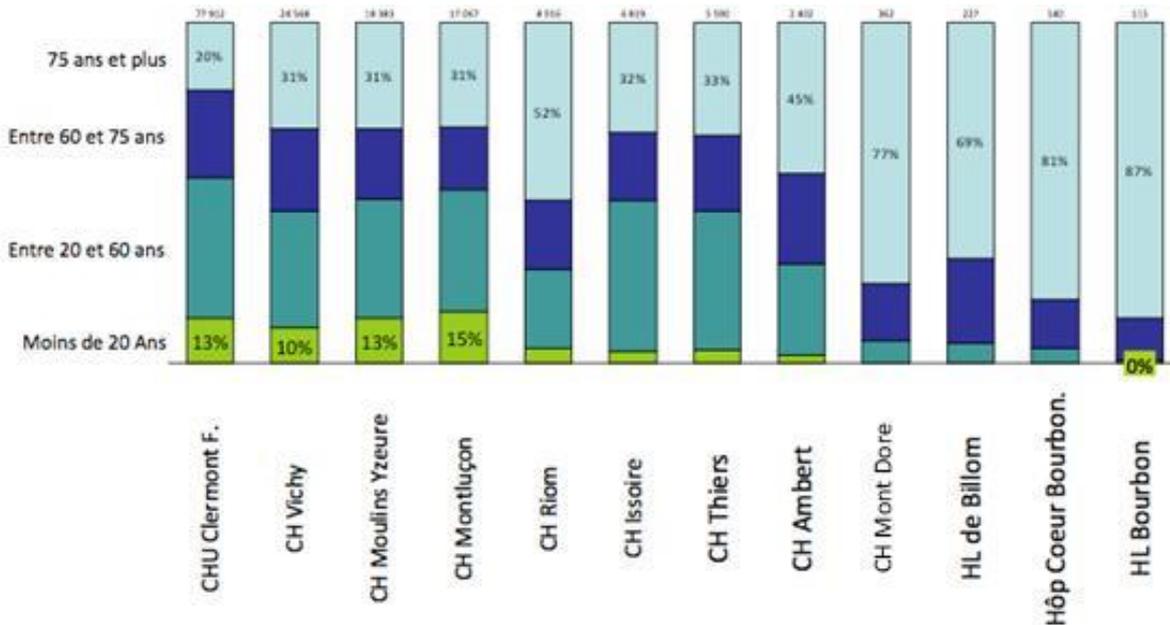
Il s'agit d'une filière transversale en lien très étroit avec le secteur médico-social.

D'après les prévisions de l'INSEE, l'importance de la gériatrie va s'accroître au cours des prochaines années. La proportion de personnes âgées de plus de 80 ans ne cesse d'augmenter. Ainsi, dans le département du Puy de Dôme, le nombre de personnes de plus de 80 ans doit augmenter de 79,6% entre 2006 et 2031 tandis que l'Allier connaîtra entre 2007 et 2040 un accroissement de 78% des personnes octogénaires.



La filière gériatrique se développe à proximité des patients et, de ce fait, concerne tous les membres du GHT. Les personnes de plus de 75 ans dépassent même les deux-tiers des séjours dans quatre établissements :

Répartition de l'activité totale par tranche d'âge



L'offre d'hospitalisation complète se compose de 249 lits, soit 2,31 lits par tranche de 1000 habitants de plus de 75 ans, ainsi que 25 lits de MCO Gériatrique au niveau du Pôle Santé République à Clermont. Les lits sont repartis sur le territoire de manière hétérogène, passant de 9,51 lits par tranche de 1000 habitants âgés de plus de 75 ans dans le bassin du CH de Mont Dore à 0,89 lits par tranche de 1000 habitants âgé de plus de 75 ans dans le bassin de CH de Billom.

Les services de SSR sont également proposés par des établissements de santé privés, mais il s'agit d'une offre non-équivalente dans la mesure où elle se focalise sur les tableaux de patients moins dépendants et moins polypathologiques (GIR 4 et 5) et donc ne répond pas complètement aux besoins réels de la population gériatrique.

Au niveau du GHT, 171 lits SSR gériatriques sont disponibles, auxquels se rajoutent 269 lits SSR polyvalents orientés vers la gériatrie. L'offre du GHT est complétée par 2026 lits d'EHPAD, 66 lits d'unité d'hébergement renforcée et 633 lits USLD. Des services d'hospitalisation de jour sont mis en place dans les CH de Vichy, de Moulins Yzeure et prochainement sur Riom, et des consultations de mémoire labellisées dans les CH de Moulins Yzeure, de Montluçon et du CHU/CH de Riom.

De nombreux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) viennent compléter l'aide à l'orientation et à la prise en charge gériatrique à l'échelle du GHT.

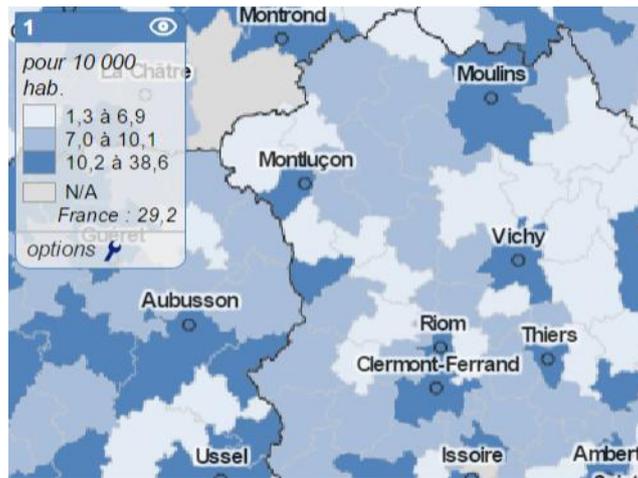
Une des problématiques communes des établissements est un manque de moyens. Pour un ratio retenu de 3 lits gériatriques pour 1000 habitants de plus de 75 ans³, on constate un manque de 74 lits sur le territoire du GHT, dont 21 dans l'Allier et 53 dans le Puy de Dôme. Les lits adaptés à la prise en charge des patients ayant des troubles cognitivo-comportementaux sont également en nombre insuffisant, voire inexistants.

Sur tout le territoire du GHT, il n'y a que 18 lits gérontopsychiatriques installés au CH de Montluçon. Le CH de Vichy et le CHU disposent de l'autorisation pour des unités cognitivo-comportementales, mais aucun des établissements ne les a déployées pour des raisons financières. Pour autant, en 2015, le bassin a généré 899 séjours pour les psychoses (âge supérieur à 79 ans) et pour les troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux (âge supérieur à 79 ans).

La gériatrie au sein du GHT est également confrontée à un problème de pénurie médicale, ce qui remet en question la pérennité de l'accès aux soins gériatriques. Du nombre total de 63,6 ETP PH intervenant dans les pôles gériatriques et 7 internes, les postes vacants représentent 9,6 ETP tandis que dans les 3 années à venir, 7,5 ETP prévoient de partir à la retraite. A la pénurie de la démographie hospitalière s'ajoute la pénurie de la médecine libérale. La faible densité des généralistes est un phénomène qui touche notamment le département d'Allier.

Densité médicale des généralistes dans les départements d'Allier et de Puy de Dôme

³ Selon le SROS III (révision – volet Vieillesse) l'objectif national poursuivi en 2008 en matière de court séjour gériatrique et d'hôpital de jour était de 1 lit pour 1000 habitants de plus de 75 ans, pour un besoin réel estimé (fourchette haute) à 3 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus. L'enquête « Médecine » réalisée en 2004 par l'ARH (DRSM) évaluait pour sa part le nombre de lits de court séjour gériatrique (CSG) nécessaires à 3.7 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans.



Le manque de personnel se traduit par la réduction du temps médical mis à disposition des EHPAD, des unités mobiles gériatriques et de la médecine de ville. En conséquence, mais pas uniquement pour cette raison, le taux de recrutement par urgences reste perfectible. Ce taux évolue de 10% au CH d'Ambert jusqu'à 80% au CH de Vichy. La meilleure politique de désengorgement des urgences consiste à prendre des mesures qui interviennent en amont du passage aux urgences et à favoriser les admissions directes des patients en CSG (notamment pour ceux en provenance des EHPAD).

2. Etat des lieux

CH. de Billom

Nombre de lits CSG : 20
 Nombre de lits SSR polyvalent à l'orientation gériatrique : 26
 Nombre de lits EHPAD : 237
 Nombre de lits USLD : 60
 Nombre de praticiens gériatres : 1 ETP
 Spécificités : CLIC, PASA

CH. de Vichy

Nombre de lits CSG : 25
 Nombre de lits SSR gériatrique : 55
 Nombre de lits SSR polyvalent à l'orientation gériatrique : 8
 Nombre de lits EHPAD : 45
 Nombre de lits USLD : 115
 Nombre de praticiens gériatres : 8 ETP
 Spécificités : EMG, CLIC, MAIA, centre d'évaluation gérontologique (comprenant HDJ mémoire et consultations gérontologique mémoire labellisée), CoGerT

CH. de Moulins Yzeure

Nombre de lits CSG : 28 (passage à 45)
 Nombre de lits SSR polyvalent à l'orientation gériatrique : 40
 Nombre de lits EHPAD : 216
 Nombre de lits USLD : 80
 Nombre de praticiens gériatres : 8,20 ETP
 Spécificités : EMG, HDJ, Consultation mémoire, CLIC, MAIA

CH. d'Issoire

Nombre de lits CSG : 15
 Nombre de lits EHPAD : 115
 Nombre de lits d'hospitalisation renforcée : 30
 Nombre de lits USLD : 30
 Nombre de praticiens gériatres : 2 ETP

Spécificités : CLIC, MAIA

CH. du Mont Dore

Nombre de lits CSG : 20
Nombre de lits SSR polyvalent à l'orientation gériatrique : 30
Nombre de lits EHPAD : 30
Nombre de lits USLD : 30
Nombre de praticiens gériatres : 2,7 ETP
Spécificités : CLIC, MAIA

CH. de Montluçon

Nombre de lits CSG : 24
Nombre de lits SSR gériatrique : 30 dont 6 fermés depuis octobre 2016 par manque d'effectif médical
Nombre de lits EHPAD : 293
Nombre de lits USLD : 60
Nombre de lits de gériopsychiatrie : 18
Nombre de praticiens gériatres : 7,8 ETP
Spécificités : EMG (mais non opérationnelle en raison du manque d'effectif médical) Consultations Mémoire labellisées

CH. de Bourbon l'Archambault

Nombre de lits CSG : 8
Nombre de lits SSR polyvalent à l'orientation gériatrique : 40
Nombre de lits EHPAD : 176
Nombre de praticiens gériatres : 4,3 ETP
Spécificités : SSIAD

CH. d'Ambert

Nombre de lits CSG : 5
Nombre de lits SSR polyvalent à l'orientation gériatrique : 39
Nombre de lits EHPAD : 164
Nombre de lits d'hospitalisation renforcée : 20
Nombre de lits USLD : 40
Nombre de praticiens gériatres : 1,3 ETP (+1 ETP sur le départ à la retraite et un contrat de praticien attaché de durée limitée)
Spécificités : EMG, CLIC

CH. de Thiers

Nombre de lits CSG : 23
Nombre de lits SSR polyvalent à l'orientation gériatrique : 25
Nombre de lits EHPAD : 153
Nombre de lits USLD : 30
Nombre de praticiens gériatres : 4,3 ETP

Géronto-Pôle CHU/CH Riom :

- **CH. de Riom**

Nombre de lits CSG : 75
Nombre de lits EHPAD : 149
Spécificités : EMG, HDJ, Consultations mémoire labellisées, Télémedecine (CoGerT)
Nombre de praticiens gériatres (copris le CHU) : 16,7 ETP+ 7 internes

- **CHU. de Clermont-Ferrand**

Nombre de lits SSR gériatrique : 56
Nombre de lits EHPAD : 114
Nombre de lits USLD : 110 dont 12 lits d'UHR (unité d'Hébergement Renforcée)
Spécialité : EMG

CH. Clémentel

Nombre de lits SSR polyvalent à l'orientation gériatrique : 40

CH. Cœur du Bourdonnais

Nombre de lits SSR polyvalent à l'orientation gériatrique : 111

Nombre de lits EHPAD : 243 dont 30 lits « Alzheimer » et 15 lits dédiés à la prise en charge de démence

Nombre de lits USLD : 18

Nombre de praticiens gériatres : 3,4 ETP

CH. de Nérès-les-Bains

Nombre de lits EHPAD : 100

Spécificités : SSAD

CHS. Ainay le Château

Nombre de lits USLD : 40

3. Enjeux

L'enjeu prioritaire de la filière gériatrique est le capacitaire : il s'agit de préserver l'accès aux soins tout en faisant face au manque de lits d'aval adaptés aux besoins spécifiques des patients âgés. Cela implique alors de repenser les relations entre la ville et l'hôpital afin d'éviter les hospitalisations non-adéquates à l'état du patient qui peuvent provoquer un engorgement à la fois des urgences et des services de médecine. La réflexion doit être menée à l'échelle du territoire de manière commune et homogène entre les différents acteurs :

- Les équipes mobiles jouent un rôle clef dans les interactions entre la ville et l'hôpital, et interviennent en amont chez le patient âgé afin de prévenir l'aggravation de son état jusqu'à la phase aigüe.
- L'ensemble des établissements extrahospitaliers prenant en charge le patient âgé (SSIAD, MAIA, CLIC, EHPAD, etc.) doit être intégré dans l'organisation de l'aval des urgences et des hospitalisations par une coordination territoriale cohérente.
- L'innovation doit être implémentée de manière à améliorer l'organisation des soins notamment par le développement de télémédecine en partenariat avec les EHPAD

Un autre enjeu pour le GHT est **la nécessité d'adapter l'offre de soins aux besoins** d'une population âgée à la dépendance croissante. Ce besoin concerne toute la chaîne de soins du moment de dépistage de la fragilité jusqu'à l'hébergement dans une structure adaptée.

Adapter l'offre publique de soins du GHT implique également de **répondre aux défaillances existantes** au niveau de la prise en charge pluridisciplinaire, notamment psycho-gériatrique. La mise en place d'une collaboration entre les spécialistes devient essentielle face à la proportion importante de patients âgés qui nécessitent des parcours de soins spécifiques, alors que peu de lits leurs sont réservés.

Trois types des patients relèvent de cette catégorie :

A. patient psychotique vieillissant qui devient somatique

B. patient âgé qui développe une nouvelle perturbation psychiatrique (mélancolie, dépression, ...)

C. patient dément perturbateur

Enfin, la **situation de pénurie médicale** demande une réflexion à l'échelle du territoire relative à la politique de recrutement et à la formation de gériatres au niveau du GHT.

Le groupe a étudié le scénario de la mise en place d'une équipe territoriale pour pallier la démographie, mais il l'a rejeté pour les raisons suivantes :

- Mise en péril de la continuité des soins causée par l'impossibilité d'assurer le suivi du patient par le même praticien
- Diminution de l'attractivité du recrutement qui est déjà, de manière générale, très faible.

A l'inverse, un travail commun sur la filière universitaire gériatrique semble indispensable pour assurer la continuité de la filière gériatrique en Allier et Puy de Dôme.

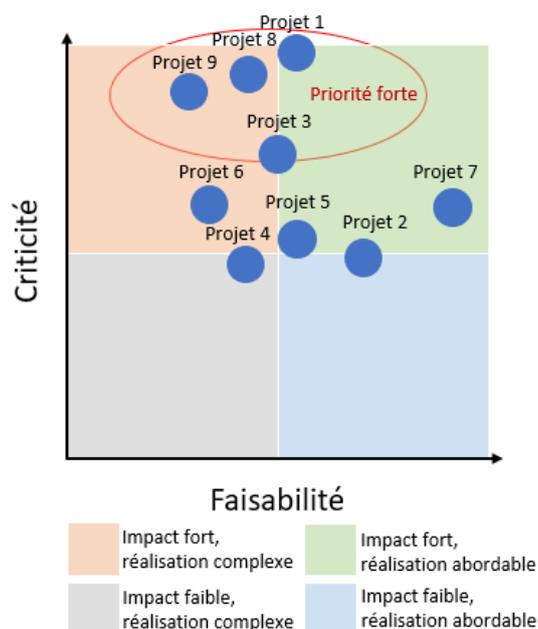
4. Plan d'action

N°	Projet	Objectif	Actions
1	Maintenir les équipes gériatriques	<ul style="list-style-type: none"> -Mettre en place une politique de recrutement qui permettra de compenser les départs à la retraite et l'activité en hausse dû à la démographie de la population locale -Assurer la qualité et la sécurité de l'offre tout en préservant la proximité 	<ul style="list-style-type: none"> -Chiffrer le besoin total actuel et futur en matière de recrutement des gériatres - Définir les modalités du poste et transmettre les critères de recrutement aux directions RH
2	Travailler la conversion des lits SSR polyvalents en lits SSR gériatriques	Adapter la prise en charge aux besoins réels des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Pérenniser le temps médical de gériatrie dans les établissements GHT - Préparer le dossier pour l'ARS
3	Renforcer le temps médical des équipes mobiles gériatriques	<ul style="list-style-type: none"> -Contribuer à l'amélioration de la relation ville/hôpital -Intervenir en amont avant que l'état de santé du patient ne devienne aigu -Evaluer le besoin d'hospitalisation et préparer la rentrée et la sortie d'hospitalisation en amont 	<ul style="list-style-type: none"> - Mener une étude sur la possibilité de renforcer les EMG par des infirmières bien formées qui seront en mesure d'effectuer la première évaluation et identifier les patients nécessitant une consultation médicale de gériatre - Elaborer le syllabus de la formation et former le personnel - Diffuser le numéro des EMG auprès des acteurs médico-sociaux et de la médecine de ville

4	Créer des consultations gériatriques semi-urgentes dédiés aux EHPAD	Planifier l'hospitalisation d'un résident en amont pour rendre son parcours plus efficient	-Renforcer le temps médical pour dégager des plages d'horaire de consultation dédiées aux EHPAD -Informer les EHPAD de l'offre de consultations programmées
5	Formaliser un parcours patient gériatrique lors des passages aux urgences	- Fluidifier le parcours patient âgé lors de son passage aux urgences - Diminuer les effets secondaires de désorientation spatio-temporelle par une prise en charge adaptée et la plus rapide possible	-Organiser un sous-groupe de travail avec les urgentistes - Partager et formaliser les bonnes pratiques -Former le personnel
6	Mettre en place des Coordinations Gériatriques aidées par la télémédecine (CoGerT) pour l'ensemble du territoire du GHT	-Assurer la meilleure communication ville/hôpital sur le modèle des CoGerT des CH de Riom et de Vichy Assurer des conditions égales d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire -Faire bénéficier l'ensemble de la population des dispositifs médicaux innovants	- Sectoriser le bassin du GHT de telle manière à ce que chaque secteur dispose d'un CSG, des consultations gériatriques et d'une unité mobile - Mettre en place un COGerT par secteur - Former les coordinateurs des CoGerT - Informer les acteurs médico-sociaux et de la ville de l'existence des CoGerT
7	Créer un poste supplémentaire de gériatre au niveau du CHU mis à disposition de tous les membres du GHT pour pallier la pénurie médicale aigüe	-Eviter les recours à l'intérim -Améliorer la gestion du temps médical dans les zones temporairement désertifiées	- Déterminer les modalités de la mise en disposition du temps médical - Chiffrer le besoin et transmettre les critères de recrutement à la direction RH

8	Construire une filière universitaire gériatrique	<p>Pallier l'insuffisance du programme capacitaire universitaire suite au dernier changement des maquettes (formation de 3 gériatres par an uniquement par le CHU) Entretien la démographie médicale</p>	<p>- Partager l'expérience du CHU dans la préparation des dossiers de candidature avec les membres du GHT (Responsable de l'accompagnement : Dr Lahaye du CHU)</p>	
9	Construire une filière gérontopsychiatrique	<p>-Répondre à la défaillance de l'offre locale</p> <p>-Désengorger les pôles gériatriques non-adaptés à la prise en charge des patients ayant des troubles cognitivo-comportementaux</p> <p>-Faciliter l'accès à des examens complémentaires</p>	<p>-Identifier sur différents sites des lits HC, UCC et des places d'EHPAD adaptés à la prise en charge de ce type des patients</p> <p>-Créer un sous-groupe de travail avec les psychiatres pour étudier la possibilité de mise en place des pôles d'évaluation gérontologique et étudier la mise en place des partenariats avec les CMRR pluridisciplinaires (gériatrie/psychiatrie/neurologie)</p>	

5. Priorités d'action



Le projet 1 (maintien des équipes) est un projet primordial pour la préservation de l'offre existante. Les équipes sont fragilisées dans la quasi-totalité des établissements et aucun des projets ne sera réalisable sans leur renforcement préalable. Si la réalisation du projet nécessite un investissement non-négligeable de la part des directions, il s'agit d'un projet fondamental pour la filière gériatrique du GHT. Les projets 7 (poste gériatre « intérim ») et 8 (filiale universitaire) sont des projets complémentaires ayant le même objectif que le projet 1, c'est-à-dire de pérenniser le temps médical. Si le projet 7 est une solution intermédiaire avec un impact immédiat sur le problème de la pénurie médicale, le projet 8 est une solution à long terme, qui nécessite un engagement fort des équipes.

Les projets 2 (SSR gériatrique), 3 (unité mobile de gériatrie), 4 (consultations dédiés aux EHPAD), et 6 (mise en place des CoGerT) sont conditionnés au renforcement des équipes gériatriques. Ils ont pour but de fluidifier les parcours, favoriser le recrutement direct dans les services de gériatrie sans passage des patients âgés par les urgences et rétablir une coordination efficace entre l'hôpital, la médecine de ville et les établissements médico-sociaux. La criticité de ces actions pour les patients et pour les établissements est très élevée. Les projets auront pour conséquence la baisse de la DMS, le développement des mesures alternatives à l'hospitalisation et la diversification des modes de recrutement des patients.

Les projets 5 (parcours aux urgences) et 9 (filiales psychogériatriques) ont pour but d'améliorer la prise en charge du patient. Le passage de la personne âgée par les urgences est une problématique commune de la santé publique en France. Si la mise en œuvre du projet est successive, la filière gériatrique a potentiel de devenir un des emblèmes du projet médical partagé du GHT. Pour autant sa mise en place nécessite un engagement des professionnels de santé intervenant dans ce futur parcours patient formalisé.

En conclusion, la création d'une filière psychogériatrique est indispensable à la fois pour les patients qui souffrent de son absence échouant dans les lits non-adaptés à leur état de santé, et pour les équipes qui doivent investir beaucoup de temps et d'énergie pour offrir à ce type de patients le minimum des soins nécessaires sans disposer des moyens adaptés.

F08. Médecine Physique et de Réadaptation et Soins de Suite et de réadaptation

1. Objectifs et enjeux de la filière

a) Contexte

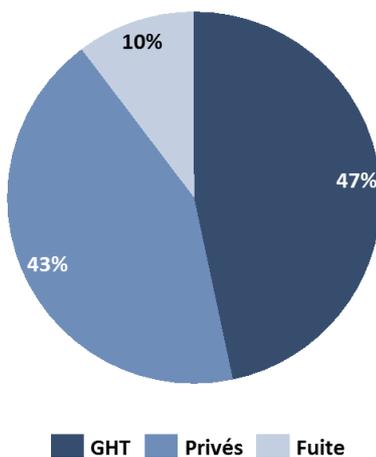
Une problématique de pénurie médicale sur le territoire

Le territoire fait face à une problématique de pénurie médicale pour les deux spécialités. La carence démographique médicale sur le territoire touche l'ensemble des établissements du GHT. Des difficultés ont été identifiées à très court-terme pour le CH de Nérès-les-Bains : deux départs à la retraite de médecins sont prévus en 2017 et 2018 et l'établissement rencontre des difficultés de recrutement⁴. De même pour le CH de Vichy, pour lequel le poste d'assistant spécialiste devrait être vacant à partir du 2 novembre 2017.

Une forte concurrence avec les établissements privés

Le GHT répond à seulement 47% de la demande de son territoire en SSR/MPR. La concurrence avec les établissements privés est forte, leurs parts de recrutement sur le territoire s'élevant à 43%.

Parts de recrutement en SSR du GHT et des établissements privés du territoire Allier – Puy-de-Dôme



Source : PMSI 2015

Un territoire qui présente des besoins de santé importants (précarité et personnes âgées)

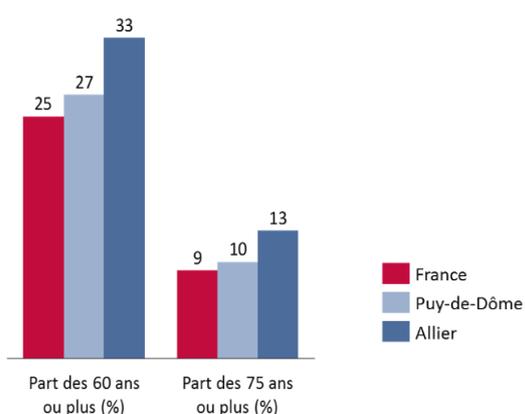
⁴ Le groupe estime que les difficultés de recrutement s'atténueront dans 3 ou 4 ans pour la filière MPR (et environ 8 ans pour le SSR) en raison de l'entrée sur le marché du travail de jeunes médecins actuellement en formation.

Une population âgée et précaire présente sur le territoire :

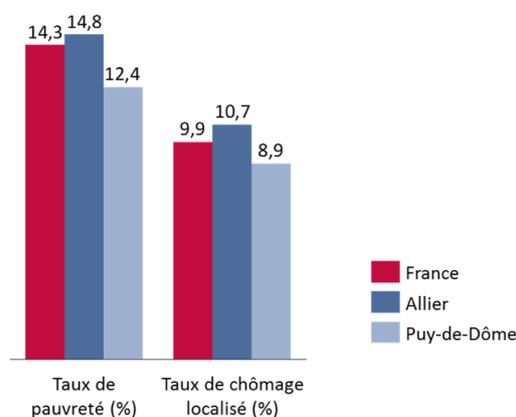
- Sur le territoire du GHT, la part des personnes âgées est supérieure à la moyenne nationale : en 2016, 13 % de la population de l'Allier a plus de 75 ans ; cette part s'élève à 10 % dans le Puy-de-Dôme, contre 9 % pour la moyenne nationale.

Le taux de pauvreté et de chômage de l'Allier sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale. Pour des raisons d'accessibilité financière, la population précaire se tourne davantage vers l'offre de soins publique. Les acteurs constatent par ailleurs que les patients accueillis dans les établissements publics de santé font souvent face à problèmes sociaux : absence des personnes proches, revenus faibles, autant de facteurs retardant les sorties et diminuant la rotation des patients.

Comparaison de la part des 60 ans ou plus, et des 75 ans ou plus (INSEE, 2016)



Comparaison des taux de pauvreté en 2012 et taux de chômage (1^{er} semestre 2016) (INSEE)

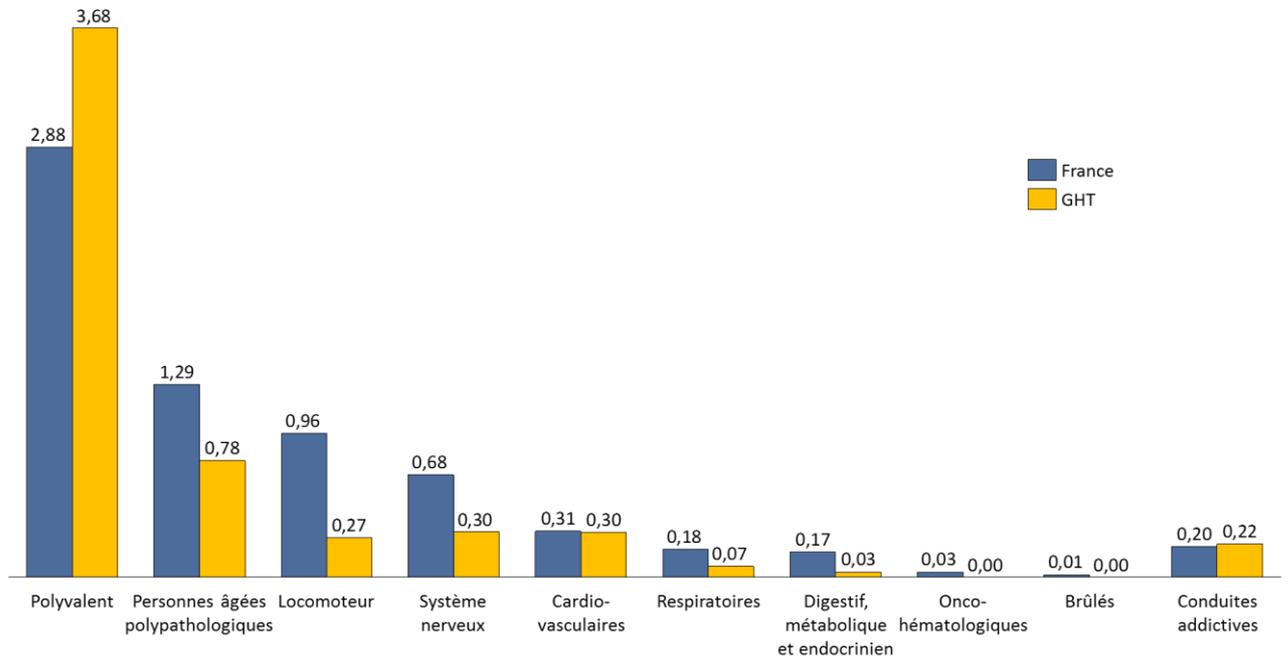


Une spécialisation de l'offre SSR et MPR publique à renforcer

L'offre en lits et places de SRR polyvalent (public et privé) sur le territoire est supérieure à la moyenne nationale. Cependant :

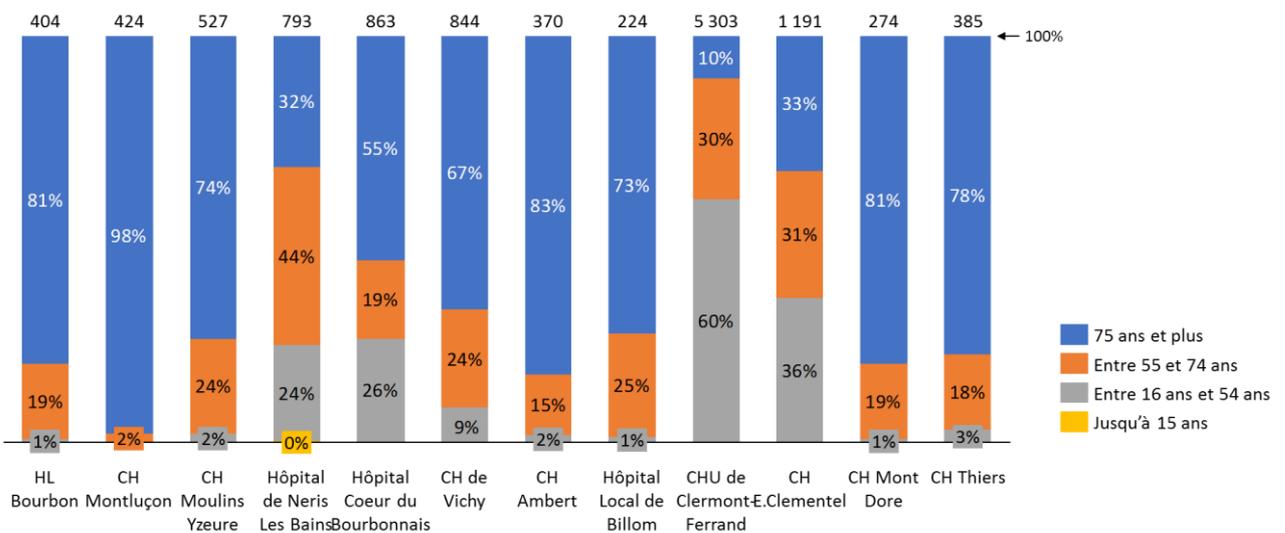
- Ce n'est pas le cas de l'offre spécialisée, en particulier pour la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques, de l'appareil locomoteur, du système nerveux et des pathologies respiratoires. Les acteurs soulèvent la nécessité d'une orientation plus spécialisée des lits et places sur le territoire, afin de mieux répondre aux besoins de la population,
- Cette situation n'est pas homogène sur le territoire. Certains bassins de population présente une sous capacité en lits de SRR et d'EHPAD (Montluçon, Clermont-Ferrand). D'autres présentent des difficultés de fluidité de parcours (Moulins). Une étude par bassin devra être menée.

Nombre de lits et places SSR pour 1000 habitants de plus de 65 ans (SAE, 2015)



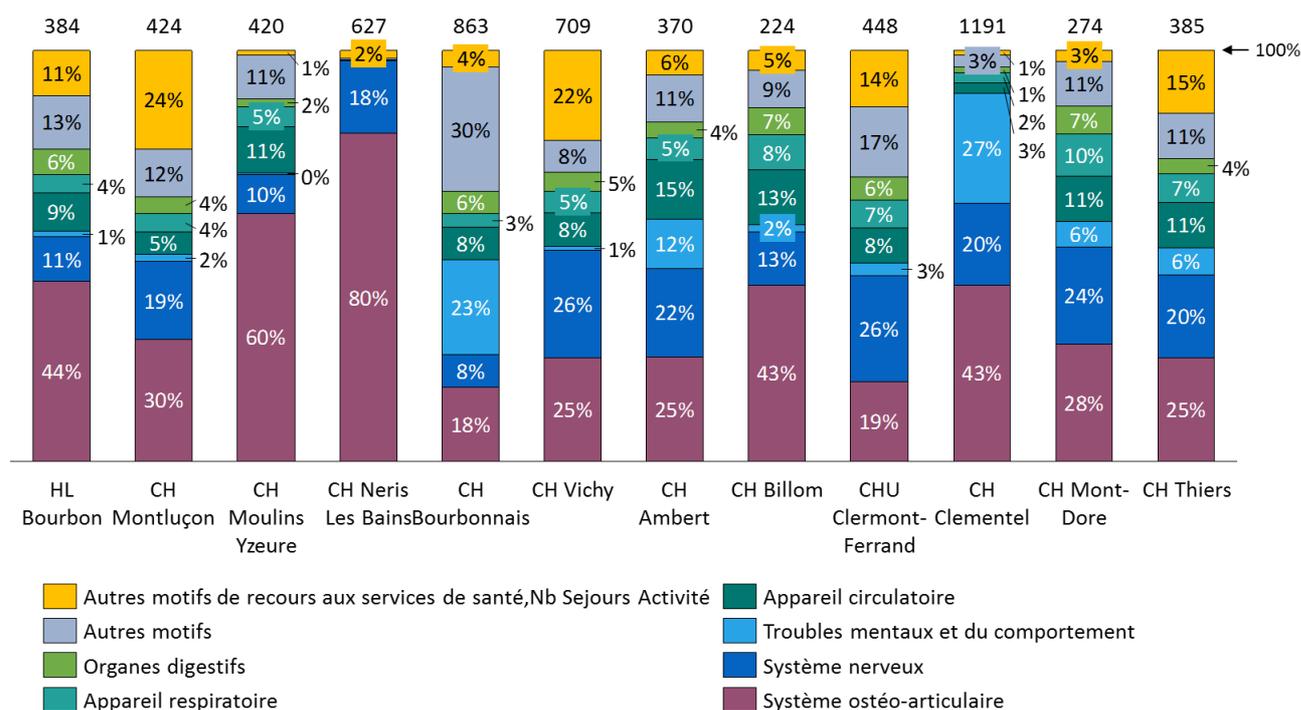
Le diagnostic constate un niveau d'offre en SSR gériatrique inférieur à la moyenne nationale (0,78 lits et places pour 1 000 habitants de plus de 65 ans sur le territoire du GHT contre 1,29 au niveau national). Aussi, le poids de la prise en charge des personnes de plus de 75 ans dans les établissements du GHT étant très élevé (67 % au CH Vichy, 74 % au CH Moulins Yzeure, 98% au CH Montluçon, ...), il est envisageable de considérer une orientation gériatrique des lits SSR polyvalents, voire une spécialisation.

Poids des personnes de plus de 75 ans pris en charge en SSR dans les établissements du GHT (PMSI, 2015)



Le diagnostic met également en lumière une offre insuffisamment spécialisée dans les prise en charges du système nerveux (0,30 lits et places pour 1 000 habitants de plus de 65 ans sur le territoire du GHT, contre 0,68 au niveau national) et de l'appareil locomoteur (0,27 lits et places pour 1 000 habitants de plus de 65 ans sur le territoire du GHT, contre 0,96 au niveau national), notamment au regard du poids important des pathologies ostéo-articulaires et du système nerveux au sein des différents établissements, ces pathologies étant très liées au vieillissement de la population :

Poids des différentes pathologies SSR prises en charges (hospitalisation complète et ambulatoire) au sein des établissements du GHT en nombre de séjours (PMSI 2015)



Un manque de fluidité de l'aval

Les acteurs constatent un manque de fluidité de l'aval, notamment de l'aval gériatrique des services de SSR, entraînant des durées de séjour excessives pour les patients âgés et un engorgement des lits. Les établissements du GHT sont également amenés à prendre en charge des patients souffrant de troubles mentaux et du comportement (27% des pathologies SSR à CH Clémentel, 23% au CH Cœur du Bourbonnais, 12 % au CH Ambert), présentant souvent des problèmes sociaux (absence des personnes proches, revenus faibles, etc.), autant de situation qui contraignent et retardent les sorties.

b) Etat des lieux

La prise en charge SSR sur le territoire de santé du GHT Allier / Puy-de-Dôme est assurée par 19 établissements, dont 12 établissements faisant partie du GHT. L'offre en médecine physique et de réadaptation est assurée par les CHU Clermont-Ferrand, CH Clémentel, CH Vichy et CH Néris-les-Bains.

Synthèse de l'offre de prise en charge SSR et MPR actuelle :

Établissements	CHU Clermont-Ferrand	CH Billom	CH Clémentel	CH Thiers	CH Ambert	CH Mont-Dore	CH Moulins-Yzeure	CH Bourbon l'Archambault	CH Cœur du Bourbonnais	CH Montluçon	CH Nérès-les-Bains	CH de Vichy
Prise en charge SSR	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	X
Prise en charge MPR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Établissements	Prise en charge SSR et MPR (nombre lits HC/HDJ) (1)	Activité (séjours en 2015) (2)	Temps médical (2016) (1)
CHU Clermont-Ferrand	<ul style="list-style-type: none"> • 56 lits HC spécialisés gériatrie • 15 places HDJ spécialisés locomoteur et neurologie <i>Projet d'extension de 10 places HDJ spécialisés neurologie, cardio-respiratoire et onco-hématologie (en attente de validation de l'ARS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 447 séjours en SSR gériatrie • 4 856 séjours en SSR neuro et locomoteur 	8,7 ETP dont : <ul style="list-style-type: none"> • 3,6 ETP affectés au SSR • 5,1 ETP affectés en MPR
CH Billom	26 lits HC, dont : <ul style="list-style-type: none"> • 14 lits HC polyvalents orientés orthopédie-vasculaire • 12 lits HC polyvalents orientés gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • 224 séjours en SSR polyvalent 	1 ETP dont : <ul style="list-style-type: none"> • 0,5 ETP angiologue • 0,5 ETP gériatre
CH Clémentel	151 lits HC, dont : <ul style="list-style-type: none"> • 40 lits HC polyvalents • 76 lits HC spécialisés locomoteur et neurologie • 35 lits HC orientés addictologie 	<ul style="list-style-type: none"> • 261 séjours en SSR locomoteur • 283 séjours en SSR neurologie • 647 séjours en SSR addictologie 	7,3 ETP dont : <ul style="list-style-type: none"> • 3 ETP MPR • 1 ETP rhumatologue • 1 ETP gériatre • 1 ETP attaché généraliste • 0,8 ETP psychiatre • 0,5 ETP généraliste
CH Thiers	<ul style="list-style-type: none"> • 25 lits HC polyvalent 	<ul style="list-style-type: none"> • 385 séjours en SSR polyvalent 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ETP <i>gériatre</i>
CH Ambert	<ul style="list-style-type: none"> • 26 lits HC polyvalent • 18 lits CSG 	<ul style="list-style-type: none"> • 370 séjours en SSR polyvalent 	1,5 ETP dont : <ul style="list-style-type: none"> • 0,7 ETP médecin généraliste • 0,8 ETP gériatre
CH Mont-Dore	<ul style="list-style-type: none"> • 30 lits HC polyvalent 	<ul style="list-style-type: none"> • 274 séjours en SSR polyvalent 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ETP

CH Moulin s-Yzeure	<ul style="list-style-type: none"> • 40 lits HC polyvalent et spécialisation gériatrique • 5 places HDJ polyvalent • 7 places HDJ gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • 243 séjours en SSR polyvalent • 165 séjours en SSR gériatrie 	3 ETP dont : <ul style="list-style-type: none"> • 1 ETP MPR et gériatre • 1 ETP généraliste • 1 ETP gériatre
CH Bourbon l'Archambault	<ul style="list-style-type: none"> • 40 lits HC polyvalent • 2,5 places HDJ polyvalent 	<ul style="list-style-type: none"> • 404 séjours en SSR polyvalent 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,3 ETP généraliste
CH Cœur du Bourbonnais	125 lits HC, dont : <ul style="list-style-type: none"> • 80 lits HC orientés en gériatrie • 12 lits HC orientés en nutrition • 28 lits HC orientés en addictologie <ul style="list-style-type: none"> • 5 places HDJ polyvalent 	<ul style="list-style-type: none"> • 115 séjours en SSR polyvalent • 408 séjours en SSR gériatrie • 191 séjours en SSR addictologie 	5,8 ETP dont : <ul style="list-style-type: none"> • 3,5 ETP gériatre • 2 ETP médecine générale • 0,1 ETP dermatologue • 0,2 ETP psychiatre Ainsi que 9 médecins généralistes libéraux
CH Montluçon	<ul style="list-style-type: none"> • 30 lits HC orientés en gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • 424 séjours en SSR gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,5 ETP gériatre
CH Nérès-les-Bains	<ul style="list-style-type: none"> • 59 lits HC spécialisés locomoteur et orientés neurologie • 10 places HDJ spécialisés locomoteur et orientés neurologie <i>Projet d'extension de 5 places HDJ spécialisées locomoteur et neurologie (validé par l'ARS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 793 séjours en SSR locomoteur et neurologie 	3 ETP dont : <ul style="list-style-type: none"> • 2 ETP MPR • 1 ETP généraliste
CH de Vichy	72 lits HC, dont : <ul style="list-style-type: none"> • 8 lits HC polyvalent • 4 lits HC identifiés soins palliatifs • 50 lits HC orientés gériatrie • 10 lits HC orientés neurologie 5 places HDJ dont : <ul style="list-style-type: none"> • 2 places HDJ orientées cardiologie • 1 place HDJ orientée locomoteur • 1 place HDJ orientée neurologie • 1 place HDJ orientée pneumologie 	<ul style="list-style-type: none"> • 74 séjours en SSR polyvalent • 549 séjours en SSR gériatrie • 221 séjours en SSR cardiologie, locomoteur, neurologie et pneumologie 	4,5 ETP dont : <ul style="list-style-type: none"> • 1,6 ETP MPR • 2 ETP gériatre • 0,9 ETP généraliste

Sources : (1) Données transmises par les établissements du GHT ; (2) Données PMSI

2. Enjeux et stratégie du projet médical partagé

a) Enjeux

Huit principaux axes d'évolution sont proposés concernant la filière « médecines physique et de réadaptation » :

1. Le développement des prises en charge ambulatoires en MPR
2. Le développement d'équipes mobiles MPR
3. Le développement d'une offre MPR gériatrique ambulatoire
4. La mutualisation de certains plateaux techniques ou compétences spécifiques au sein du GHT
5. La spécialisation des services de MPR
6. La gestion et planification des ressources humaines à l'échelle du GHT
7. La mise en place d'une politique de GHT concernant la formation initiale et continue en MPR
8. Le développement de projets cliniques et scientifiques en MPR

Concernant la filière soins de suite et de réadaptation, les trois axes suivants sont envisagés :

1. L'amélioration du maillage en lits SSR
2. La spécialisation de l'offre publique SSR
3. La fluidification de l'aval du SSR

Par ailleurs, les établissements ont exprimé leur souhait de développer une offre en soins de rééducation post-réanimation (SRPR) sur le GHT.

Médecine physique et de réadaptation

Concernant la médecine physique et de réadaptation, une stratégie fondée sur huit axes est envisagée :

1. Le développement des prises en charge ambulatoires en MPR

Le développement de la prise en charge MPR en hôpital de jour est un enjeu majeur pour l'évolution de la filière. En effet, l'amélioration de la qualité de prise en charge passe par le développement des soins ambulatoires. L'augmentation des capacités en hospitalisation ambulatoire permet d'accroître la rotation des patients dans les services et de fluidifier ainsi le parcours patient. Les modalités de développement de la prise en charge ambulatoire doivent être définies de façon à augmenter les capacités en HDJ, en vue d'adopter le virage ambulatoire et de fluidifier la filière en permettant un traitement gradué des patients. Toutefois, il convient de noter que certains types de patients ne se prêtent pas bien à ce mode de prise en charge, et notamment les personnes isolées, sans entourage familial ou présentant un handicap sévère.

Il est donc envisagé de renforcer l'offre d'hospitalisation ambulatoire des établissements du GHT, en particulier au CH Clermont-Ferrand et au CH Vichy.

Capacités en hospitalisations ambulatoires MPR existantes et cibles

Territoire	Établissement	Capacités d'hospitalisation ambulatoire	
		HDJ de MPR (actuel)	HDJ de MPR (cible)
Clermont-Ferrand	CHU	15 places	25 places
	CH Clémentel	-	-
Montluçon	CH Nérès-les-Bains	10 places	15 places
Vichy	CH Vichy	5 places	A définir

Le CHU Clermont-Ferrand, qui dispose déjà de 15 places spécialisées dans la prise en charge neurologie et locomoteur, a d'ores et déjà fait une demande à l'ARS afin d'augmenter ses capacités en places HDJ spécialisées en neurologie, cardio-respiratoire et onco-hématologie. Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un regroupement des activités de MPR du CHU sur un seul site (G Montpied). Le CH Nérès-les-Bains, qui dispose actuellement de 10 places spécialisées dans la prise en charge MPR locomoteur, va augmenter ses capacités de 5 places d'hospitalisation de jour, spécialisées dans la prise en charge MPR locomoteur et neurologique (ce projet a déjà été validé par l'ARS).

2. Le développement d'équipes mobiles MPR

La reconnaissance et le développement des activités des équipes mobiles MPR intra ou extrahospitalières est le deuxième pilier de la stratégie d'évolution de la filière. Il doit permettre d'améliorer la qualité des soins et de favoriser la prise en charge de proximité, en permettant aux médecins MPR de se déplacer dans les différents services hospitaliers, ainsi que dans des structures extrahospitalières, afin de donner des avis.

Deux axes de développement sont prévus :

- Dans un premier temps, une demande de reconnaissance de statut d'équipes mobile devra être présentée pour les établissements ayant des équipes mobiles non reconnues mais fonctionnant comme telles. C'est notamment le cas pour :
 - L'équipe MPR du CHU Clermont-Ferrand, qui a une activité de fait intra et extra-établissement au CH Clémentel ;
 - L'équipe MPR du CH Nérès-les-Bains, qui a une activité de fait intra et extra-établissement au CH Montluçon ;
 - L'équipe MPR du CH Vichy, qui a une activité de fait intra-établissement.
- Dans un deuxième temps, les activités des équipes mobiles MPR, notamment les consultations, devront être développées en extrahospitalier, afin de permettre aux équipes d'intervenir au sein de structures médico-sociales (notamment EHPAD, MAS, FAM) et au domicile des patients.

Le renforcement des moyens nécessaires (effectifs médicaux et paramédicaux) au développement des activités des équipes mobiles doit être défini.

3. Le développement d'une offre MPR gériatrique ambulatoire

En vue d'améliorer la qualité de prise en charge des patients âgées et de favoriser leur réadaptation, il est envisagé de mettre en place une offre MPR gériatrique ambulatoire, qui n'existe actuellement pas au sein du GHT.

Cette offre, qui s'appuierait sur une triple approche physique, cognitive, et nutritionnelle, et associerait des médecins gériatres et de MPR, représenterait une approche innovante et une réelle valeur-ajoutée dans la prise en charge des patients âgées.

Le CHU serait en capacité de développer cette offre si sa demande d'extension de places d'hospitalisation ambulatoire est acceptée par l'ARS.

4. La mutualisation de certains plateaux techniques ou compétences spécifiques au sein du GHT

Les quatre établissements proposant de l'offre en MPR possèdent des plateaux techniques avec des niveaux de spécificité différents. Certains plateaux techniques à haute valeur ajoutée ne sont actuellement pas accessibles sur chaque établissement.

Equipements et plateaux techniques spécifiques

CHU Clermont-Ferrand	CH Clémentel	CH Nérès-les-Bains	CH Vichy
<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge automobile : unité de conduite automobile (entre Clémentel et Clermont-Ferrand) • Prise en charge locomotrice : <ul style="list-style-type: none"> - Equipements d'analyse du mouvement (piste de marche, plateforme d'équilibre et de posture, dynamomètre isocinétique, électrophysiothérapie, ...) - Appareillage et confection de prothèses - Balnéothérapie • Prise en charge neurologique : accès aux électroencéphalogrammes • Plateau technique d'explorations urodynamiques • Locaux permettant la simulation d'espaces de vie : cuisine thérapeutique • Prise en charge à visée d'insertion professionnelle et sociale : unité comète 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge robotisée des membres supérieurs : convention avec le CHU pour participer à l'essai clinique ARMEO • Véhicule adapté pour personne à mobilité réduite (minibus et voiture) • Balnéothérapie • Prise en charge sportive : gymnases • Locaux permettant la simulation d'espaces de vie : cuisine thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge locomotrice : <ul style="list-style-type: none"> - Equipements d'exploration de l'équilibre et de posture : posturographie - Balnéothérapie • Plateau technique d'explorations urodynamiques • Prise en charge sportive : salle d'EPS • Électrothérapie • Locaux permettant la simulation d'espaces de vie : appareillage thérapeutique et confection de prothèses 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge locomotrice : <ul style="list-style-type: none"> - Piscine et balnéothérapie - Equipements d'analyse de la posture - Salles de réentraînement à l'effort • Locaux permettant la simulation d'espaces de vie : cuisine thérapeutique

La mutualisation de certains plateaux techniques et compétences spécifiques au sein du GHT est ainsi envisagée, afin d'assurer une égalité de la qualité de prise en charge des patients du territoire, de renforcer l'attractivité des sites de proximité, tout en évitant les coûts associés à l'acquisition et la maintenance de certains équipements.

Il est ainsi proposé de mettre en place d'un système de conventionnement inter-sites permettant un accès pour les patients de tous les établissements du GHT à des équipements spécifiques à haute valeur ajoutée (simulateur de conduite, piste de marche, dynamomètre isocinétique,) existant uniquement sur certains sites. Le développement de la télémédecine devrait faciliter les échanges entre les sites qui ne sont pas encore tous équipés.

Ce système de conventionnement pourrait également être développé pour l'accès à des unités spécifiques comme l'unité d'évaluation d'aptitude à la conduite et l'unité d'insertion socio-professionnelle précoce (COMETE), qui n'existe aujourd'hui qu'au CHU Clermont-Ferrand.

Chacun des sites devra cependant assurer un niveau minimum d'équipements « intermédiaires », comme par exemple, les équipements de balnéothérapie, indispensables pour une prise en charge MPR. Le niveau minimum d'équipement nécessaire au sein d'un service MPR, pour assurer une prise en charge de qualité, devra être défini par le GHT.

5. La spécialisation des services de MPR

Afin de mieux répondre aux besoins du territoire en termes de soins spécialisés et renforcer la graduation de l'offre, tout en respectant les types d'autorisations octroyées aux établissements du GHT, il est décidé d'orienter l'offre de certains sites. Grâce aux règles communes d'adressage, les patients seraient donc orientés en priorité vers les sites « identifiés ». Cette concentration de moyens et de compétences humaines facilitera la diminution de la DMS pour certaines prises en charge et améliorera la qualité des soins.

Actuellement, le CHU et le CH Clémentel sont spécialisés dans la prise en charge MPR neurologique et de l'appareil locomoteur, le CH Nérès-les-Bains est spécialisé en MPR de l'appareil locomoteur et le CH Vichy est spécialisé en MPR cardiologique et respiratoire.

Ainsi, la spécialisation en MPR locomoteur et neurologique est retenue pour les services des CH de Nérès-les-Bains et de Vichy, d'autant plus qu'à Vichy, l'établissement privé La Pergola ne possède pas de spécialisation neurologique ni locomoteur.

Cette orientation des lits ne nécessitera pas de ressources supplémentaires car les sites utiliseront les plateaux techniques et ressources humaines dont ils disposent déjà. Pour appui, les établissements peuvent solliciter la collaboration des autres sites du GHT, notamment pour l'accès aux plateaux techniques mentionné précédemment.

Toutefois, la spécialisation induit de pouvoir assurer un positionnement de structure de recours, qui implique la mise en place d'activités spécifiques, telles que des consultations pluridisciplinaires. Il convient alors de définir une organisation commune au sein du GHT, à mettre en place pour répondre aux besoins des patients.

6. La gestion et planification des ressources humaines à l'échelle du GHT

L'ensemble des établissements du GHT connaît une problématique de pénurie médicale. Ainsi, les sujets de gestion et de planification de l'offre médicale, notamment de collaboration médicale, apparaissent clés pour pallier aux difficultés de recrutement médical et mettre en place une nouvelle stratégie publique de territoire.

Afin de trouver des solutions à la démographie médicale défavorable actuelle, il a été décidé de :

- créer des postes d'assistants partagés entre les services MPR des établissements ;
- d'envisager la création d'une Fédération Médicale Inter Hospitalière pour la filière MPR, qui permettrait d'avoir une vision commune des pratiques médicales, et des protocoles de soins pour harmoniser la prise en charge des patients ;
- engager une réflexion sur les leviers d'attractivité médicale des établissements périphériques, notamment sur l'harmonisation des règles RH et des conditions de recrutement au sein de GHT.

7. La mise en place d'une politique de GHT concernant la formation initiale et continue en MPR

Il est envisagé de développer une politique de GHT concernant la formation initiale et continue au service des besoins du territoire, afin d'assurer un niveau et une actualisation des compétences médicales sur l'ensemble des établissements du GHT, tout en favorisant l'attractivité des sites de proximité.

Ainsi, le GHT doit déterminer une offre de formation initiale commune, en particulier pour les internes en MPR dans le cadre de la réforme du 3^e cycle. Il est également nécessaire de renforcer l'accueil des étudiants dans les différentes filières des métiers de la réadaptation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, orthoptie) en lien avec le Département de Formation aux techniques de Réadaptation de la faculté de médecine.

8. Le développement de projets cliniques et scientifiques en MPR

La participation des établissements de proximité aux protocoles de recherche du CHU est un levier d'attractivité médical qui doit être exploré. Actuellement, seul le CH Clémentel a une activité de recherche en lien avec le CHU. Ainsi, il a été décidé de favoriser le développement de projets scientifiques et l'élargissement de la participation des sites de proximité aux protocoles de recherche du CHU.

Ce développement permettra également de créer une culture commune professionnelle au sein du GHT et d'élargir les données de cohorte.

Soins de suite et de réadaptation

La question des lits de SSR gériatriques est également traitée au sein de la filière Gériatrie.

L'évolution de la filière SSR s'appuie quant à elle sur trois axes :

1. L'amélioration du maillage en lits SSR

Il convient de souligner l'importance d'améliorer le maillage en lits SSR pour assurer une prise en charge de proximité, une égalité des soins à la population du GHT et fluidifier le parcours patient (prise en charge de la phase aigüe sur un site spécialisé et adressage du patient vers les sites de proximité pour la suite du traitement).

Néanmoins, l'amélioration du maillage en lits SSR est contrainte par la pénurie médicale sur certains secteurs, et doit également tenir compte des plateaux techniques disponibles sur chaque établissement. Ainsi, il convient de définir une vision commune au GHT le niveau de ressources et d'équipements nécessaires à l'augmentation des capacités en SSR sur le territoire.

2. La spécialisation de l'offre publique SSR

Au regard du déficit de capacités en SSR gériatrique sur le territoire et afin de mieux répondre aux besoins du territoire en termes de soins spécialisés pour les personnes âgées, il est envisagé de renforcer l'offre SSR spécialisée gériatrie, à travers l'identification de lits orientés pour les établissements possédant un plateau techniques adapté à cette prise en charge. A noter que le Centre Hospitalier d'Ambert a notamment pour projet de convertir ses lits SSR polyvalents en lits SSR gériatriques.

Cette orientation des lits nécessite de définir une vision commune au GHT concernant les compétences médicales et de plateaux techniques nécessaire pour assurer une spécialisation de l'offre publique SSR.

3. La fluidification de l'aval du SSR

Actuellement, la communauté médicale des établissements constate une embolisation des lits de SSR, en raison de problématiques sociales retardant les sorties, mais également en raison de la lourdeur des patients neurologiques, empêchant un adressage vers des structures médico-sociales ou un retour à domicile. Il serait utile de réaliser une étude afin d'objectiver dans quelle mesure certains séjours pourraient être réduits, en déterminant la part des séjours non entièrement justifiés sur le plan médical.

Ainsi, l'aval du SSR doit être fluidifié en actionnant les leviers suivants :

- Définir clairement les circuits patients et identifier les rôles des centres SSR sur le territoire ;
- Mettre en place des protocoles pour faciliter l'accès aux plateaux techniques et aux hospitalisations programmées en MCO en cas de besoin de prise en charge aigüe pour les patients des SSR ;
- Faciliter la sortie des SSR dès que l'état médical du patient le permet, à travers la mise en place de protocoles de déconventionnement du SSR, le renforcement des échanges avec les familles, l'augmentation du recours à l'HAD, et la facilitation du retour à domicile ;

- Fluidifier l'adressage vers les structures médico-sociales, à travers :
 - le renforcement des liens avec les structures d'aval, notamment avec les EHPAD, les USLD et l'HAD ;
 - la mise en place d'une unité mobile d'évaluation, intervenant sur les structures d'aval ;
 - des repérages précoces des patients susceptibles de nécessiter un hébergement médico-social.

Soins de rééducation post-réanimation

En dernier lieu, les établissements ont exprimé leur souhait de développer une **offre en soins de rééducation post-réanimation (SRPR) sur le GHT**, aujourd'hui inexistante sur le territoire et en Auvergne, afin d'améliorer le parcours des patients cérébro-lésés, traumatisés crâniens et post-AVC sévères. Il est souligné que la création d'un service de SRPR au sein du CHU Clermont-Ferrand est une volonté partagée par les médecins de MPR, de réanimation et de neurochirurgie, services directement concernés par la mise en place d'un service SRPR. Une étude d'opportunité et de faisabilité devra ainsi être engagée.

A. Déclinaison de la stratégie pour la filière MPR

1. Plan d'action

N°	Projet	Objectifs	Actions et calendrier
1	Le développement des prises en charge ambulatoires en MPR	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité de prise en charge Fluidifier le parcours patient 	<ul style="list-style-type: none"> Rédaction d'un cahier des charges commun au GHT par type de prise en charge MPR <ul style="list-style-type: none"> 2017 Validation des projets déposés (CHU) <ul style="list-style-type: none"> 2017 Mise en fonctionnement du projet d'augmentation de capacité de Nérès-les-Bains <ul style="list-style-type: none"> 2017-2018
2	Le développement d'équipes mobiles MPR	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité des soins Favoriser une prise en charge de proximité Fluidifier le parcours patient 	<ul style="list-style-type: none"> Rédaction d'un cahier des charges commun au GHT par type de prise en charge MPR <ul style="list-style-type: none"> 2017 Demande de reconnaissance du statut d'équipe extrahospitalière du CHU et du CH Nérès-les-Bains <ul style="list-style-type: none"> 2017-2018 Développement de nouvelles activités de consultations au sein de structures médico-sociales <ul style="list-style-type: none"> cibler les structures MS pour l'établissement de partenariats : 2018 mise en place d'une nouvelle organisation pour le développement des nouvelles consultations : 2018-2019
3	Le développement d'une offre MPR gériatrique ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la réadaptation des patients âgés Améliorer la réponse aux besoins de la population (population vieillissante) en créant une offre actuellement inexistante au sein du GHT 	<ul style="list-style-type: none"> Attente de réponse de l'ARS quant à la demande d'augmentation des capacités ambulatoires (l'offre MPR gériatrique pourrait être assurée sur ces places additionnelles) <ul style="list-style-type: none"> 2017 Définition d'une nouvelle organisation médicale et paramédicale
4	La mutualisation de certains plateaux techniques ou compétences spécifiques au sein du GHT	<ul style="list-style-type: none"> Garantir une qualité de prise en charge égale sur le territoire du GHT 	<ul style="list-style-type: none"> Rédaction d'un cahier des charges commun au GHT par type de prise en charge MPR <ul style="list-style-type: none"> 2017 Rédaction d'une convention entre établissements du GHT : <ul style="list-style-type: none"> 2017 Mise en œuvre du dispositif :

			<ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 - 2018
5	La spécialisation des services de MPR	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la réponse aux besoins du territoire en termes de soins spécialisés • Renforcer la gradation de l'offre • Améliorer la lisibilité de l'offre et donc la pertinence des adressages 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins / du nombre de lits et places à spécialiser <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 • Dépôt de demandes d'autorisations <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 – 2018 • Mise en place de nouvelles organisations de travail médical et paramédical <ul style="list-style-type: none"> ○ à partir de 2018
6	La gestion et planification des ressources humaines à l'échelle du GHT	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier la gestion des ressources humaines à l'échelle du territoire et faciliter la gestion des difficultés liées à la pénurie médicale dans l'ensemble des sites du territoire ; • Permettre un meilleur partage de la pénibilité entre les sites en permettant notamment la mobilité • Favoriser la formation continue et améliorer ainsi la qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition d'une charte précisant les pratiques de recrutements, RH et de formation continue communes ; <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 - 2018 • Réunions (en visioconférence) une à deux fois par an pour coordonner la gestion des ressources humaines sur le territoire. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dès 2018
7	La mise en place d'une politique de GHT concernant la formation initiale et continue en MPR	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le niveau de compétences au sein du GHT à travers la formation continue des médecins • Harmoniser les pratiques médicales et faciliter le remplacement des praticiens / les collaborations médicales entre sites • Améliorer la qualité de prise en charge des patients sur le GHT 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir une politique de formation continue commune au GHT <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 - 2018 • Engager une réflexion quant à la maquette des internes et aux parcours des médecins
8	Le développement de projets cliniques et scientifiques en MPR	<ul style="list-style-type: none"> • Elargir les données de cohorte des protocoles de recherche • Renforcer l'attractivité médicale des établissements de proximité en augmentant leur participation à des projets de recherche cliniques et scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir un accès à la bibliographie pour l'ensemble des établissements du GHT <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 • Mettre en place un système portage collectif de la recherche <ul style="list-style-type: none"> ○ 2018
9	La création d'une offre de soins de rééducation post-réanimation (SRPR) sur le GHT	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la réponse aux besoins du territoire en développant une offre inexistante en Auvergne • Améliorer le parcours des patients cérébro-lésés, traumatisés crâniens et post-AVC sévères 	<ul style="list-style-type: none"> • Engager une étude d'opportunité et de faisabilité <ul style="list-style-type: none"> ○ 2018

2. Priorisation des projets

Afin de mettre en place les projets proposés et de préciser les déclinaisons opérationnelles de la stratégie du GHT, **il semble prioritaire de stabiliser une vision médicale commune au GHT** pour la filière MPR, à organiser autour de quatre modalités de prise en charge :

- l'hospitalisation conventionnelle ;
- l'activité ambulatoire (hôpital de jour) ;
- les équipes mobiles intra et extrahospitalières et
- leur activité de consultations.

La stabilisation d'une vision médicale commune au GHT doit passer par la rédaction d'un « cahier des charges », pour chaque type de prise en charge, indiquant les objectifs et hypothèses de fonctionnement minimales qui doivent être assurées au sein du GHT, afin de répondre aux besoins des patients. Ce cahier des charges devra notamment comprendre :

- les capacités ;
- les ressources médicales et paramédicales ;
- les plateaux techniques nécessaires ;
- l'articulation avec le parcours patient.

B. Déclinaison de la stratégie pour la filière SSR

Plan d'action

N°	Projet	Objectifs	Actions et calendrier
1	L'amélioration du maillage en lits SSR	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une prise en charge de proximité Assurer l'égalité des soins à la population du GHT Fluidifier le parcours patient (prise en charge de la phase aigüe sur un site spécialisé et adressage du patient vers les sites de proximité pour la suite du traitement). Prendre en compte la contrainte liée à la pénurie médicale sur certains secteurs Tenir compte des plateaux techniques disponibles sur chaque établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser une étude des besoins en lits SSR par bassin (Moulins, Montluçon, Vichy, Thiers, Clermont-Ferrand) ; Décrire le parcours patient par bassin ; Etudier la fluidité du parcours Urgences-SSR.
2	La spécialisation de l'offre publique SSR	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'offre SSR spécialisée gériatrie pour mieux répondre aux besoins du territoire en termes de soins spécialisés pour les personnes âgées. 	
3	La fluidification de l'aval du SSR	<ul style="list-style-type: none"> Définir clairement les circuits patients et identifier les rôles des centres SSR sur le territoire ; Mettre en place des protocoles pour faciliter l'accès aux plateaux techniques et aux hospitalisations programmées en MCO en cas de besoin de prise en charge aigüe pour les patients des SSR ; Faciliter la sortie des SSR dès que l'état médical du patient le permet (mise en place de protocoles de déconventionnement du SSR, renforcement des échanges avec les familles, augmentation du recours à l'HAD, et facilitation du retour à domicile) ; Fluidifier l'adressage vers les structures médico-sociales, à travers : <ul style="list-style-type: none"> le renforcement des liens avec les structures d'aval, notamment avec les EHPAD, les USLD et l'HAD ; la mise en place d'une unité mobile d'évaluation, intervenant sur les structures d'aval ; des repérages précoces des patients susceptibles de nécessiter un hébergement médico-social. 	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser une étude afin d'objectiver dans quelle mesure certains séjours pourraient être réduits, en déterminant la part des séjours non entièrement justifiés sur le plan médical

F09. Néphrologie

1. Etat des lieux

1.1. Rappel des objectifs de la filière « Néphrologie »

Le projet médical partagée du GHT sur la filière « Néphrologie » s'inscrit dans le cadre :

- des travaux de la HAS de 2012 relatifs au « points critiques du parcours de soins de la maladie rénale chronique » ;
- des objectifs nationaux et opérationnels définis par le cadre législatif et réglementaire (article 43 de la LFSS 2014, décret n°2015-881 du 17 juillet 2015, arrêté du 17 mai 2016 relatif aux "orientations nationales").

Ces orientations stratégiques nationales sur l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) se déclinent en 3 axes :

- Agir sur le parcours en amont du stade terminal de l'IRC avec pour objectif de diminuer le nombre de patients arrivant au stade de suppléance et de diminuer de moitié les dialyses évitables réalisées en urgence,
- Développer la transplantation avec un objectif d'activité de transplantation dépassant l'activité de dialyse en 2018,
- Améliorer l'efficacité et la qualité des soins de la dialyse, et privilégier les prises en charge hors centre (dialyse péritonéale (DP), hémodialyse à domicile (HDD), autodialyse (AD) ou en unité de dialyse médicalisée (UDM)) en favorisant, dès que cela est possible l'autonomie et la proximité des soins, dans le cadre de parcours structurés et articulés avec l'accès à la transplantation.

A titre d'exemple les objectifs fixés dans le cadre des appels à projet concernant les expérimentations de parcours de l'IRC (extraits, auteur = ARS Auvergne Rhône-Alpes 2017) :

- ➔ Augmentation du nombre de mois de traitement de suppléance évitée.
- ➔ Réduction du nombre de patients dialysés en urgence : baisse de moitié des dialyses évitables réalisées en urgence à horizon de 2020, soit un objectif de baisser à 19% les dialyses en urgence évitables.
- ➔ Augmentation du nombre de patients (sous réserve d'éligibilité à cette technique) ayant un bilan pré-greffe finalisé à 15 ml/min/1,73m² de débit de filtration glomérulaire (DFG) en vue d'une inscription en liste d'attente dès ce stade.
- ➔ Augmentation du nombre d'orientations en dialyse en hors centre des nouveaux patients éligibles à ces modalités.
- ➔ bilan diagnostic (confirmation de la MRC, détermination de son stade et évaluation de la progressivité),
- ➔ prise en charge et suivi du patient (coordonnées par le médecin traitant, avec l'appui du néphrologue en fonction de l'évolutivité de la situation),
- ➔ repérage de la progression de la maladie, à partir de signes d'alertes.

1.2. Une démographie médicale préoccupante sur le département de l'Allier

Le projet médical partagé de la filière Néphrologie est centré autour du problème de démographie médicale dans le département de l'Allier.

1. Montluçon :

Pour 12 postes de dialyse de centre lourd et 16 postes hors centre d'UDM, 12 lits d'hospitalisation complète et 15 patients suivis en dialyse péritonéale dans le cadre de l'AURA, l'équipe est composée de :

- 1 ETP : néphrologue PH-TP chef de service, **départ à la retraite pour 2019**.
- 1 ETP : néphrologue PH-Temps Partiel, **départ en retraite prévue 2019** mi-temps AURA

- 1 ETP jusqu'en novembre 2017 puis vacant : néphrologue non titulaire du concours de praticien hospitalier qui **doit quitter la région en novembre 2017**
 - 1 ETP : DIS de néphrologue, non inscrite à l'ordre, non titulaire
- + 2 postes vacants. Donc à terme en 2017 1 PH-TP + 1 PH-mi-temps + 1 PAC **et en 2019 pas de PH néphrologue titulaire.**

2. Moulins

Pour 8 postes de centre lourd, 6 lits d'hospitalisation complète il existe :

- 1 ETP qui va prendre sa retraite en novembre 2017 et sera remplacé par un néphrologue qui prendra un poste de clinicien sur 3 ans.
- 1 ETP PAC non titulaire, inscrit à l'ordre mais n'ayant pas le concours de praticien hospitalier de néphrologue.
- 2 ETP pourvu par des médecins non-inscrits à l'ordre.
- **1 ETP vacant**

Il n'y a pas d'activité de dialyse péritonéale (pourtant directive nationale d'avoir au moins 10 % de dialyse péritonéale), les inscriptions sur la liste d'attente de greffe sont les plus faibles (8 / 72 dialysés) (annexe 2), la transplantation rénale est réalisée sur Paris, Lyon ou Clermont-Ferrand.

3. Vichy

Pour 8 postes de centre lourd, 18 lits d'hospitalisation, 1 lit + 6 fauteuils d'HDJ et 10 lits de dialyse hors centre et suivis de patients en dialyse péritonéale, l'équipe est composée :

- 1 ETP néphrologue PH-TP
- 1 ETP néphrologue PH-TP
- 1 ETP néphrologue AS-TP
- 1 ETP non néphrologue PH-TP
- 1 ETP vacant

1.3. Activité de transplantation rénale

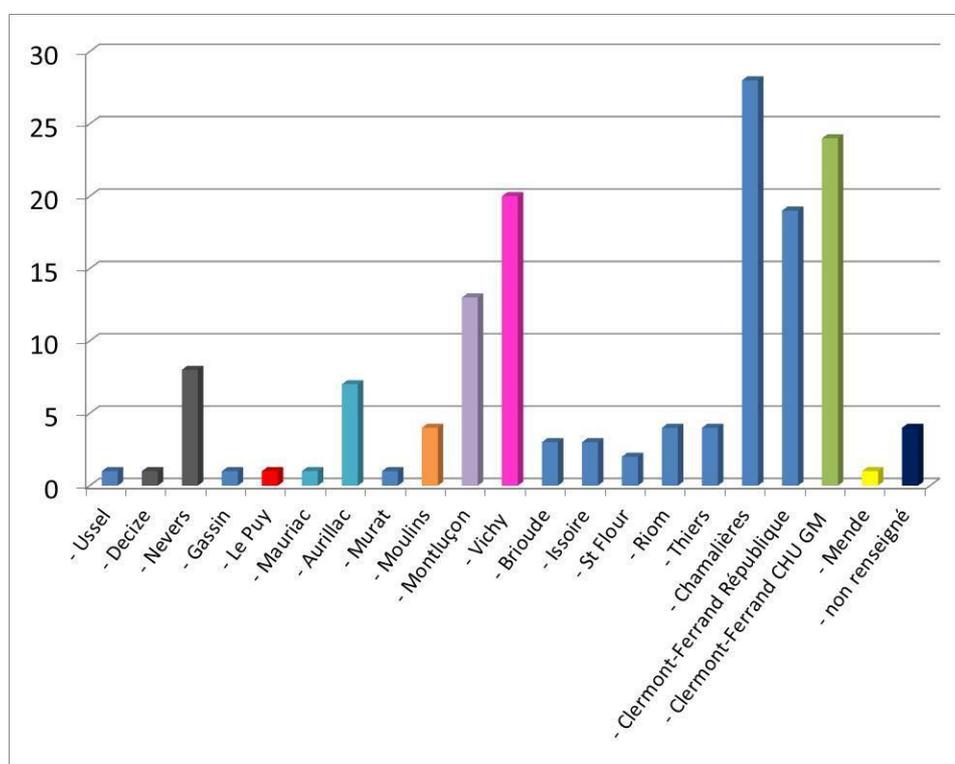


Figure 1 : Répartition des patients inscrits sur la liste de transplantation en fonction du centre de dialyse en 2015

2. Enjeux

1. Renforcer l'équipe médicale de néphrologie dans l'Allier

Au vue du décret de dialyse imposant 2 néphrologues titulaires temps pleins pour 15 postes de dialyse et 1 néphrologue supplémentaire tous les 8 postes supplémentaires l'effectif de néphrologues est clairement **insuffisant pour assurer l'activité des centres lourds**, surtout à Montluçon.

Par ailleurs, l'effectif médical de l'Allier est très insuffisant pour le suivi des patients de maladie rénale chronique, et leur prise en charge notamment l'accès à la biopsie rénale et l'accès à la transplantation.

Deux praticiens souhaitent venir exercer sur le territoire de l'Allier. Ce projet est prévu pour novembre 2018, sous réserve d'obtention de deux postes de praticiens hospitaliers à Vichy. Le projet consisterait à créer un autre poste de PH-TP en plus de la titularisation d'un praticien (+ 1 ETP + ½ ETP) pour permettre l'arrivée de 2 néphrologues.

L'objectif est d'aider les services de néphrologie des CH de Moulins et Montluçon via un partage du temps de présence et via la mutualisation et la centralisation d'activités communes spécifiques notamment en assurant un support technique (moyens humains et logistiques pour pose des cathéters de dialyse, réalisation de biopsies rénales...).

Ce poste pourra être partagé par l'ensemble des intervenants du CH de Vichy, qui sont volontaires pour se déplacer au centre hospitalier de Moulins (volume d'activité à discuter) et pour poursuivre des activités spécifiques (activité de recherche clinique en lien avec le CHU ; activité de dialyse hors centre, péritonéale et à domicile,).

2. Impact du projet sur la filière « Néphrologie » du GHT

Ce projet s'inscrit dans un projet régional d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de MRC. Il aura un impact sur les activités de la néphrologie du CHU de Clermont-Ferrand et du GHT plus généralement, à trois niveaux :

- 1) Le projet redonne l'accès à la transplantation rénale** pour tous les patients de l'Allier en mettant en place des consultations rapprochées, des aides à la préparation des dossiers en harmonie avec le CHU de Clermont-Ferrand. Il permet le développement d'un outil informatique commun et partagé pour le bilan prégreffe.

Impact pour le CHU :

- Augmenter le nombre d'inscription pour la greffe rénale au CHU de Clermont-Ferrand,**
- Augmenter le nombre de greffe et notamment la transplantation rénale à partir de donneur vivant qui est réalisée sur le CHU.**
- Développer le suivi partagé des patients en se basant sur un dossier informatique commun.**

- 2) Le projet permet le maintien d'une activité de dialyse de proximité avec des UDM et la recentralisation des dialyses de centre** sur les villes ayant le plus de néphrologues : Vichy ?, Moulins ? Clermont-Ferrand ?

Impact pour le CHU :

Il pourrait être envisagé d'augmenter le nombre de lits de centre lourd sur le CHU ou sur le CH de Vichy pour dégager des places pour les patients du Nord de l'Allier.

- 3) Le projet ouvre l'accès des patients de l'Allier à la biopsie rénale** pour le diagnostic des maladies rénales.

Impact pour le CHU :

Augmentation du nombre des biopsies lues au CHU de Clermont-Ferrand. En effet les biopsies sont lues par les anatomopathologistes de Clermont-Ferrand et sont analysés en **RCP anatomopathologie** avec les néphrologues du CHU de Clermont-Ferrand

3. Rôle du CHU de Clermont-Ferrand

Dans ce projet, l'implication du CHU de Clermont-Ferrand sera donc nécessaire :

- **Pour augmenter le nombre de patients en attente de greffe rénale** : nécessité de gérer une liste d'attente de greffe de plus en plus importante avec du **temps médical et du temps paramédical dédié et un dossier médical informatisé commun pour les patients atteints de maladie rénale chronique.**
- **Pour augmenter le nombre de patients transplantés rénaux et donc leur suivi qui devra être partagé avec les structures de proximité** : nécessités 1) d'avoir un chirurgien urologue dédié à la transplantation rénale, 2) d'avoir une disponibilité des blocs opératoires, des anesthésistes et des chirurgiens pour faire face au besoin de la transplantation rénale sur donneur cadavérique qui n'est pas une chirurgie programmée 3) d'avoir un dossier médical partagé informatisé pour le suivi en consultation entre le CHU et les centres de proximités
- **Pour augmenter le nombre de greffe rénale à partir de donneur vivant** : nécessités 1) également une réflexion pour avoir la disponibilité des blocs opératoires, des anesthésistes et des chirurgiens, 2) un chirurgien dédié à la transplantation rénale, 3) des lits des soins intensifs suffisants 4) des lits de néphrologues et néphrologue dédiés 5) un effectif paramédical suffisant pour la gestion des dossiers des donneurs vivants.
- **Pour augmenter le nombre de lecture de biopsie rénale** : nécessité 1) de former un **anatomopathologiste spécialisé en néphrologie**, une aide pourrait être apporté par **l'expertise d'un praticien titulaire d'un DIU de néphropathologie** et s'intéresse tout particulièrement à cette activité. 2) **Un scanner de lame** permettant des discussions collégiales sur les cas difficiles mais aussi le développement de technique nouvelle d'interprétation des biopsies (biologie moléculaire, marqueurs de fibrose ou marqueur cellulaire) pourrait également apporter une aide précieuse à cette augmentation d'activité.

Plan d'action

N°	Projet	Objectif	Actions
1	Renforcer l'équipe médicale de néphrologie dans l'Allier	<ul style="list-style-type: none">• Répondre aux besoins de l'Allier en matière de néphrologie.• Maintenir une activité de dialyse de proximité avec des UDM et recentrer les dialyses de centre.• Redonner l'accès à la transplantation rénale pour tous les patients de l'Allier en mettant en place des consultations rapprochées, des aides à la préparation des dossiers en harmonie avec le CHU de Clermont-Ferrand• Ouvrir l'accès des patients de l'Allier à la biopsie rénale pour le diagnostic des maladies rénales	<ul style="list-style-type: none">• Créer un poste de PH-TP au CH de Vichy, en plus de la titularisation d'un praticien (+ 1 ETP + ½ ETP) pour permettre l'arrivée de 2 néphrologues.• Prendre en compte les conséquences du projet pour le CHU :<ul style="list-style-type: none">- Augmenter le nombre d'inscription pour la greffe rénale au CHU de Clermont-Ferrand,- Augmenter le nombre de greffe et notamment la transplantation rénale à partir de donneur vivant qui est réalisée sur le CHU.- Développer le suivi partagé des patients en se basant sur un dossier informatique commun

F10. Psychiatrie

1. Contexte et état des lieux

a. Une offre déployée par une grande multiplicité d'acteurs

La diversité des profils pris en charge en santé mentale nécessite une grande variété de structures : accueil de proximité dans les CMP, équipes de visites à domicile, urgences, hospitalisation complète ou ambulatoire, etc.

Au sein du GHT Allier – Puy-de-Dôme, l'activité de psychiatrie générale représente les 7 secteurs sur 7 de l'Allier et les 4 secteurs sur 9 du Puy-de-Dôme :

- CH Moulins-Yzeure – 03G01 & 03G02
- CH Vichy – 03G03 & 03G04
- CH Montluçon – 03G05 & 03G06
- CHS Ainay le Château – 03G07
- CH Thiers – 63G01
- CH Ambert – 63G02
- CHU Clermont-Ferrand – 63G08 & 63G09

Le département de l'Allier est totalement couvert par le GHT grâce à une activité de psychiatrie générale répartie dans l'ensemble des établissements publics du département.

La situation est différente sur le département du Puy de Dôme où l'ensemble des secteurs n'est pas couvert par les établissements constitutifs du GHT. Sur ce département, Le Centre Hospitalier Sainte-Marie Clermont-Ferrand, établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), possède la plus grande zone d'intervention dont l'agglomération Clermontoise. Il couvre à lui seul cinq secteurs sur les 9 existants.

b. Offre des établissements du GHT

	Lits HC Adultes	Lits HP Adultes	Lits HC Enfants	Lits HP Enfants	ETP médicaux moyen	File Active	DAF
CHS Ainay le Château	60 lits en intra-hospitalier *	-	-	-	7,5	814	
CH Moulins-Yzeure	200	43	48	28	14,2	4 828	
CHU Clermont Ferrand	172	33	12	43	33,9	7 894	
CH Vichy	101	39	-	10	9,4	3 000	11,5 M€
CH Montluçon	57	25	4	12	8,3	2 973	
CH Thiers	31	15	-	-	5,5	2 063	
CH Ambert	-	5	-	-	0,2	444	

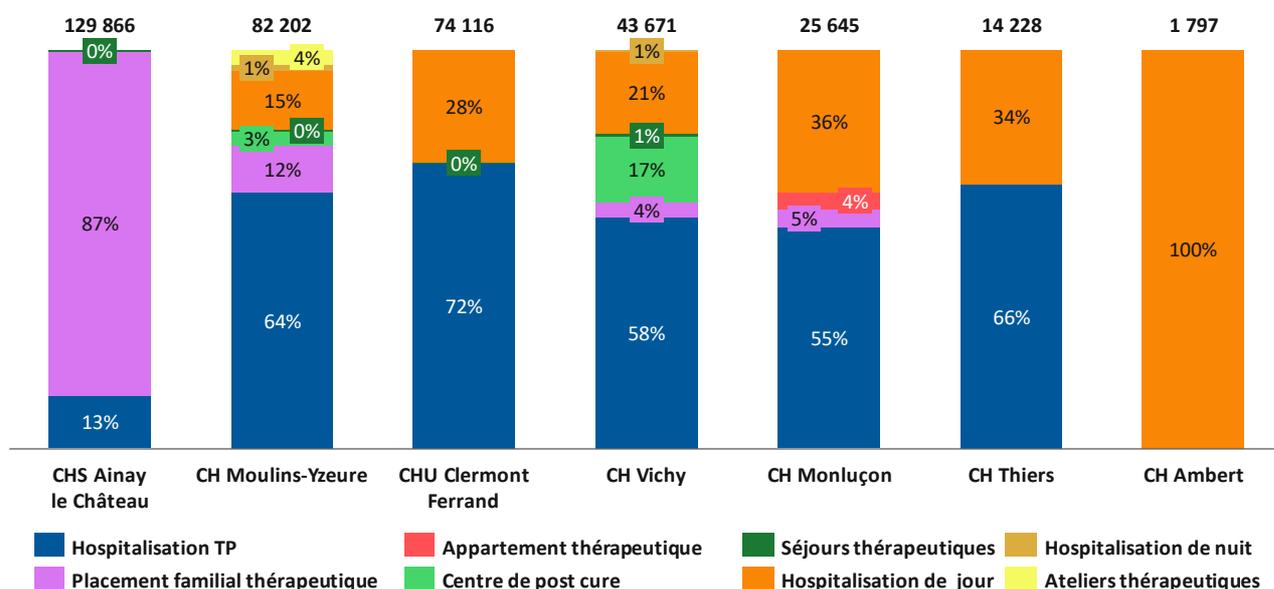
Source : SAE 2015, entretiens préparatoires

* l'établissement offre également 540 lits en famille d'accueil thérapeutique

Le CHS Ainay le Château dispose d'un grand nombre de places du GHT, toutefois du fait de la modalité d'exercice prédominant (Accueil Familial Thérapeutique), son nombre d'ETP médicaux est restreint. Il s'agit par ailleurs, du seul établissement spécialisé du GHT, les autres services de psychiatrie du GHT étant situés dans des Centres Hospitaliers Généraux.

Par ailleurs, le rôle de recours du CHU Clermont Ferrand est souligné par la file active importante et par un ratio élevé d'ETP médicaux par lit.

c. Activité des établissements du GHT (en journées)



Source : SAE 2015

Les spécificités des établissements du GHT sont variées, aussi bien pour les prises en charge à temps complet qu'à temps partiel.

Le taux de prise en charge à temps partiel s'établit à 25% en moyenne pour les centres hospitaliers du GHT réalisant des prises en charge mixtes.

Le CHS Ainay le Château réalise plus d'un tiers du total des journées du GHT grâce à sa spécialisation en Accueil Familial Thérapeutique.

d. Une pénurie médicale importante

La question de la démographie médicale est importante sur l'ensemble du territoire et plus spécifiquement en dehors de l'agglomération Clermontoise (Allier, secteurs Thiers et Ambert).

Devant la difficulté persistante de recrutement médical dans certains établissements du GHT, la capacité de développement de l'offre est corrélée à la mise en œuvre d'une stratégie de renforcement de l'attractivité médicale.

2. Enjeux de la filière

a. Structuration de l'offre en santé mentale

Secteurs et zones d'interventions

Le territoire du GHT est composé de deux territoires psychiatriques (correspondant aux départements de l'Allier et du Puy de Dôme). Dans le Puy-de-Dôme, l'ESPIC Sainte Marie gère 5 secteurs, soit la plus grande zone d'intervention du département qui comprend la quasi-totalité de l'agglomération Clermontoise. Le CHU pour sa part en gère deux, en-dehors de la Communauté de Communes de Clermont Ferrand (hormis la ville de Cournon), tandis que 2 secteurs reviennent respectivement aux CH de Thiers et d'Ambert.

L'articulation et la coordination entre ces zones d'intervention apparaît comme une réflexion incontournable dans le cadre du GHT.

Il est à noter qu'une réflexion sur le découpage interne de sa zone d'intervention a abouti à une nouvelle organisation récente des secteurs gérés par l'ESPIC Sainte Marie.

L'association de l'ESPIC avec le GHT paraît un élément incontournable de l'organisation. Les modalités de mise en œuvre et le cadre du partenariat devront être débattus dans le cadre du groupe de travail.

Soins Ambulatoires

Le groupe de travail doit se positionner sur la réaffirmation de la place des soins ambulatoires. Priorisées au niveau national et régional comme alternative aux hospitalisations complètes, les prises en charge ambulatoires devraient être renforcées dans le cadre du PMT.

La transformation d'une partie de l'offre d'hospitalisation complète existante en une offre ambulatoire (dans ses différentes modalités) doit être décrite. Elle doit prendre en compte :

- l'adéquation entre offre de soins et besoin de santé publique identifiés,
- l'articulation avec les structures d'aval et notamment le secteur médico-social,
- la spécificité des différentes modalités de soin proposées au sein de chaque établissement du GHT.

Hospitalisations sous contrainte à la demande d'un représentant de l'Etat

Dans le Puy-de-Dôme, historiquement, ce sont l'ESPIC Ste Marie et le CH de Thiers qui gèrent ces prises en charge (pour respectivement 7 et 2 secteurs).

Dans l'Allier, l'orientation des admissions se fait selon la règle sectorielle dans les CH de Vichy, Montluçon et Moulins-Yzeure.

La complexité de l'articulation entre la sectorisation, les exigences de la loi sur l'hospitalisation sous contrainte à la demande d'un Représentant de l'Etat et l'organisation territoriale des soins devra être abordée par le groupe de travail.

Ces prises en charge qui concernent dans la majorité des cas des situations complexes imposent d'importantes contraintes en termes de moyens et de partage des responsabilités entre les acteurs.

L'amélioration de l'organisation de ces soins dans l'intérêt du patient, par une meilleure coordination entre les centres hospitaliers dans les deux territoires doit être abordée.

Complémentarité des acteurs du GHT

Les différents centres hospitaliers ont des expertises différentes. Ces différences doivent être mises en valeur pour enrichir la réflexion commune.

Par exemple :

- le CHU assume des missions propres à son statut universitaire (expertise et recours sur le plan clinique, coordination de la formation initiale et contribution à la gestion de la démographie médicale, recherche)
- le CH Moulins-Yzeure a développé un savoir-faire au regard de la présence d'un établissement pénitentiaire sur son secteur qui justifie des pratiques spécifiques
- le CHS d'Ainay le Château, comme évoqué précédemment, possède une compétence particulière dans le domaine de l'Accueil Familial Thérapeutique, modalité de prise en charge peu répandue et qui s'adresse à des publics particuliers

Une cartographie de ces spécificités est nécessaire, prenant en compte également la dimension géographique dans un GHT, dont le territoire d'intervention est important, afin de développer d'authentiques synergies.

Rôle du GHT au sein de l'ensemble des acteurs de la santé mentale

Il importe de prendre en considération l'ensemble des acteurs et partenaires de la prise en charge psychiatrique, dans le milieu sanitaire et médico-social ou du handicap, à l'Education Nationale, la Justice, etc...

Les différentes hypothèses d'évolution du dispositif doivent systématiquement explorer les relations avec les partenaires afin de favoriser la fluidité du parcours de vie des patients.

b. Pérennité des organisations en place au regard de la pénurie médicale

La question de la démographie médicale est majeure sur l'ensemble du territoire, et plus particulièrement en dehors de l'agglomération Clermontoise (Allier, secteurs Thiers-Ambert).
Devant la difficulté persistante de recrutement dans certains établissements du GHT, la capacité de développement de l'offre est corrélée à la mise en œuvre d'une stratégie de renforcement de l'attractivité médicale.

Il est nécessaire de se pencher sur des hypothèses d'optimisation des ressources médicales pour favoriser le maintien d'une offre de proximité de qualité. Ces hypothèses comprennent :

- Le partage de temps médical entre les établissements, afin de compenser les déficits plus marqués sur certains sites (notamment Montluçon dans l'Allier et Thiers dans le Puy-de-Dôme). L'opportunité d'envisager **une ou plusieurs équipes médicales de territoire, qui pourraient prendre la forme d'une Fédération Médicale Inter-hospitalière doit être envisagée**. Ce type de convention faciliterait le partage de bonnes pratiques et la mobilité des praticiens, selon des modalités à déterminer. Cette mobilité ne permettra cependant pas de pallier à la pénurie territoriale, puisqu'il n'en découlera pas une augmentation du temps médical disponible.
- Les développements de la télémédecine, permettant de limiter les déplacements des patients ainsi que des praticiens :
 - o Pour l'échange entre soignants et médecins, dans le cadre de RCP territoriales ;
 - o Pour le suivi de prises en charge chroniques ;
 - o Pour développer le suivi de prises en charge complexes (certaines solutions de télé-expertise pour patients en milieu carcéral ont d'ores et déjà été développées à Moulins-Yzeure).

L'organisation de la permanence des soins est un enjeu au sein des établissements du GHT : les organisations actuelles doivent être évaluées, pour envisager la mutualisation de certaines activités concernant la permanence des soins en tenant compte des paramètres géographiques. La participation des psychiatres privés à la permanence des soins pourra être évoquée.

c. Parcours patient prioritaires

Addictologie

La filière existe sur l'ensemble du territoire du GHT mais nécessite une meilleure structuration. Celle-ci doit passer par une plus grande visibilité sur les capacités d'accueil dans les différentes modalités de soin et l'offre existante dans l'ensemble des sites de prise en charge.

Dans le Puy-de-Dôme :

- le CH de Thiers porte un projet de SSR Addictologie mais le manque de ressources contraint sa mise en place effective.
- Le Pôle Addictologie du CHU a vocation à la coordination des acteurs, doit développer ses actions en synergie avec les établissements de l'Allier du GHT
- l'ESPIC Ste Marie est porteur d'un dispositif addictologique dont la visibilité peut être améliorée.

Le territoire de l'Allier apparaît faiblement coordonné entre les acteurs de la filière alcoolologie, en particulier la synergie entre les sites (Montluçon, Moulins-Yzeure, Vichy) et les modalités de prise en charge (hospitalisation temps plein et temps partiel, ambulatoire, SSR).

Ces différents aspects doivent être précisés pour améliorer la fonctionnalité de la filière sur le territoire du GHT.

L'articulation entre les soins somatiques et les soins psychiatriques pour ces patients pourront être également précisés et formalisés en vue de fluidifier le parcours patient.

Urgences

La prise en charge des patients psychiatriques aux urgences s'organise de façon relativement satisfaisante dans l'Allier sur les différents sites.

Dans le Puy-de-Dôme, le dispositif psychiatrique au sein du SAU du CHU remplit son rôle avec une activité soutenue pour l'agglomération Clermontoise, mais la convention mise en place entre le CHU et l'ESPIC Ste Marie, ne donne pas pleine satisfaction en termes de fluidité. Les modalités d'harmonisation des prises en charge et de coordination entre les acteurs pourront être précisées.

Pour le CH de Thiers, le dispositif d'Urgence Psychiatrique reste fragile du fait de la taille de l'équipe médicale.

Des modalités opérationnelles de collaboration avec le SAU du CHU et le service d'accueil de l'ESPIC Ste Marie doivent être étudiées au sein du groupe de travail pour soutenir cette activité.

Le recours à l'hospitalisation sous contrainte pourra être étudié, afin d'assurer une utilisation pertinente à ces procédures dans l'ensemble du territoire. Le degré de recours à ce type d'hospitalisations est notamment lié à l'évaluation d'amont (par exemple en soin primaire), mais aussi à l'évaluation psychiatrique lors de l'admission aux urgences. **Le groupe de travail pourra chercher à identifier des modalités d'optimisation de ces évaluations.**

Gérontopsychiatrie

Les protocoles d'adressage entre les services somatiques et psychiatriques doivent être précisés et formalisés afin d'améliorer la qualité des parcours patient.

Cette structuration permettra une plus grande lisibilité de l'offre et des articulations entre les acteurs de la prise en charge.

La définition de la gérontopsychiatrie au regard des indications et de ses frontières avec la neurologie et la gériatrie doit être précisée. Les rôles de ces 3 disciplines définis dans la prise en charge de la personne âgée au niveau national, doivent être déclinés de façon opérationnelle au sein des établissements du GHT, mais aussi entre les établissements.

Pédopsychiatrie

Les six intersecteurs du territoire font face à une pénurie médicale ayant un impact sur l'accès aux soins.

L'absence de référent universitaire au CHU de Clermont Ferrand contribue à limiter le dynamisme de la filière et la coordination entre les acteurs.

Des stratégies de collaboration entre intersecteurs de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, au sein du GHT pourront être décrites. Elles pourront porter sur la prise en charge des populations spécifiques (adolescents présentant des troubles du comportement, enfants souffrant de pathologie du spectre autistique...), ou le développement de techniques spécifiques.

Le groupe de travail pourra préciser les modalités d'articulation de ces prises en charge avec la médecine somatique, et notamment la pédiatrie.

L'articulation avec les services de psychiatrie d'Adulte pour la prise en charge des troubles de la périnatalité doit être précisée pour être optimisée.

Autres

- TCA : Le parcours des patient(e)s présentant des troubles des conduites alimentaires pourra être décrit dans le cadre des travaux du GHT, afin d'améliorer leur prise en charge. Trois centres de référence ont d'ores et déjà été financés en région Rhône-Alpes en 2015 (avant la création de la région AuRA). Le CHU a initié un projet pluridisciplinaire de structure d'évaluation et de soin, présenté à l'ARS en 2016, visant à optimiser le parcours patient. Cette dynamique pourrait être élargie au territoire du GHT.
- **Réhabilitation psychosociale qui fait l'objet d'un développement dans le projet régional de santé (2^{ème} version) doit absolument être développée dans le projet médical partagé. L'EPRS 2 prévoit en effet la labellisation d'un centre ressource réhabilitation par département.**

Le groupe de travail doit évaluer les possibilités et modalités de cette évolution.

Les autres structures spécifiques au sein du GHT (Centres ressources, Centres Experts, ...) doivent voir leur positionnement et leur articulation avec les différentes structures du GHT précisés.

d. Développement de la formation et de la recherche

Gestion de la formation des internes

La fidélisation des internes et l'identification précoce de leurs projets professionnels doit permettre une meilleure adéquation de leur formation avec les besoins de santé de la population.

La qualité de l'encadrement des internes lors de leurs stages dans les différents services de psychiatrie des établissements du GHT est déterminante pour que ces jeunes praticiens puissent envisager de s'installer sur le territoire du GHT.

Les possibilités d'optimisation des modalités d'encadrement dans les terrains de stage du GHT, notamment au regard des effectifs d'encadrement, afin de garantir une formation initiale de qualité, doivent être identifiées.

Participation de l'ensemble des services de Psychiatrie du GHT à des projets de recherche et Formation continue

La mise en place du GHT devra permettre l'implication des praticiens des CH non Universitaires du GHT dans des projets de recherche (notamment développés au CHU), en vue d'améliorer l'attractivité des parcours professionnels au sein du GHT. L'ouverture de telles opportunités ainsi qu'une réflexion coordonnée sur les modalités de renforcement de la formation continue apparaissent comme des leviers importants à disposition du GHT pour pérenniser son socle de compétences et de praticiens.

Un cadre opérationnel à ces perspectives, prenant en compte la réalité de la pratique clinique dans les différents services de psychiatrie du GHT doit être défini.

3. Modalités d'évolution de la filière

a. Constitution de la filière Santé Mentale

Conception d'une ou deux CPT

Cohérence avec le Projet Régional de Santé

Inclusion de l'Association Hospitalière Sainte-Marie

Conception d'une ou deux CPT

L'articulation entre la ou les futures communautés psychiatriques et le GHT est complexe car leurs périmètres divergent. La CPT s'envisage à l'échelle départementale dans la mesure où le département est le cadre juridique des hospitalisations sans consentement à la demande d'un représentant de l'état et le cadre d'organisation des principales organisations médico-sociales intervenant dans le champ de la santé mentale. De plus c'est le département qui a été retenu par l'ARS AuRA, comme pertinent pour définir le territoire de démocratie sanitaire. Les travaux sur la CPT n'ont pas commencé et s'envisagent en parallèle des travaux sur le GHT.

Le groupe de travail pourra proposer la mise en œuvre de travaux visant à la création d'une ou deux CPT.

La création d'une communauté psychiatrique de territoire est le cadre vers lequel, au-delà de l'édification du PMP de santé mentale du GHT, évoluera le groupe de travail de la filière pour assurer le suivi de ce projet. Ce cadre sera étendu aux autres acteurs du champ de la santé mentale du département, tout particulièrement l'Association Hospitalière de Sainte-Marie. La réflexion s'articulera avec d'une part le GHT et d'autre part le Projet Régional en Santé Mentale.

b. Améliorer les organisations médicales

Pénurie médicale et gestion prévisionnelle des effectifs par site (anticipation des départs, des besoins, etc.)

Compétences des psychiatres (incluant les soins sous contrainte) et impact de la réforme du 3ème cycle

Pénibilité des astreintes (et rémunération) et réduction de la concurrence entre les établissements

Renforcer l'attractivité médicale du territoire

Le rôle de la recherche est fondamental pour gagner en attractivité vis-à-vis des internes, ainsi, le développement de postes (ASR) est un levier d'action efficace pour pallier les tensions sur la démographie médicale.

Au regard de la formation initiale, la mise en place de la nouvelle maquette DES implique une réorganisation majeure pour les troisième-cycles. La nouvelle maquette de formation du troisième cycle doit être élaborée en coordination avec les établissements du GHT, afin de partager les objectifs et les modalités de formation à l'échelle régionale.

Développement de la Formation Continue pour permettre le développement de compétences spécifiques des professionnels du GHT

Améliorer la concertation dans la gestion des carrières médicales afin de limiter la concurrence entre les établissements du GHT

c. Renforcer la réponse aux besoins de santé

Articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques au sein du GHT

Parcours patients spécifiques : grands adolescents, pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, urgences et crises, addictologie, trouble de l'alimentation et hospitalisation sous contrainte

Améliorer la prise en charge en urgence

Leviers possibles :

- Améliorer la formation des intervenants afin d'accroître la qualité de prise en charge ;
- Harmoniser les pratiques, notamment en matière de soins sans consentement afin de limiter autant que possible ce type d'hospitalisation et le recours au motif de péril imminent ;
- Préciser les conventions existantes entre Centres Hospitaliers Généraux du GHT et services de psychiatrie afin de mieux coordonner la prise en charge en urgence ;
- Promouvoir la reconnaissance de la place de la psychiatrie dans les différents dispositifs d'urgence du territoire ;
- Analyser les mutualisations de moyens envisageables.

Faciliter l'accès aux soins d'addictologie

La filière interagit avec de nombreuses spécialités tant sanitaires que médico-sociales. Les collaborations dans le cadre du GHT devront permettre une réflexion quant à la structuration de l'offre. En outre, la démographie médicale très limitée en addictologie est une problématique à laquelle le projet médical partagé doit chercher des pistes de solution.

Leviers d'action envisageables :

- La réalisation d'un état des lieux complet de la filière, ne reposant pas exclusivement sur le PMSI, afin de permettre une meilleure lisibilité de l'offre et des enjeux de la filière addictologie ;
- L'intégration de données sur les patients utilisant des substances illicites afin de porter une attention spécifique à ces patients ;
- L'amélioration de l'articulation entre la prise en charge ambulatoire et le secteur médico-social ;
- L'amélioration de l'identification et de la coordination des acteurs de la prise en charge, à la fois au niveau des points d'entrée du système de santé et des parcours patient.

Un projet de création d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) au Centre Jean Perrin a par ailleurs été déposée récemment. Cette équipe serait constituée sous la forme d'une unité

fonctionnelle du Pole de Psychiatrie du CHU, intégrée au Pôle de Référence en Addictologie, placée sous la responsabilité du Pr G Brousse. Le travail de l'équipe se déclinerait sous plusieurs aspects :

- une mission de soins auprès des patients ;
- une mission de formation auprès des équipes ;
- une mission de soin auprès des équipes.

Développer la prise en charge de la pédopsychiatrie

Périnatalité et petite enfance <3ans :

- Construire une filière spécifique pour les patientes en situation de précarité et / ou d'addiction
- Identifier des lits dédiés aux patientes nécessitant des interventions pluri professionnelles
- Développer une offre d'hospitalisation de jour pour troubles des interactions et dépression post partum

3 à 6 ans :

- Faciliter l'établissement de bilans pluridisciplinaires conjoints et rapides
- Améliorer les liens directs avec la pédiatrie du CHU pour l'établissement de bilans étiologiques dans le cadre de retards globaux

6 à 12 ans :

- Améliorer l'adressage
- Fluidifier le parcours patient notamment par l'articulation entre services psychiatriques et somatiques

Adolescents :

- Mettre en avant le rôle de la Maison des adolescents dans la prise en charge
- Réduction des délais (consultations) et amélioration de l'accès à l'hospitalisation complète
- Développer les alternatives à l'hospitalisation complète
- Formaliser des partenariats et articulations avec les partenaires
- Développer les prises en charges plus intensives (groupales)
- Améliorer la lisibilité et la coordination de l'offre
- Renforcer l'attractivité
- Elaborer un projet autour de l'autisme

Améliorer la prise en charge somatique des patients de la filière santé mentale

- Renforcer l'articulation entre prise en charge psychiatrique et services de médecine somatique dans les établissements du GHT ;
- Améliorer le dépistage des patients à risque ;
- Renforcer l'évaluation métabolique et cardio-vasculaire ;
- Prévenir et repérer plus précocement les pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques graves et chroniques (avec délimitation des pathologies concernées) – recommandation de bonne pratique HAS ;
- Améliorer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques graves et chroniques, en ambulatoire, durant et après les hospitalisations en psychiatrie, lors de leur accueil en structure spécifique d'hébergement – recommandation de bonne pratique HAS ;
- Améliorer l'accompagnement des patients souffrant de ces pathologies dans le quotidien et au long terme – recommandation de bonne pratique HAS.

d. Structurer l'offre et les modalités de prise en charge

Développement et réorganisation de filières (ambulatoire, soins sous contrainte, etc.) à moyens constants

Mise en adéquation entre l'offre et ce qu'on peut supporter au regard des effectifs, notamment pour le devenir de Thiers

Développer l'ambulatoire

Afin de limiter les recours à l'hospitalisation et de favoriser le « virage ambulatoire », il est souhaitable d'améliorer l'accessibilité aux soins par l'extension des horaires d'ouverture des CMP. Pour atteindre cet objectif, il conviendra de renforcer les effectifs médicaux, soignants et de psychologues en extrahospitalier.

Réorganiser la filière soins sous contrainte

4. Priorités d'action et calendrier de mise en œuvre

	Projet	Objectif	Plan d'action et calendrier
1	Constitution de la filière santé mentale	Améliorer la coordination de la santé mentale sur le territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Conception d'une ou deux CPT → Automne 2017
2	Amélioration des organisations médicales	Renforcer l'accessibilité et l'attractivité de la filière publique et assurer une offre de soins graduée et de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'attractivité médicale du territoire → A discuter - Développer les compétences des psychiatres → A discuter - Limiter la concurrence entre les établissements → A discuter
3	Renforcer la réponse aux besoins de santé	Améliorer l'articulation entre soins somatique et soins psychiatriques publics et les parcours patients spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge en urgence → A discuter - Faciliter l'accès aux soins d'addictologie → A discuter - Développer la prise en charge de pédopsychiatrie → A discuter
4	Structurer l'offre et les modalités de prise en charge	Renforcer l'accessibilité de la filière publique et assurer une offre de soins graduée et de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'ambulatoire → A discuter - Réorganiser les soins sous contrainte → A discuter

F11. Imagerie

Conformément à l'article L.6132-3 du Code de la santé publique, les établissements parties doivent organiser en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle.

1. Axe de travail n°1 : Créer un pôle inter-établissement pour le Puy-de-Dôme

Dans le département du Puy-de-Dôme, l'imagerie médicale s'est en effet structurée depuis plusieurs années autour du pôle « Imagerie » du CHU de Clermont-Ferrand. Il convient de pérenniser et de renforcer ce modèle d'organisation, en créant un pôle inter-établissement regroupant le CHU de Clermont-Ferrand et les CH de Riom, Issoire, Thiers et Ambert.

Le pôle inter-établissement aurait trois objectifs principaux :

- Maintenir une offre de proximité de qualité sur le département du Puy-de-Dôme ;
- Répondre aux enjeux liés à la démographie médicale ;
- Favoriser l'accès aux activités de recours du CHU.

La mise en place de ce pôle est cependant conditionné à :

- La mise en place d'un PACS (Picture Archiving and Communication System) commun. L'équipement installé au CHU dans les CH de Riom et d'Issoire pourrait notamment être déployé sur les CH de Thiers et d'Ambert ;
- La désignation de référents administratifs et techniques uniques, notamment sur les questions statutaires (personnels médicaux et paramédicaux) ;
- L'institution pour tous les praticiens de CH partenaires d'un temps partagé obligatoire à réaliser au CHU.

2. Axe de travail n° 2 : Mettre en place une fédération d'imagerie médicale

Au niveau du territoire Allier-Puy-de-Dôme, la constitution d'une fédération d'imagerie médicale semble opportune, avec pour objectifs :

- La gestion des ressources humaines médicales, qui suppose :
 - La formation et la répartition des internes parmi les établissements du GHT ;
 - La mise en place de postes d'assistant spécialiste partagé, notamment sur le bassin de Moulins ;
- La coordination des achats biomédicaux ;
- L'organisation du recours aux activités spécialisées du CHU de Clermont-Ferrand, notamment dans le cadre des RCP.

3. Axe de travail n°3 : S'accorder sur les investissements nécessaires pour développer la filière publique « Imagerie » sur le territoire

Les autorisations suivantes d'équipements lourds d'imagerie médicale sont soutenues par le GHT :

- 4 scanners sur le territoire :
 - CH Ambert
 - CH Vichy
 - 2 CHU de Clermont-Ferrand (CHU Gabriel Montpied et CHU Estaing)
- IRM

Priorités d'action

N°	Projet	Objectif	Plan d'action
1	Constitution d'un pôle inter-établissement CHU - ISSOIRE - RIOM - THIERS - AMBERT	Développer une organisation des ressources médicales, paramédicales, informatiques et matérielles commune	Selon étude médico-économique mise en place d'un PACS sur Thiers et Ambert Outil commun de gestion des plannings médicaux et non médicaux Partage de temps médicaux au CHU
2	Envisager une constitution d'une fédération Allier Puy de Dôme	Structurer les domaines d'expertise et d'intervention du CHU - Organiser la coopération entre les 3 plateaux -techniques de l'Allier - Faire avancer la réflexion sur la télé imagerie	Poste d'ASP avec Moulins-Yzeure

F12. Anesthésie/Réanimation/Soins intensifs

1. Anesthésie

1.1. Axe de travail n°1 : Résoudre les problèmes de démographie médicale

L'enjeu majeur de cette filière reste la démographie médicale défavorable. Celle-ci entraîne le recours à l'intérim médical et à des contrats de cliniciens, qui ne constituent pas des solutions pérennes, ni satisfaisantes en termes de qualité et de sécurité des soins, de traitement juste et équitable entre les professionnels et de bonne gestion de l'argent public.

Le groupe de travail devra donc proposer une stratégie d'attractivité médicale qui permette tout à la fois de :

- Former et de recruter de jeunes praticiens ;
- Conserver les praticiens actuellement en poste.

Une attention particulière devra être portée à l'effectif d'anesthésie pédiatrique du CHU de Clermont-Ferrand, qui doit être renforcée.

1.2. Axe de travail n°2 : Favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire

Afin de favoriser la généralisation de l'ambulatoire dans les hôpitaux publics du GHT, la filière d'anesthésie participera au développement d'innovations organisationnelles et techniques, en lien avec la filière des chirurgies, organisée autour d'une commission territoriale de la chirurgie ambulatoire.

2. Réanimation

2.1. Axe de travail n°3 : Résoudre les problèmes de démographie médicale

Le groupe de travail devra notamment réfléchir :

- Au développement de postes partagés ;
- A la mise en place de règles communes en matière de recrutement médical ;
- A l'harmonisation des protocoles de soins ;
- Et plus généralement, à l'institution d'un principe de solidarité entre les différentes équipes de réanimation présentes dans les établissements parties du GHT.

2.2. Axe de travail n°4 : Structurer le parcours de soins des patients sur le territoire

Le groupe de travail devra identifier les sous-filières de spécialité et de recours (femmes enceintes, traumatisés graves, recours aux techniques de circulation extracorporelles) et décrire les parcours patients pour chacune de ces sous-filières.

Priorités d'action

N°	Objectif du groupe de travail
1	Résoudre les problèmes de démographie médicale en anesthésie
2	Favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire
3	Résoudre les problèmes de démographie médicale en réanimation
4	Structurer le parcours de soins des patients sur le territoire

F13. Laboratoires

Conformément à l'article L.6132-3 du Code de la santé publique, les établissements parties doivent organiser en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle.

1. Axe de travail n°1 : Renforcer l'offre publique en matière de biologie médicale et d'anatomopathologie

Un nombre important d'examens de biologie médicale et d'anatomopathologie est aujourd'hui sous-traité à des laboratoires privés.

Une réflexion approfondie devra être menée par le groupe de travail, afin de parvenir à une réintégration de la gestion et de la réalisation de ces examens dans le périmètre du GHT. Cette réflexion pourra associer les GHT associés du Cantal et de la Haute-Loire.

Conformément au plan d'action de la filière F01 « Cancérologie », la centralisation du CHU de Clermont-Ferrand d'une partie de l'activité d'anatomopathologie devra être étudiée pour chaque sous-filière identifiée.

2. Axe de travail n°2 : Améliorer la gestion des ressources humaines médicales au niveau du territoire

La filière doit définir une politique commune et territorialisée de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

S'agissant des jeunes professionnels, cette politique doit notamment permettre de :

- Gérer à l'échelle du GHT les internes qui se forment à la biologie polyvalente et favoriser leur mobilité entre les centres hospitaliers du GHT ;
- Envisager une véritable politique de remplacement en utilisant la réforme du 3^{ème} cycle.

3. Axe de travail n°3 : Maintenir un niveau d'exigence élevé en matière de qualité et de sécurité des activités de laboratoires

Le groupe de travail devra préciser les moyens nécessaires pour parvenir à une harmonisation des pratiques.

Une réflexion globale devra par ailleurs être menée sur le déploiement d'une politique de certification commune devant le COFRAC, qui soit cohérente et coordonnée au niveau du GHT. La mise en place d'une équipe d'auditeurs inter-établissements doit à ce titre être envisagée et étudiée.

4. Axe de travail n°4 : Assurer l'excellence de l'offre publique en matière de biologie médicale et d'anatomopathologie

Le développement d'une offre publique de qualité sur les activités de laboratoire nécessite d'intégrer dès à présent les perspectives d'avenir des spécialités concernées.

Le projet médical partagé du GHT devra donc prévoir :

- Une réflexion partagée pour une politique d'investissement coordonnée sur les équipements liés à l'activité de laboratoire.

Le déploiement d'une recherche clinique appliquée sur tout le territoire, au travers notamment de l'intégration de patients issus des centres hospitaliers « périphériques » dans les protocoles de recherche suivis par la DRCl.

Priorités d'action

N°	Objectif du groupe de travail
1	Renforcer l'offre publique en matière de biologie médicale et d'anatomopathologie
2	Améliorer la gestion des ressources humaines médicales au niveau du territoire
3	Maintenir un niveau d'exigence élevé en matière de qualité et de sécurité des activités de laboratoires
4	Assurer l'excellence de l'offre publique en matière de biologie médicale et d'anatomopathologie

F14. Prévention

Le déploiement d'une politique de prévention et de dépistage ambitieuse au sein des hôpitaux doit constituer un axe majeur du projet médical partagé. Il s'appuie sur une approche territorialisée de la politique de prévention et de la promotion de la santé, qui se décline ensuite dans différents domaines.

1. Une approche globale de la prévention et de la promotion de la santé

Les 15 établissements du GHT entendent affirmer le rôle de l'hôpital public en tant qu'acteur de la politique de prévention (Axe n°1) et promoteur de la santé (Axe n°2), en participant à des projets innovants sur le territoire (Axe n°3).

1.1. Axe de travail n°1 : Développer les actions des établissements parties en faveur de la prévention

La politique de prévention renvoie ici à l'ensemble des mesures qui ont pour but d'éviter ou de réduire la gravité des maladies et des accidents. Les hôpitaux veilleront notamment à agir sur les trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire. Elle se situe en amont des problèmes de santé et vise à éviter leur apparition.
- La prévention secondaire. Elle vise à diminuer la gravité des problèmes de santé, notamment en les détectant précocement.
- La prévention tertiaire. Elle a pour buts d'éviter les récurrences et d'aider les personnes malades ou handicapées à vivre au mieux de leurs possibilités.

Les hôpitaux du GHT devront en ce sens agir :

- Sur leur offre de soins (vaccinations, dépistages, rééducations respiratoires, etc...). La mesure des facteurs de risque pour la santé pourrait notamment être réalisée à partir de l'évaluation de la tenue du dossier patients (IPAQSS), sur la base des premiers travaux menés en ce sens au CHU de Clermont-Ferrand.
- Sur leurs activités d'éducation pour la santé (notamment éducation thérapeutique du patient).
- En tant qu'employeur et établissement recevant du public, sur leurs actions en faveur de la préservation de l'environnement et de l'amélioration des conditions de vie des professionnels et des usagers.

1.2. Axe de travail n°2 : Positionner les hôpitaux du GHT en tant que promoteurs de la santé

La notion de promotion de la santé renvoie à une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles (modes et habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la promotion de la santé comporte trois éléments :

- Une bonne gouvernance : les implications sanitaires des décisions collectives doivent être prises en compte par les responsables politiques et administratifs.
- Des connaissances : les populations doivent acquérir les connaissances, les compétences et bénéficier des informations suffisantes pour faire les bons choix en matière de santé.
- Des villes saines : les villes ont en effet un rôle crucial à jouer dans la promotion de la santé.

Les hôpitaux du GHT doivent donc s'intégrer dans le réseau des acteurs qui œuvrent en faveur de la santé, au travers de leurs activités (éducation thérapeutique, etc...) et de leurs partenariats.

1.3. Axe de travail n°3 - Déployer une gamme d'outils pour permettre au GHT d'accomplir ses objectifs en matière de prévention et de promotion de la santé

Le groupe de travail devra notamment s'appuyer sur les projets déjà engagés par les 15 établissements publics du GHT.

1.3.1. Le projet CEPPIA

Le « Centre Expérimental de Prévention Prédicative Participative Individualisée en Auvergne » (CEPPPIA) est un projet adossé à un tryptique innovant : la médecine 4P (préventive, prédictive, personnalisée et participative), le numérique et la e-santé. Il vise à prévenir la survenue des pathologies chroniques par la mise en place de programmes individualisés de prévention proposés après une analyse des facteurs de risque des citoyens.

Le projet est issu des travaux du groupe santé du Conseil de Développement du Grand Clermont. Il est inscrit dans les projets prioritaires de la Stratégie de Spécialisation Intelligente (S3) de l'Auvergne. Il est financé par le FEDER (Fonds européen de développement régional), le Conseil Régional Auvergne-Rhône-Alpes, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, ainsi que les Ligues de lutte contre le cancer de l'Allier, du Cantal et du Puy-de-Dôme et le GIE Auvergne Thermale Qualité.

Dans ce cadre, le CHU doit assurer la réalisation d'une étude pilote (dite CEPPIA PILOTE). Elle doit permettre de démontrer l'efficacité de la mise en place de programmes de prévention personnalisés, qui seront créés et adaptés par une équipe de spécialistes interdisciplinaires du CHU de Clermont-Ferrand, en lien avec des praticiens du Centre Jean Perrin.

A la suite de cette étude pilote, et en fonction des résultats intermédiaires et finaux, le projet CEPPIA pourrait disposer d'un lieu spécifique pour développer son activité et assurer un suivi des personnes sur le long terme (dix à quinze ans).

1.3.2. Les Contrats locaux de santé

Conclus entre les collectivités territoriales et l'ARS, les Contrats locaux de santé (CLS) permettent de mobiliser les acteurs et de consolider les partenariats locaux autour d'un projet commun centré sur un territoire restreint. Ils créent ainsi des synergies pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le GHT devra renforcer son implication dans les contrats locaux de santé déjà signés et s'engager en faveur de la conclusion de nouveaux contrats pour les territoires non couverts. Le renforcement de la dimension territoriale dans la stratégie des hôpitaux publics accroît en effet leur légitimité à participer à ses partenariats globaux.

1.3.3. La santé universitaire

En raison de sa dimension universitaire, le service de santé publique du CHU de Clermont-Ferrand, dirigé par le Pr Laurent Gerbaud, est lié avec le service de santé universitaire de l'Université de Clermont-Ferrand.

Ce service, qui dispose d'antennes dans les sites universitaires de Montluçon, Moulins, Vichy, Aurillac et du Puy-en-Velay, a développé une expertise particulière, en matière de dépistage de la tuberculose, de prise en charge psychiatrique chez les étudiants, de lutte contre les addictions et d'orthoptie. Il développe également un projet de télémédecine et déploie une équipe médicale sur l'ensemble du territoire du GHT « Territoires d'Auvergne » et des GHT associés du Cantal et de la Haute-Loire.

La filière « Prévention » doit en ce sens permettre de valoriser et de développer les actions des équipes du GHT en matière de santé universitaire.

2. La traduction des objectifs du GHT dans les différents domaines de la prévention et de la promotion de la santé (axe N°4)

2.1. L'éducation thérapeutique du patient

Au sein de l'ancienne région Auvergne, le CHU de Clermont-Ferrand et les CH de Moulins, Vichy, Aurillac et le Puy-en-Velay disposent déjà d'une unité d'éducation thérapeutique du patient (UTEP). Le CH de Montluçon n'en possède pas.

L'UTEP du CHU assure par ailleurs l'animation et la coordination du réseau des UTEP d'Auvergne, ainsi que les liens avec l'université. Le réseau des UTEP organise chaque année un Forum de l'éducation thérapeutique en Auvergne. Il participe au Comité de pilotage de l'éducation thérapeutique en Auvergne.

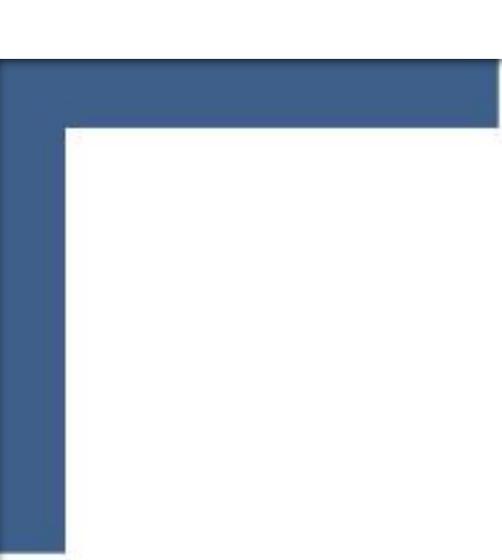
Si la coordination des UTEP au niveau régional (ancienne région Auvergne et région Auvergne-Rhône-Alpes) ne saurait être remise en cause, le GHT doit favoriser le développement des activités d'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire et des hôpitaux publics.

2.2. Autres domaines à promouvoir

- **Vaccination**
- **Prévention bucco-dentaire**
- **Prévention de l'obésité**
- **Prévention de la sédentarité et encouragement à l'activité physique**
- **Lutte contre la précarité**

Priorités d'action

N°	Objectif du groupe de travail
1	Développer les actions des établissements parties en faveur de la prévention
2	Positionner les hôpitaux du GHT en tant que promoteurs de la santé
3	Déployer une gamme d'outils pour permettre au GHT d'accomplir ses objectifs en matière de prévention et de promotion de la santé : CEPPPIA, CLS, santé universitaire...
4	Traduire les objectifs du GHT dans les différents domaines de la prévention et de la promotion de la santé : <ul style="list-style-type: none">• Vaccination• Prévention bucco-dentaire• Prévention de l'obésité• Prévention de la sédentarité et encouragement à l'activité physique• Lutte contre la précarité



PARTIE 3 : Plans d'action du GHT

Filière Cancérologie

N°	Projet	Objectif	Actions
1	Etudier filière/filière de la centralisation au CHU de l'anatomo-pathologie	<p>Assurer l'accès égal à l'expertise</p> <ul style="list-style-type: none"> -de la lecture anatopath classique (Histologie et IHC étendue) -des analyses complémentaires : cytogénétique, cytométrie, biologie moléculaire, congélation <p>Favoriser l'interaction entre biologistes et cliniciens pour une meilleure prise en charge des patients</p> <p>Anticiper la pénurie médicale et pérenniser le temps médical</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir l'état des lieux des contrats avec le prestataire externe - Chiffrer les besoins du GHT en nombre de praticiens, en nombre d'examen (biologie moléculaire incluse) et logistiques - Etablir un business plan
2	Renforcer le temps médical	<p>Dans un premier temps, maintenir la qualité et la sécurité des soins et dans un second temps, développer l'offre</p> <p>Augmenter l'efficacité des ressources allouées</p> <p>Anticiper la pénurie de la démographie médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identifier les praticiens spécialistes pour la chirurgie du cancer du rectum, la chirurgie de l'œsophage, la chirurgie du pancréas -Augmenter le nombre d'oncologues digestifs - Envisager du temps médical du pneumologue au CH de Thiers et au CH de Riom - Conforter le temps médical d'ORL dans l'Allier - Créer des postes d'assistant partagé pour la filière VADS - Forte interaction avec le PMP radiologie : implication, création de postes et formation des radiologues pour diagnostic, surveillance, notamment patients sous immunothérapie. - Mettre en place des consultations avancées d'oncologie au CH de Thiers, au CH d'Issoire et au CH d'Ambert -Etudier la création de postes d'infirmières coordinatrices et AMA pour les différentes filières - Renforcer et pérenniser le temps médical et de l'infirmière coordinatrice de la plateforme de préservation de la fertilité, PREFERA

N°	Projet	Objectif	Actions
3	Adapter les installations aux parcours patients territoriaux	<p>Améliorer la qualité de prise en charge</p> <p>Pallier à la défaillance de l'offre territoriale</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Développer les programmes d'éducation thérapeutique -Développer un HDJ au CHU pour réaliser les bilans d'extensions et les consultations pour la filière VADS et pour la cancérologie thoracique. - Identifier un centre spécialisé SSR pour des patients trachéotomisés et ayant des problèmes de phonations et déglutition et pour les patients métastasés. -Améliorer l'adressage des patients vers la radiothérapie du CH Moulins Yzeure -Améliorer l'adressage des patients du CH Moulins Yzeure vers le CH de Vichy et le CH Montluçon pour la chirurgie mammaire -Promouvoir le dispositif PREFERA dans les parcours Adolescent/ Jeune adulte et organiser le suivi à long terme -Favoriser le développement de protocoles sur l'ensemble du GHT permettre aux malades l'accès aux traitements et/ou stratégies innovantes
4	Création d'une USP Nord Auvergne	L'USP vichyssoise aurait vocation à couvrir le nord du territoire du GHT et s'inscrirait dans un partenariat avec les autres centres hospitaliers du département de l'Allier.	
5	Améliorer le diagnostic du cancer	<p>Rationaliser les moyens pour accélérer le dépistage</p> <p>Assurer l'accès égal aux soins</p> <p>Améliorer les délais d'attente</p> <p>Eviter la fuite des patients vers le secteur privé</p> <p>Organiser une prise en charge rapide et coordonnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser une formation commune pour les filières techniques - Spécialiser les établissements de l'Allier pour le diagnostic d'imagerie ORL - Développer la bronchoscopie dans les établissements périphériques frontaliers au GHT - Organisation de la fibroscopie du cancer du poumon : Etudier la centralisation des moyens au CH Vichy et au CHU. - Renforcer des examens de tomodensitométrie et de l'IRM pour l'ensemble de la et notamment la cancérologie digestive. Cf PMP imagerie

N°	Projet	Objectif	Actions
			<ul style="list-style-type: none"> -Améliorer l'accès à l'endoscopie digestive haute et basse au CHU, au CH de Montluçon notamment. - Développer la mammographie publique dans l'Allier et dans le Puy-de-Dôme.
6	Créer la filière Adolescents/Jeunes adultes	Homogénéiser la prise en charge de la population âgée de 16 à 24 ans en assurant la participation d'un pédiatre dans sa prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> -Identifier clairement le parcours patients -Identifier les lits dédiés -Créer une équipe mobile territoriale pour encadrer les médecins libéraux -Mettre en place un RCP commun avec la participation des oncologues et des pédiatres -Formaliser le réseau des spécialistes
7	Identifier les nouveaux parcours patients pour les cancers gynécologiques	Privilégier la prise en charge de proximité chaque fois que le plateau technique le permet	<ul style="list-style-type: none"> -Repartir les établissements GHT selon les niveaux du plateau technique -Organiser une RCP commune pour mieux adresser les patients vers la structure adaptée de proximité
8	Améliorer la relation ville/hôpital	Faciliter la rentrée des patients dans le circuit des soins hospitaliers Améliorer la lisibilité des filières	-Identifier les numéros uniques par filière cancérologique et par centre de prise en charge pour faciliter la prise en contact rapide et coordonné
9	Réorganisation des unités d'oncologie médicale et hématologie clinique	Pallier la faible démographie médicale Libérer le temps d'expertise des spécialistes pour assurer qualité, sécurité et développement Afficher une lisibilité des activités pour chaque établissement Mettre à disposition du temps médical dans les établissements du GHT, sans déséquilibrer les	<ul style="list-style-type: none"> -Au CHU : création d'une unité d'oncologie médicale et réorganisation des hôpitaux de jours dédiés à l'hématologie et à la cancérologie - Dans les CHG de Vichy, Moulins et Montluçon : concentrer l'activité des spécialistes oncologues et hématologues sur les activités Hôpital de Jour, Consultation, Veille Biologiques, RCP et recherche clinique.

N°	Projet	Objectif	Actions
		structures (notamment CHU) qui mettent à disposition ce temps médical	<p>- Dans les CHG de Vichy, Moulins et Montluçon : identifier structures médicales dédiées à l'hospitalisation (non ambulatoire) des patients en relation avec les spécialistes d'oncologie et d'hématologie et soins de support, conformément à un règlement intérieur.</p> <p>- Identifier les besoins et créer une équipe médicale de territoire permettant de soutenir les activités ambulatoire médicale d'oncologie et hématologie dans les CHG</p>
10	Créer une fédération de cancérologie	Structurer juridiquement les règles de gestion des personnels médicaux (rémunération des praticiens), et l'organisation des services, filière par filière, avec définition des activités cibles site à site avec un niveau de qualité garanti	Exemple de l'hématologie et de l'oncologie : modèles organisationnels à définir entre services d'HC dédié, avec consultations et Hôpital de jour, plus consommateur de temps Hémato- Onco et activité d'HC intégré à un service de médecine polyvalente, sous conditions d'un certain niveau de compétences médicales et paramédicales

Filière Urgences/SAMU/SMUR

	Projet	Objectif	Plan d'action et calendrier
1	Mise en place d'une FMIH	<p>Cette fédération aura trois objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'harmonisation des pratiques RH et médicales entre les sites ; - La coordination autour de la formation (initiale ou continue) ; - Le dialogue entre les structures de même spécialité (notamment entre les deux SAMU) <p>Ainsi, la fédération devrait améliorer la coordination publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attractivité médicale ; - Gouvernance et partenariats ; - Formation, initiale et continue ; - Mutualisation des moyens. <p>Elle travaillera notamment à l'élaboration d'un plan de gestion de crise des ressources médicales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'une convention constitutive de FMIH ➔ Finalisation entre le 1/11/17 et le 1 /1/18, Collège des chefs de service - Nomination du coordonnateur de la FMIH ➔ Automne 2017, Collège de la FMIH - Permettre un meilleur partage de la pénibilité par la réalisation de temps additionnels au sein du GHT avec des conditions salariales plus attractives ➔ Été 2017
2	Harmonisation des pratiques RH	Renforcer l'attractivité médicale par l'amélioration et l'uniformisation des conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Application uniforme des 39h à rechercher dans le cadre d'une étude médico-économique prenant en compte les conséquences financière et organisationnelles de cette application et la réforme du financement des Urgences - SMUR. Responsable de l'étude : Dr STORME, Mr ROQUET, Mr VIDAL. - Partage de l'information sur le recrutement d'intérimaires ; - Clarification des fiches de poste et de la définition des « urgences hospitalières »

	Projet	Objectif	Plan d'action et calendrier
3	Mise en place d'un parcours de formation continue	Améliorer la qualité de l'offre médicale : <ul style="list-style-type: none"> - Travail sur le maintien de compétences, notamment grâce à la salle de simulation du CHU ; - Harmonisation des pratiques et convergence des protocoles ; - Développement d'une culture commune entre les sites 	- A partir de l'automne 2017
4	Intégration d'Issoire au pôle inter-établissement CHU-Riom	Améliorer la gouvernance territoriale et la coordination des ressources humaines	Projet en cours
5	Mise en place d'un SMUR pédiatrique		
6	Médicalisation de l'héliSMUR	Améliorer la réponse aux besoins de santé du territoire et améliorer la qualité de prise en charge	A partir de septembre 2017
7	Uniformisation des outils informatiques	Faciliter et renforcer la collaboration entre les sites, renforcer la formation continue et le partage de bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'outils interopérables <ul style="list-style-type: none"> → En lien avec le groupe SI du GHT - Sécurisation du partage de données <ul style="list-style-type: none"> → En lien avec le groupe SI du GHT

Filière Femme et Enfant

	Enjeu	Projet	Objectifs	Action et calendrier
1	Développer la recherche clinique et scientifique à l'échelle du GHT	Développement de projets cliniques et scientifiques pour les filières obstétrique, pédiatrie et gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> • Elargir les données de cohorte des protocoles de recherche • Renforcer l'attractivité médicale des établissements de proximité en augmentant leur participation à des projets de recherche cliniques et scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir un accès à la bibliographie pour l'ensemble des établissements du GHT <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2017 • Mettre en place un système portage collectif de la recherche <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2018
2		Mettre en place d'un centre de simulation en néonatalogie accessible aux établissements du GHT	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le niveau de compétences au sein du GHT à travers la formation continue des médecins • Harmoniser les pratiques médicales • Améliorer la qualité de prise en charge des patients sur le GHT 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat avec le Réseau de santé en périnatalité pour les investissements de matériel : <ul style="list-style-type: none"> ◦ déjà engagé • Acquérir des simulateurs pour le transport des grands prématurés <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2018 • Définir un modèle économique à l'échelle du GHT pour la maintenance des appareils <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2017
3	Structuration de l'offre sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins du territoire	Renforcement des capacités en néonatalogie sur le territoire : lits de soins intensifs (niveau 2B)	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les capacités globales de lits de niveau 2B • Renforcement d'une offre de proximité • Favoriser l'attractivité médicale des CH 	<p>2 options existent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • renforcer le nombre de lits au CHU Estaing (à travers la création ou la révision de la répartition de lits entre le CHU et la Chataigneraie) • renforcer les capacités d'un site de proximité, tout en assurant les ressources médicales nécessaires pour faire face à l'augmentation des capacités.

	Enjeu	Projet	Objectifs	Action et calendrier
			<ul style="list-style-type: none"> Désengorgement du service de néonatalogie du CHU 	<p><i>Une étude médico-économique sera établie dans le cadre de la Fédération « Femme et Enfant ». Le projet sera étudié en rapport avec la création d'une HAD néonatale.</i></p> <p>Dépôt d'une demande à l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2018
4		Mettre en place une HAD commune périnatale sur le Puy-de-Dôme et une autre sur l'Allier	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la lisibilité de l'offre Fluidifier les parcours patients Optimiser les ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Etude pour définir le dimensionnement nécessaire <ul style="list-style-type: none"> o 2018 Déposer une demande pour le regroupement des HAD <ul style="list-style-type: none"> o 2018 <p><i>Une étude médico-économique sera établie dans le cadre de la Fédération « Femme et Enfant ». Le projet sera étudié en rapport avec le renforcement des lits de soins intensifs en néonatalogie (niveau 2B).</i></p>
5		Consolider l'activité de chirurgie pédiatrique de recours au sein du GHT	<ul style="list-style-type: none"> Structurer l'offre déjà existante Conforter la position du CHU comme centre de recours pour l'anesthésie et la chirurgie pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer et stabiliser les équipes d'anesthésistes pédiatriques au CHU <ul style="list-style-type: none"> o Dès 2017 Conforter l'activité de chirurgie pédiatrique du CHU <ul style="list-style-type: none"> o Dès 2017
6	Renforcer la collaboration pour une gestion et planification des ressources	Mettre en place une Fédération Médicale Inter-Hospitalière pour la filière femmes-enfants	<ul style="list-style-type: none"> Fluidifier la gestion des ressources humaines à l'échelle du territoire et faciliter la gestion des difficultés liées à la pénurie médicale dans l'ensemble des sites du 	<ul style="list-style-type: none"> Rédiger la convention de FMIH <ul style="list-style-type: none"> o Eté 2017 Nomination d'un coordonnateur <ul style="list-style-type: none"> o Automne 2017 Définition d'un cahier des charges précisant :

	Enjeu	Projet	Objectifs	Action et calendrier
	médicales à l'échelle du GHT		<p>territoire à travers la mise en place de temps partagés ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permettre un meilleur partage de la pénibilité entre les sites en permettant la mobilité • Favoriser la formation continue et améliorer ainsi la qualité des soins • Développer la confiance entre les équipes médicales et l'adoption de protocoles communs 	<ul style="list-style-type: none"> ○ pratiques de recrutements, RH et de formation continue communes ; ○ une politique d'image commune au GHT ; ○ une réflexion quant à la maquette des internes et aux parcours des médecins ; ○ 2017 - 2018 • Réunions (en visioconférence) une à deux fois par an pour coordonner la gestion des ressources humaines sur le territoire. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dès 2018
7		Mettre en place d'une politique de formation permettant une meilleure planification des compétences médicales au sein de la filière gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer des compétences chirurgicales nécessaires sur le GHT • Renforcer la prise en charge de proximité et améliorer la qualité de prise en charge des patientes • Harmoniser les pratiques et faciliter le remplacement de praticiens 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les besoins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Eté 2017 • Définition de protocoles communs concernant les prises en charge médicales et chirurgicales <ul style="list-style-type: none"> ○ Hiver 2017 • Mettre en place un plan de formations commun et stages de « remises à niveau » pour certaines techniques <ul style="list-style-type: none"> ○ 2018
8		Mettre en place un Pôle Inter-Etablissement entre les maternités du CHU, du CH d'Issoire et du CH de Thiers	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une gestion homogène des ressources (humaines et matérielles) • Renforcer l'activité des maternités de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une gestion homogène et centralisée de l'organisation des 3 maternités publiques du Puy de Dôme dans le cadre d'un pôle inter-établissement.

	Enjeu	Projet	Objectifs	Action et calendrier
			en diffusant l'attractivité du CHU	

Filière Cardiologie

	Projet	Objectif	Plan d'action et calendrier
1	Mise en place d'une FMIH	<p>Cette fédération aura trois objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre une meilleure gestion des ressources humaines (formation initiale et adéquation entre les postes disponibles et les profils des internes, formation continue, mobilité facilitée pour harmoniser les pratiques et limiter le recours à l'intérim) ; - Organiser des parcours patients gradués dans le cadre d'une stratégie basée sur la préférence publique ; notamment amélioration du recours au plateau chirurgical de CCV du CHU. - Faciliter la diffusion de la recherche et l'adoption de pratiques professionnelles innovantes (harmonisation des pratiques, participation de l'ensemble des praticiens volontaires aux projets scientifiques et de recherche clinique, thèses multi-centrées, développement de la télémédecine). <p>Ainsi, la fédération devrait améliorer la coordination publique des soins de cardiologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attractivité médicale ; - Gouvernance et partenariats ; - Qualité des parcours patient ; - Mutualisation des moyens ; - Renforcement des relations avec la filière de gériatrie ; - Développement de la filière de soins liée à l'insuffisance cardiaque en lien avec Cardiauvergne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'une convention constitutive de FMIH ➔ Eté 2017, Collège des chefs de service et consultants - Nomination du coordonnateur de la FMIH ➔ Automne 2017, Collège de la FMIH - Convocation des réunions trimestrielles de concertation ➔ Eté 2017, référent universitaire - Etablir un cahier des charges pour la validation des stages ➔ 2017-2018, référent universitaire et FMIH - Etudier les évolutions possibles du GCS de l'Allier ➔ 2018-2019, Collège de FMIH - Etablir des partenariats et formaliser les parcours patients en rééducation en lien avec la clinique Durtol ➔ Année 2018, coordonnateur de la FMIH et Collège de la FMIH

	Projet	Objectif	Plan d'action et calendrier
2	Améliorer la lisibilité des besoins prospectifs	Avoir une vision prospective des évolutions nécessaires et anticiper les investissements en moyens humains ou matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Etudier par établissement les tendances d'évolution des besoins de santé ➔ Action continue, Collège de la FMIH et DIM de territoire - Identifier les besoins en ressources humaines ➔ Action continue, Collège de la FMIH
3	Adopter des outils informatiques adaptés	Faciliter et renforcer la collaboration entre les sites, renforcer la formation continue et le partage de bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un plan d'équipement en vue du déploiement des outils de télésurveillance et télémedecine ➔ En lien avec le groupe SI du GHT - Mise en place d'outils interopérables ➔ En lien avec le groupe SI du GHT - Sécurisation du partage de données ➔ En lien avec le groupe SI du GHT
4	Améliorer la lisibilité des parcours patients	Renforcer l'accessibilité et l'attractivité de la filière publique et assurer une offre de soins graduée et de qualité.	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des parcours patient et d'un binôme de référents par parcours ➔ Été 2017, collège de la FMIH - Etudier les parcours patients actuels et clarifier les évolutions souhaitables ➔ Automne 2017, Collège de la FMIH et DIM de territoire - Rédiger des protocoles par parcours et assurer leur mise en œuvre dans l'ensemble des sites ➔ A partir de 2018, Collège de la FMIH - Clarifier les zones de recrutement par établissement et renforcer la coordination avec les SAMU ➔ Année 2018, Collèges des FMIH Cardiologie et Urgences
5	Créer une unité de télécardiologie pour le suivi des patients implantés de prothèse	<p>Ce projet répond à une triple obligation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sanitaire (diminution majeure de l'expertise médicale dans ce domaine très précis empêchant un suivi en total sécurité de nos patients), • clinique, • financière (de nombreuses études ont mis en évidence le bénéfice médico-économique de ce type 	

	Projet	Objectif	Plan d'action et calendrier
		de suivi en comparaison à un suivi par consultation en face à face).	
6	Ouvrir une 3ème salle de rythmologie dédiée aux techniques ablatives	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins de la population et développer l'activité du CHU en matière d'interventions d'ablations complexes • Permettre aux praticiens des CH de Vichy et Moulins de réaliser des interventions au CHU 	Un certain nombre d'éléments constitue des pré-requis indispensable pour le déploiement de cette nouvelle salle : équipement, personnel paramédical et médical cardiologique et anesthésique

Filière Pharmacie / Stérilisation

N°	Projet	Objectif	Action
1	Etablir le livret thérapeutique commun	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place avant 2020 une base unique des dispositifs médicaux et des médicaments pour homogénéiser la prescription sur le territoire et ainsi offrir à la population l'accès égal aux soins de qualité - Faciliter le travail en commun 	<p>Etablir le livret thérapeutique commun par familles des médicaments :</p> <p>→ Première étape : 01/2017 -11/2017 champs : cardio/hémato, antalgiques et antibiotiques</p> <p>→ Deuxième étape : 01/2018 -11/2018 Champs : psychiatrie/neuro, digestif/endocrino, maladies métaboliques</p> <p>→ Troisième étape : 01/2019-11/2019 Champs : autres familles</p>
2	Adhérer au même groupement d'achat	<ul style="list-style-type: none"> -Harmoniser les prix d'achat pour dégager l'économie - Faciliter la collaboration entre les sites relative à la gestion des stocks et l'harmonisation des bonnes pratiques d'usage 	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer benchmark entre les deux groupements d'achat - Préparer le transfert administratif des établissements vers le même groupement
3	Etudier la mise en place des PUI de pays	<ul style="list-style-type: none"> -Avoir une organisation territoriale commune pour faciliter la gestion logistique, des ressources humaines et administratives - Développer la conciliation médicamenteuse Ville-Hôpital. CBUM, CAQOS 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux des besoins

N°	Projet	Objectif	Action
			<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les critères pour identifier les sites de support et leurs périmètres d'intervention -Etablir une stratégie logistique -Chiffrer le besoin en investissement
4.	Mettre en place une convention prêt-emprunt pour des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser la gestion du stock des médicaments et des dispositifs médicaux en limitant leur immobilisation - Faciliter le travail administratif au CHU lié à la gestion des prêts 	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir la liste des médicaments faisant objet de la convention -Déterminer les modalités de recours (déjà fait) -Rédiger la convention
5	Mettre en place la politique commune de la lutte contre la péremption des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> -Limiter le gaspillage relatif à la péremption des médicaments - Contribuer au développement durable 	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les besoins -Faire l'analyse des solutions existantes sur le marché -Arbitrer le choix de la solution technique
6	Déterminer le schéma SI cible	<ul style="list-style-type: none"> -Encadrer les futurs choix des logiciels pour éviter la dépense inefficace -Converger progressivement les outils de communication ayant comme la priorité absolue le transfert du dossier patient pharmaceutique pour améliorer la prise en charge des patients 	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir la cartographie des logiciels (déjà fait) -Faire une comparaison des logiciels -Arbitrer le schéma SI cible

N°	Projet	Objectif	Action
7	Mettre en place une convention pour le fonctionnement en mode dégradé pour la stérilisation	Assurer la continuité de la production dans le cas d'un imprévu	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les modalités - Rédiger la convention
8	Développer la pharmacie clinique	<ul style="list-style-type: none"> -Rendre l'expertise accessible au large public -Complexifier le parcours patient en lui offrant une meilleure prise en charge -Améliorer les compétences de la communauté pharmaceutiques du GHT 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire l'état des lieux - Etablir la cartographie des besoins et des moyens -Chiffrer le besoin en investissement - Généraliser les bonnes pratiques - Etablir un plan du développement d'activités de la pharmacie clinique au niveau du GHT
9	Généraliser la pratique plein-vidé dans les services	Sécuriser la dispensation des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> -Faire état des lieux -Identifier les besoins - Chiffrer les besoins en investissement -Former le personnel -Mettre en œuvre la pratique plein-vidé

N°	Projet	Objectif	Action
10	Généraliser le dispositif de l'armoire de sécurité dans les petites PUI	Sécuriser la dispensation des médicaments en limitant le recours à la pharmacie où la permanence de soins n'est pas assurée sur place	<ul style="list-style-type: none"> -Faire état des lieux -Identifier les besoins - Chiffrer les besoins en investissement -Former le personnel -Mettre en place les armoires de sécurité
11	Créer une fédération des Pharmacies du GHT	Structurer juridiquement le travail collaboratif entamé depuis maintenant un an afin de faire face à l'évolution du plan d'action, et notamment envisager différents niveaux d'intégration en lien avec le projet logistique (possibilité d'un pôle Puy de Dôme)	

Filière Chirurgies

N°	Projet	Objectif	Actions
1	Mettre en place une commission territoriale de la chirurgie ambulatoire	<p>Partager les innovations validées dans un des centres Pour lutter contre les disparités territoriales au sein du département, le GHT doit assurer à chaque patient un parcours thérapeutique innovant de haute qualité</p> <p>Exemple : Homogénéiser la pratique de la récupération améliorée après chirurgie (CAAP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créer des staffs communs par téléconférence -Rédiger des notes de bonne pratique - Former le personnel -Mettre en place des pratiques innovantes
2	Développer l'HAD	<ul style="list-style-type: none"> -Favoriser le développement de l'ambulatoire - Permettre aux patients un retour rapide dans leur domicile pour une convalescence plus rapide - Dans le cas de la politique de la prise en charge des personnes âgées, permettre un retour rapide dans les repères spatio-temporels pour éviter au maximum des troubles 	<ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser les pratiques - Développer des fonctions support : secrétariat, assistant social...
3	Lever les pratiques opposées au développement de l'ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> -S'engager à ce que les malades pris en charge dans un des établissements puissent être accueillis, en cas de problème après leur départ, dans tout établissement du GHT disposant d'un service d'urgence. -Inscrire dans les programmes de formation initiale et continue le développement de l'ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir des protocoles de bonne pratique -Informier le personnel -Mettre en œuvre la nouvelle politique
4	Expertiser la création des pôles inter - établissements de chirurgie orthopédique	Pour assurer la couverture médico-chirurgicale du territoire avec des moyens limités, la possibilité de mutualisation organisationnelle doit être étudiée	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir l'état des lieux

N°	Projet	Objectif	Actions
	et de chirurgie viscérale dans le département Puy de Dôme		<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer des critères de l'expertise - Etablir un business plan -Arbitrer le choix de la future organisation
5	Expertiser la PDSES dans le département Puy de Dôme	Optimiser la permanence des soins par rapport à la nouvelle organisation en pôles inter-établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Quantifier l'activité nocturne des sites - Récupérer le coût réel de la permanence des sites - Arbitrer la nouvelle organisation de la PDSES
6	Créer la coordination des affaires médicales du GHT	<ul style="list-style-type: none"> -Assurer un recrutement de qualité principalement issu de l'internat du CHU -Donner la lisibilité aux besoins en temps médical sur le territoire -Favoriser la création des postes partagés pour augmenter l'attractivité du recrutement - Renforcer le lien entre les établissements et le CHU 	<ul style="list-style-type: none"> - Etudier la mutualisation de la gestion des affaires médicales -Etudier la création d'un poste de coordinateur territorial des affaires médicales - Arbitrer le choix de la future organisation

Filière Gériatrie

N°	Projet	Objectif	Actions
1	Maintenir les équipes gériatriques	<ul style="list-style-type: none"> -Mettre en place une politique de recrutement qui permettra de compenser les départs à la retraite et l'activité en hausse dû à la démographie de la population locale -Assurer la qualité et la sécurité de l'offre tout en préservant la proximité 	<ul style="list-style-type: none"> -Chiffrer le besoin total actuel et futur en matière de recrutement des gériatres - Définir les modalités du poste et transmettre les critères de recrutement aux directions RH
2	Travailler la conversion des lits SSR polyvalents en lits SSR gériatriques	Adapter la prise en charge aux besoins réels des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Pérenniser le temps médical de gériatrie dans les établissements GHT - Préparer le dossier pour l'ARS
3	Renforcer le temps médical des équipes mobiles gériatriques	<ul style="list-style-type: none"> -Contribuer à l'amélioration de la relation ville/hôpital -Intervenir en amont avant que l'état de santé du patient ne devienne aigu -Evaluer le besoin d'hospitalisation et préparer la rentrée et la sortie d'hospitalisation en amont 	<ul style="list-style-type: none"> - Mener une étude sur la possibilité de renforcer les EMG par des infirmières bien formées qui seront en mesure d'effectuer la première évaluation et identifier les patients nécessitant une consultation médicale de gériatre - Elaborer le syllabus de la formation et former le personnel - Diffuser le numéro des EMG auprès des acteurs médico-sociaux et de la médecine de ville
4	Créer des consultations gériatriques semi-urgentes dédiées aux EHPAD	Planifier l'hospitalisation d'un résident en amont pour rendre son parcours plus efficient	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer le temps médical pour dégager des plages d'horaire de consultation dédiées aux EHPAD -Informer les EHPAD de l'offre de consultations programmées

N°	Projet	Objectif	Actions
5	Formaliser un parcours patient gériatrique lors des passages aux urgences	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidifier le parcours patient âgé lors de son passage aux urgences - Diminuer les effets secondaires de désorientation spatio-temporelle par une prise en charge adaptée et la plus rapide possible 	<ul style="list-style-type: none"> -Organiser un sous-groupe de travail avec les urgentistes - Partager et formaliser les bonnes pratiques -Former le personnel
6	Mettre en place des Coordinations Gériatriques aidées par la télémédecine (CoGerT) pour l'ensemble du territoire du GHT	<ul style="list-style-type: none"> -Assurer la meilleure communication ville/hôpital sur le modèle des CoGerT des CH de Riom et de Vichy Assurer des conditions égales d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire -Faire bénéficier l'ensemble de la population des dispositifs médicaux innovants 	<ul style="list-style-type: none"> - Sectoriser le bassin du GHT de telle manière à ce que chaque secteur dispose d'un CSG, des consultations gériatriques et d'une unité mobile - Mettre en place un COGerT par secteur - Former les coordinateurs des CoGerT - Informer les acteurs médico-sociaux et de la ville de l'existence des CoGerT
7	Créer un poste supplémentaire de gériatre au niveau du CHU mis à disposition de tous les membres du GHT pour pallier la pénurie médicale aigüe	<ul style="list-style-type: none"> -Eviter les recours à l'intérim -Améliorer la gestion du temps médical dans les zones temporairement désertifiées 	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les modalités de la mise en disposition du temps médical - Chiffrer le besoin et transmettre les critères de recrutement à la direction RH
8	Construire une filière universitaire gériatrique	<ul style="list-style-type: none"> Pallier l'insuffisance du programme capacitaire universitaire suite au dernier changement des maquettes (formation de 3 gériatres par an uniquement par le CHU) Entretenir la démographie médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Partager l'expérience du CHU dans la préparation des dossiers de candidature avec les membres du GHT (Responsable de l'accompagnement : Dr Lahaye du CHU)

N°	Projet	Objectif	Actions
9	Construire une filière gériopsychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> -Répondre à la défaillance de l'offre locale -Désengorger les pôles gériatriques non-adaptés à la prise en charge des patients ayant des troubles cognitivo-comportementaux -Faciliter l'accès à des examens complémentaires 	<ul style="list-style-type: none"> -Identifier sur différents sites des lits HC, UCC et des places d'EHPAD adaptés à la prise en charge de ce type des patients -Créer un sous-groupe de travail avec les psychiatres pour étudier la possibilité de mise en place des pôles d'évaluation gériologique et étudier la mise en place des partenariats avec les CMRR pluridisciplinaires (gériatrie/psychiatrie/neurologie)

Filière MPR

N°	Projet	Objectifs	Actions et calendrier
1	Le développement des prises en charge ambulatoires en MPR	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité de prise en charge • Fluidifier le parcours patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'un cahier des charges commun au GHT par type de prise en charge MPR <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 • Validation des projets déposés (CHU) <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 • Mise en fonctionnement du projet d'augmentation de capacité de Nérès-les-Bains <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017-2018
2	Le développement d'équipes mobiles MPR	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité des soins • Favoriser une prise en charge de proximité • Fluidifier le parcours patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'un cahier des charges commun au GHT par type de prise en charge MPR <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 • Demande de reconnaissance du statut d'équipe extrahospitalière du CHU et du CH Nérès-les-Bains <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017-2018 • Développement de nouvelles activités de consultations au sein de structures médico-sociales <ul style="list-style-type: none"> ○ cibler les structures MS pour l'établissement de partenariats : 2018 ○ mise en place d'une nouvelle organisation pour le développement des nouvelles consultations : 2018-2019
3	Le développement d'une offre MPR gériatrique ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la réadaptation des patients âgés • Améliorer la réponse aux besoins de la population (population vieillissante) en créant une offre actuellement inexistante au sein du GHT 	<ul style="list-style-type: none"> • Attente de réponse de l'ARS quant à la demande d'augmentation des capacités ambulatoires (l'offre MPR gériatrique pourrait être assurée sur ces places additionnelles) <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017

N°	Projet	Objectifs	Actions et calendrier
			<ul style="list-style-type: none"> • Définition d'une nouvelle organisation médicale et paramédicale
4	La mutualisation de certains plateaux techniques ou compétences spécifiques au sein du GHT	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir une qualité de prise en charge égale sur le territoire du GHT 	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'un cahier des charges commun au GHT par type de prise en charge MPR <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 • Rédaction d'une convention entre établissements du GHT : <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 • Mise en œuvre du dispositif : <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 - 2018
5	La spécialisation des services de MPR	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la réponse aux besoins du territoire en termes de soins spécialisés • Renforcer la gradation de l'offre • Améliorer la lisibilité de l'offre et donc la pertinence des adressages 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins / du nombre de lits et places à spécialiser <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 • Dépôt de demandes d'autorisations <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 – 2018 • Mise en place de nouvelles organisations de travail médical et paramédical <ul style="list-style-type: none"> ○ à partir de 2018
6	La gestion et planification des ressources humaines à l'échelle du GHT	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier la gestion des ressources humaines à l'échelle du territoire et faciliter la gestion des difficultés liées à la pénurie médicale dans l'ensemble des sites du territoire ; • Permettre un meilleur partage de la pénibilité entre les sites en permettant notamment la mobilité • Favoriser la formation continue et améliorer ainsi la qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition d'une charte précisant les pratiques de recrutements, RH et de formation continue communes ; <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 - 2018 • Réunions (en visioconférence) une à deux fois par an pour coordonner la gestion des ressources humaines sur le territoire. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dès 2018
7	La mise en place d'une politique de GHT concernant la formation initiale et continue en MPR	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le niveau de compétences au sein du GHT à travers la formation continue des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir une politique de formation continue commune au GHT <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 - 2018

N°	Projet	Objectifs	Actions et calendrier
		<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser les pratiques médicales et faciliter le remplacement des praticiens / les collaborations médicales entre sites • Améliorer la qualité de prise en charge des patients sur le GHT 	<ul style="list-style-type: none"> • Engager une réflexion quant à la maquette des internes et aux parcours des médecins
8	Le développement de projets cliniques et scientifiques en MPR	<ul style="list-style-type: none"> • Elargir les données de cohorte des protocoles de recherche • Renforcer l'attractivité médicale des établissements de proximité en augmentant leur participation à des projets de recherche cliniques et scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir un accès à la bibliographie pour l'ensemble des établissements du GHT <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017 • Mettre en place un système portage collectif de la recherche <ul style="list-style-type: none"> ○ 2018
9	La création d'une offre de soins de rééducation post-réanimation (SRPR) sur le GHT	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la réponse aux besoins du territoire en développant une offre inexistante en Auvergne • Améliorer le parcours des patients cérébro-lésés, traumatisés crâniens et post-AVC sévères 	<ul style="list-style-type: none"> • Engager une étude d'opportunité et de faisabilité <ul style="list-style-type: none"> ○ 2018

Filière SSR

N°	Projet	Objectifs	Actions et calendrier
1	L'amélioration du maillage en lits SSR	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une prise en charge de proximité • Assurer l'égalité des soins à la population du GHT • Fluidifier le parcours patient (prise en charge de la phase aigüe sur un site spécialisé et adressage du patient vers les sites de proximité pour la suite du traitement). • Prendre en compte la contrainte liée à la pénurie médicale sur certains secteurs • Tenir compte des plateaux techniques disponibles sur chaque établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une étude des besoins en lits SSR par bassin (Moulins, Montluçon, Vichy, Thiers, Clermont-Ferrand) ; • Décrire le parcours patient par bassin ; • Etudier la fluidité du parcours Urgences-SSR.
2	La spécialisation de l'offre publique SSR	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'offre SSR spécialisée gériatrie pour mieux répondre aux besoins du territoire en termes de soins spécialisés pour les personnes âgées. 	
3	La fluidification de l'aval du SSR	<ul style="list-style-type: none"> • Définir clairement les circuits patients et identifier les rôles des centres SSR sur le territoire ; • Mettre en place des protocoles pour faciliter l'accès aux plateaux techniques et aux hospitalisations programmées en MCO en cas de besoin de prise en charge aigüe pour les patients des SSR ; • Faciliter la sortie des SSR dès que l'état médical du patient le permet (mise en place de protocoles de déconventionnement du SSR, renforcement des échanges avec les familles, augmentation du recours à l'HAD, et facilitation du retour à domicile) ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une étude afin d'objectiver dans quelle mesure certains séjours pourraient être réduits, en déterminant la part des séjours non entièrement justifiés sur le plan médical •

- | | | | |
|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">• Fluidifier l'adressage vers les structures médico-sociales, à travers :<ul style="list-style-type: none">○ le renforcement des liens avec les structures d'aval, notamment avec les EHPAD, les USLD et l'HAD ;○ la mise en place d'une unité mobile d'évaluation, intervenant sur les structures d'aval ;○ des repérages précoces des patients susceptibles de nécessiter un hébergement médico-social. | |
|--|--|---|--|

Filière Néphrologie

N°	Projet	Objectif	Actions
1	Renforcer l'équipe médicale de néphrologie dans l'Allier	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins de l'Allier en matière de néphrologie. • Maintenir une activité de dialyse de proximité avec des UDM et recentrer les dialyses de centre. • Redonner l'accès à la transplantation rénale pour tous les patients de l'Allier en mettant en place des consultations rapprochées, des aides à la préparation des dossiers en harmonie avec le CHU de Clermont-Ferrand • Ouvrir l'accès des patients de l'Allier à la biopsie rénale pour le diagnostic des maladies rénales 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un poste de PH-TP au CH de Vichy, en plus de la titularisation d'un praticien (+ 1 ETP + ½ ETP) pour permettre l'arrivée de 2 néphrologues. • Prendre en compte les conséquences du projet pour le CHU : <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le nombre d'inscription pour la greffe rénale au CHU de Clermont-Ferrand, - Augmenter le nombre de greffe et notamment la transplantation rénale à partir de donneur vivant qui est réalisée sur le CHU. - Développer le suivi partagé des patients en se basant sur un dossier informatique commun

Filière Psychiatrie

	Projet	Objectif	Plan d'action et calendrier
1	Constitution de la filière santé mentale	Améliorer la coordination de la santé mentale sur le territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Conception d'une ou deux CPT ➔ Automne 2017
2	Amélioration des organisations médicales	Renforcer l'accessibilité et l'attractivité de la filière publique et assurer une offre de soins graduée et de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'attractivité médicale du territoire ➔ A discuter - Développer les compétences des psychiatres ➔ A discuter - Limiter la concurrence entre les établissements ➔ A discuter
3	Renforcer la réponse aux besoins de santé	Améliorer l'articulation entre soins somatique et soins psychiatriques publics et les parcours patients spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge en urgence ➔ A discuter - Faciliter l'accès aux soins d'addictologie ➔ A discuter - Développer la prise en charge de pédopsychiatrie ➔ A discuter
4	Structurer l'offre et les modalités de prise en charge	Renforcer l'accessibilité de la filière publique et assurer une offre de soins graduée et de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'ambulatoire ➔ A discuter - Réorganiser les soins sous contrainte ➔ A discuter

Filière Imagerie

N°	Projet	Objectif	Plan d'action
1	Constitution d'un pôle inter-établissement CHU - ISSOIRE - RIOM - THIERS - AMBERT	Développer une organisation des ressources médicales, paramédicales, informatiques et matérielles commune	Selon étude médico-économique mise en place d'un PACS sur Thiers et Ambert Outil commun de gestion des plannings médicaux et non médicaux Partage de temps médicaux au CHU
2	Envisager une constitution d'une fédération Allier Puy de Dôme	Structurer les domaines d'expertise et d'intervention du CHU - Organiser la coopération entre les 3 plateaux - techniques de l'Allier - Faire avancer la réflexion sur la télé imagerie	Poste d'ASP avec Moulins-Yzeure

Filière Anesthésie/Réanimation/Soins intensifs

N°	Objectif du groupe de travail
1	Résoudre les problèmes de démographie médicale en anesthésie
2	Favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire
3	Résoudre les problèmes de démographie médicale en réanimation
4	Structurer le parcours de soins des patients sur le territoire

Filière Laboratoires

N°	Objectif du groupe de travail
1	Renforcer l'offre publique en matière de biologie médicale et d'anatomopathologie
2	Améliorer la gestion des ressources humaines médicales au niveau du territoire
3	Maintenir un niveau d'exigence élevé en matière de qualité et de sécurité des activités de laboratoires
4	Assurer l'excellence de l'offre publique en matière de biologie médicale et d'anatomopathologie

Filière Prévention

N°	Objectif du groupe de travail
1	Développer les actions des établissements parties en faveur de la prévention
2	Positionner les hôpitaux du GHT en tant que promoteurs de la santé
3	Déployer une gamme d'outils pour permettre au GHT d'accomplir ses objectifs en matière de prévention et de promotion de la santé : CEPPPIA, CLS, santé universitaire...
4	Traduire les objectifs du GHT dans les différents domaines de la prévention et de la promotion de la santé : <ul style="list-style-type: none">• Vaccination• Prévention bucco-dentaire• Prévention de l'obésité• Prévention de la sédentarité et encouragement à l'activité physique• Lutte contre la précarité

Plan d'investissement pour les établissements du GHT

Opérations territoriales majeures		Montant	Période de réalisation
CHU CLERMONT FD	Construction d'une stérilisation commune	8 450 000	2017-2019
	Travaux pharmacie	7 800 000	2018-2021
	Extension GM3	49 799 725	2017-2021
CH MOULINS YZEURE	Reconstruction-restructuration	50 000 000	NC
CH VICHY	Création de deux salles de bloc opératoire (passage de 6 à 8 salles)	3 500 000	
	Mise en conformité dialyse	1 500 000	
	Mise en conformité réanimation/USC/USIC/USINV	2 900 000	
	Rénovation des 115 lits d'USLD	4 250 000	
CH CLEMENTEL	Travaux de mise en conformité du bâtiment central et du bloc de rééducation	1 500 000	2017-2018
TOTAL		129 699 725	

Restructuration des urgences		Montant	Période de réalisation
CH RIOM	BLOC 2 Axe n°1 Création d'un bâtiment urgences	3 000 000	2017-2020
TOTAL		3 000 000	

Rénovation des EHPAD		Montant	Période de réalisation
CH AMBERT	Solde travaux EHPAD site Pré-Bayle	100 000	2017
CH BILLOM	EHPAD 46 places DTA capactié ETS cste	5 148 012	2016-2017
	EHPAD rénovation et PASA labellisé	700 000	2017-2019
CH ISSOIRE	Aménagement des locaux du bâtiment Long Séjour/EPAHD pour installation du court séjour gériatrique et relocalisation du SMTI *	2 500 000	2018-2019
CH RIOM	Reconstruction EHPAD 120 lits	12 000 000	
TOTAL		20 448 012	