

## ANNEXES



## GHT : FILIERE AVC

### I) PRESENTATION DU TERRITOIRE OUEST RHONE-ALPES

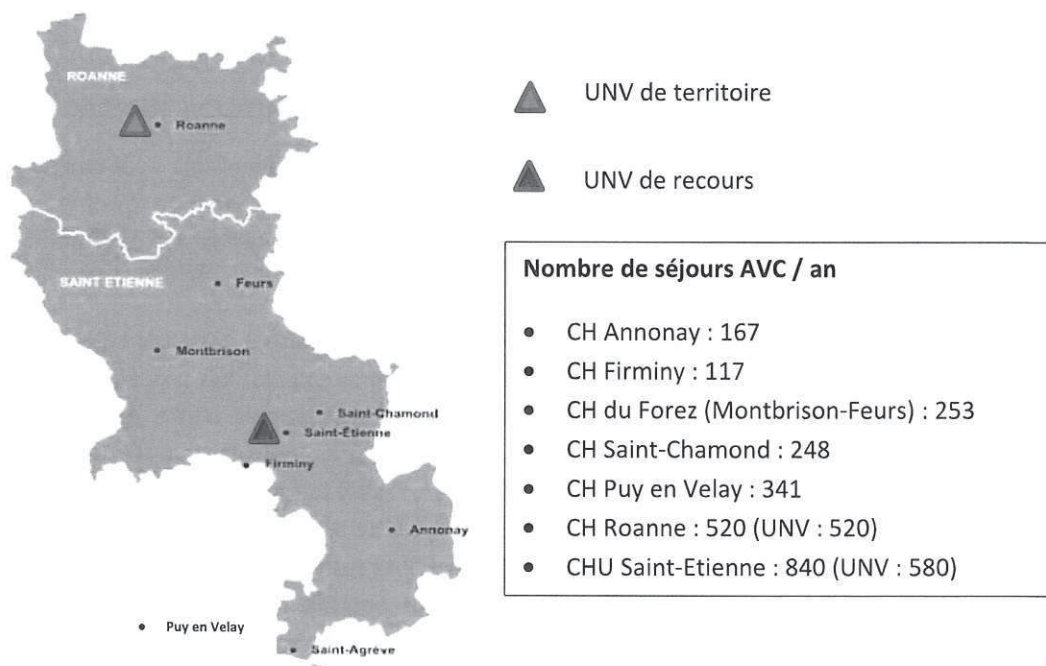
On identifie 2 centres hospitaliers disposant d'une Unité Neuro-Vasculaire (UNV)

- **CHU de Saint-Etienne** : UNV dite de recours (c'est à dire s'appuyant sur un service de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie) permettant la réalisation de traitements d'urgence tels que la thrombolyse IV, la thrombectomie mécanique, l'hémicrâniectomie. Elle est dotée de 6 lits USI, 16 lits post USI et travaille en étroite collaboration avec le service des urgences et de médecine vasculaire et thérapeutique de l'hôpital Nord. La permanence des soins est assurée par une astreinte opérationnelle. Le CHU est également centre référent pour la prise en charge de l'AVC de l'enfant.

- **CH de Roanne** : UNV dite de territoire (ne disposant pas des structures associées ci-dessus), permettant en urgence la réalisation de thrombolyse IV. Elle est dotée de 4 lits USI situés aux urgences et 12 lits post USI en neurologie. La permanence des soins est assurée par une astreinte opérationnelle.

- **les CH de Firminy, de Saint-Chamond, du Forez** (Feurs, Montbrison), **d'Annonay** constituent les 4 autres CH du territoire Ouest qui ne disposent ni d'UNV ni de service de neurologie impliqués dans la prise en charge des AVC.

- **le CH du Puy en Velay** : même s'il ne fait pas partie du territoire Ouest, il est intégré dans la filière de ce territoire pour la prise en charge de certains AVC.



## **II) LES AVANCEES DE LA STRUCTURATION DE LA FILIERE AVC AU SEIN DU TERRITOIRE JUSQU'A FIN 2016**

Les travaux du GHT ont été effectués dans le cadre de l'animation territoriale de la filière AVC en s'appuyant sur une organisation structurée (bureau, COPIL représentatif du territoire, réseau REULIAN) et sur les instances représentatives des professionnels de santé du territoire. Des réunions de terrain ont été organisées régulièrement au sein de chaque CH. Les 2 animateurs de la filière AVC (un représentant de la phase aiguë et un représentant du médico-social), les médecins de l'UNV, du service de neuroradiologie, des urgences du CHU se sont déplacés dans chaque CH entre 2012 et 2016 pour y rencontrer les professionnels de santé médicaux, paramédicaux plus particulièrement impliqués dans la pathologie vasculaire cérébrale (SAU, autres services de MCO, radiologues, réanimateurs, personnel administratif). Ces rencontres ont permis de présenter l'état des lieux de la prise en charge des AVC dans les différents CH et au CHU depuis la phase aiguë à l'aval, d'identifier les points forts et les points faibles et de dégager après concertation des premières actions concrètes, complémentaires et adaptées (Cf II.1) portant pour l'essentiel sur la phase aiguë : les pratiques cliniques et paracliniques de prise en charge, l'organisation hospitalière interne, l'articulation entre les CH et les UNV de recours et de territoire et la formation. A partir de ces rencontres, des médecins au sein de chaque CH se sont proposés comme référents pour l'AVC constituant les principaux correspondants pour faire le lien entre les CH et le CHU. Concernant l'aval, un travail préparatoire a été initié avec la filière gériatrique et les SSR.

### **II.1) LES ACTIONS CONCRETES**

#### **II.1.1) organisation de la prise en charge médicale à la phase aiguë de l'AVC**

##### **a) homogénéisation des pratiques cliniques et paracliniques de prise en charge de l'AVC à la phase aiguë**

Compte tenu que les 2 UNV ne peuvent absorber en urgence l'ensemble des AVC du territoire, des procédures de prise en charge communes ont été rédigées, validées et distribuées à l'ensemble des SAU du territoire de façon à ce que les patients puissent bénéficier d'une prise en charge relativement similaire et la meilleure possible d'un point à l'autre du territoire.

##### **b) organisation de la thrombolyse intraveineuse (IV) et de la thrombectomie mécanique en urgence**

La thrombolyse IV ne peut être réalisée que dans un établissement possédant une UNV en l'absence de télémédecine, c'est-à-dire le CHU de Saint-Etienne ou le CH de Roanne. La thrombectomie mécanique ne peut être réalisée que dans une UNV disposant d'un centre de neuroradiologie interventionnelle, donc le CHU de Saint-Etienne.

De façon à ce que les patients admis dans les SAU du territoire ne disposant pas d'UNV (CH du Forez, Annonay, Firminy, Saint-Chamond) puissent bénéficier de tels traitements, des procédures de prise en charge ont été établies et diffusées. Pour les patients susceptibles d'être éligibles à une thrombolyse IV (délai d'administration < 4h30), ces procédures articulant le CH avec l'UNV permettent le transfert rapide du patients vers l'UNV où est réalisé le traitement et son retour après quelques jours de surveillance à l'USI-UNV sur le CH envoyeur où le bilan est poursuivi. Avec la mise en place récente de la thrombectomie mécanique (délai < 6h) nécessitant l'intervention du service de neuroradiologie interventionnelle du CHU, ces procédures ont fait l'objet d'une réactualisation



récente. Elles ont été présentées et diffusées à l'occasion d'une réunion en novembre 2016 avec le réseau REULIAN à l'ensemble des médecins du SAU de CH du territoire.

Au CH de Roanne, la thrombolyse IV est effectuée dans son UNV et en cas de thrombectomie mécanique, le patient est transféré au CHU de Saint-Etienne.

Au CH du Puy en Velay, la thrombolyse IV est effectuée par les neurologues du Puy ou par télé-médecine avec l'UNV du CHU de Clermont-Ferrand. Pour la thrombectomie mécanique, il a été décidé en juillet 2016 lors d'une réunion avec les neurologues et neuroradiologues du CHU de Clermont-Ferrand et du Puy en Velay que les patients soient transférés au CHU de Saint-Etienne plus proche en terme de distance pour effectuer le geste.

### **II.1.2) l'organisation hospitalière**

#### **a) présence de 2 USI-UNV sur le territoire :**

- alors que l'USI-UNV du CHU constituait la seule unité pour un territoire de grande étendue, l'ouverture récente d'une USI-UNV (janvier 2016) au CH de Roanne a permis d'apporter une offre de soins supplémentaire et complémentaire pour le territoire.

- l'USI-UNV du CHU a augmenté son nombre de lits USI de 4 à 6 depuis janvier 2016 ayant permis d'augmenter l'accès des patients AVC du territoire à l'UNV. Le service de médecine vasculaire et thérapeutique participe à la prise en charge de ces patients en post USI pour faciliter le turn over de l'USI (objectifs à 1 an quasi atteints) et organise avec l'UNV un staff hebdomadaire permettant des procédures de prise en charge commune et une action concertée avec les angiologues.

- avis MPR précoce : passage systématique au sein des 2 UNV d'un médecin MPR, une fois/semaine

#### **b) organisation interne des CH :**

Un état des lieux sur le parcours du patient AVC a pu être décliné au sein de chaque CH permettant :

- d'identifier les services qui prenaient en charge plus spécifiquement les AVC, facilitant ainsi l'orientation des patients et permettant d'avoir des correspondants. Pour les CH sans UNV ni service de neurologie, il s'agit le plus souvent des services de cardiologie (à Annonay des lits AVC ont été identifiés en cardiologie). A Roanne, les patients sont pris en charge par l'UNV et au Puy en Velay dans le service de neurologie.

- d'inciter certains CH à dynamiser la structuration de leur filière AVC. Par exemple le CH d'Annonay essaie d'optimiser ses ressources en interne pour optimiser la prise en charge rééducative dès le court séjour.

### **II.1.3) formation médicale :**

- de façon à maintenir une prise en charge optimale des AVC sur l'ensemble du territoire des formations régulières sont organisées, dans le cadre du réseau Reulian, auprès des médecins urgentistes des SAU : elles ont lieu au moins une fois/an.

- l'UNV de Saint-Etienne faisant office de terrain de stage clinique dans le cadre du DIU neurovasculaire, des médecins ont pu obtenir une compétence neurovasculaire. Ainsi 2 médecins ont pu intégrer l'équipe de l'UNV de Roanne.

#### **II.1.4) en vue d'optimiser la prise en charge sur l'aval :**

- une première rencontre a été faite avec les référents médicaux des filières gériatriques du territoire le 24/09/2014.

- construction du projet de l'unité mobile de rééducation réadaptation réinsertion.

#### **II.1.5) tenue d'un registre pour tous les patients thrombolysés IV et/ou thrombectomisés**

les 2 UNV ont établi un registre permettant d'identifier les points forts et faibles de la prise en charge des patients sur le territoire et notamment les délais de transfert et intrahospitaliers dans le cadre de la thrombolyse IV et thrombectomie mécanique.

### **III) LES ATTENDUS POUR L'ANNEE 2017**

#### **III.1) optimiser la prise en charge en phase aiguë :**

**a) passage d'une astreinte opérationnelle à une garde sur place sur le CHU de Saint-Etienne :** avec l'augmentation très nette de l'activité d'urgence neurovasculaire et en particulier du nombre de patients éligibles à la thrombolyse IV et à la thrombectomie mécanique sur l'ensemble du territoire, un système de garde s'impose car il est beaucoup plus approprié à ce type de prise en charge nécessitant une présence sur place rapide et durable. La demande auprès de l'ARS a été faite en mars 2016, en attente de la réponse. Le passage en garde apparaît être une urgence afin que l'ensemble de l'édifice construit ne soit pas fragilisé.

#### **b) développement de la télé-médecine 24h/24 et de la télé-expertise :**

- **la télé-médecine** permet de mettre en lien le médecin du SAU du CH et le médecin neurologue de l'UNV et d'y associer l'examen filmé du malade par un système de caméra et le transfert d'images. Tous les SAU des CH du territoire en sont équipés. Afin que les patients admis dans les SAU des CH puissent bénéficier le plus rapidement possible d'un traitement par thrombolyse IV seule ou en vue d'une thrombectomie mécanique, cet outil permet d'instaurer le traitement au sein du SAU sans attendre qu'il ne soit transféré sur le CHU pour le faire. Actuellement il est peu utilisé tout en sachant que son fonctionnement n'est limité qu'aux jours ouvrables. Avec le développement de la thrombolyse IV et/ou de la thrombectomie mécanique, cet outil constitue un apport certain mais son développement ne pourra s'envisager qu'après passage à un système de garde sur place et une formation renouvelée auprès des médecins.

- **valoriser l'activité de télé-expertise :** beaucoup d'avis neurovasculaires téléphoniques sont demandés par les médecins des CH aux médecins de l'UNV, associés au transfert d'imagerie. En lien avec le chef de projet SISRA, une fiche d'expert de demande d'avis (intégrant la demande du service envoyeur et la décision du médecin expert neurovasculaire) a été élaborée. Elle sera testée et évaluée avec un premier CH la journée. Une telle démarche permet de faciliter la prise en charge des



patients AVC situés sur le territoire sans transferts de patients, de quantifier correctement cette activité croissante en terme de besoins et de temps consacrés à cette activité.

**c) poursuivre l'optimisation de l'organisation en urgence de la thrombectomie mécanique**

**d) formation pour la prise en charge paramédicale de l'AVC à la phase aiguë** : les animateurs de la filière et les médecins du MPR de Bellevue vont organiser des réunions sur l'année 2017 pour réaliser cette formation auprès de chaque CH.

**III.2) optimiser la filière d'aval (SSR, gériatrie) :**

- la signature d'une convention avec l'hôpital Claudinon est en train de se faire dans le cadre du GHT. La commission d'admission des patients en SSR serait alors mutualisée avec celle du CHU.

- une proposition pourrait être de commencer par une enquête afin de lister les structures publiques d'aval existantes (seules éligibles au GHT) prenant en charge les patients AVC après la phase aiguë, le nombre de lits qui pourraient être dédiés à cette prise en charge, le nombre de patients effectivement pris en charge (AVC du GHT) et les difficultés rencontrées. A partir de là, des propositions d'amélioration pourraient être faites et entérinées au niveau du GHT afin que les différentes équipes impliquées puissent s'engager mutuellement.

- la prise en charge de plus en plus fréquente dans les 2 UNV de sujets âgés en raison du vieillissement de la population constitue un frein au turn over avec pour conséquence de limiter la capacité d'accueil des patients AVC en urgence. Il est donc important de réfléchir avec les gériatres à une organisation qui permette aux patients de rejoindre plus rapidement la filière gériatrique. Il en est de même avec les patients plus jeunes dont le handicap est lourd et pour lesquels il est souvent difficile et en général très long d'obtenir une place dans une structure de SSR adaptée

**III.3) optimiser l'avis MPR dans les CH et les structures médico-sociales** en utilisant l'unité mobile de rééducation réadaptation réinsertion

**III.4) hôpital de jour**

En cours de mise en place, notamment pour la réalisation d'une partie du bilan étiologique des patients AVC après l'hospitalisation.

**III.5) réfléchir dans une logique de territorialisation de prise en charge des AVC**

- organisation d'une réunion avec l'UNV de Roanne 1 an après son ouverture pour réfléchir sur des pistes complémentaires de prise en charge entre les 2 UNV du territoire, notamment sur l'augmentation d'accès aux 2 USI des patients en provenance des SAU des CH sans UNV, à partir d'une organisation contractualisée (convention de retour dans les MCO des CH après 3 j dans l'USINV).

- réfléchir à la contractualisation d'un poste de PH partagé sur le territoire avec les CH

### **III.6) délocaliser les campagnes AVC :**

Même si le grand public est davantage sensibilisé à la problématique de l'AVC en phase aiguë, beaucoup de patients arrivent au-delà des délais permettant un traitement d'urgence. Une fois par an a lieu une campagne AVC pour la ville de Saint-Etienne. Il faudrait également envisager des campagnes d'information sur les villes des CH pour que cette information soit homogène au sein du territoire.

### **III.7) structurer les consultations post AVC**

- pour les consultations post AVC SSR, un projet de consultation de suivi dans la première année sur le plan fonctionnel et rééducatif a été accepté et financé.

-pour les consultations post AVC UNV, une réflexion est en cours.

### **III.8) poursuivre les formations annuelles dans le cadre du réseau REULIAN**





## APPEL À PROJETS POUR LA MISE EN PLACE D'ÉQUIPES MÉDICALES DE TERRITOIRE

# MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE TERRITORIALE D'ANESTHÉSIE-REANIMATION AU SEIN DU GHT LOIRE

Établissements concernés	Tous les établissements MCO du GHT Loire
	<ul style="list-style-type: none"><li>- CHU Saint-Etienne</li><li>- CH Annonay</li><li>- CH Firminy</li><li>- CH Forez</li><li>- Hôpital Gier</li><li>- CH Roanne</li></ul>

## INTRODUCTION

L'Agence Régionale de Santé Auvergne - Rhône-Alpes a lancé en avril 2016 un appel à projets intitulé « Mise en place d'équipes médicales de territoire et Accompagnement au développement d'une gestion coordonnée des ressources médicales territoriales ».

Cet appel à projets vise à :

- Accompagner la définition et la mise en œuvre de projets médicaux de territoire entre établissements publics dans le cadre des GHT visant à améliorer l'offre de soins en envisageant la mutualisation des ressources médicales pour l'activité programmée comme pour l'organisation de permanence des soins ;
- Soutenir la mise en place de véritables politiques de gestion coordonnée des ressources médicales territoriales en accompagnant l'expérimentation puis le déploiement de modalités d'organisations innovantes des ressources médicales par groupe d'établissements publics.

En réponse à cet appel à projets, les établissements MCO du GHT Loire souhaitent que soit soutenue la mise en place d'une **équipe territoriale en anesthésie-réanimation**, 3<sup>ème</sup> équipe de territoire du GHT après l'ophtalmologie (« ONG ») et l'orthopédie-traumatologie.

Si les équipes de territoire sont destinées à renforcer les collaborations au sein des GHT autour d'un Projet Médical Partagé (PMP), le choix de la spécialité « anesthésie-réanimation » fait par le GHT Loire traduit l'avancée et la dynamique des discussions entre partenaires hospitaliers publics de ce territoire.

En effet, il part d'un constat partagé d'extrême difficulté dans cette discipline particulièrement sinistrée, et de la **nécessaire optimisation des ressources médicales disponibles, afin d'assurer une offre de soins publique graduée et de qualité.**

L'anesthésie-réanimation, de par sa transversalité et sa qualité de « prestataire », est par ailleurs une **spécialité très structurante pour l'activité des établissements**, et donc pour l'organisation de l'offre de soins territoriale, tant en journée que durant les périodes de permanence des soins.

Enfin, le fort enjeu démographique que connaît actuellement l'anesthésie-réanimation impose de **s'entendre collectivement sur des modes de gestion concertés et coordonnés**, afin d'éviter les surenchères dans les négociations salariales, rendre attractif l'exercice multisites en permettant un exercice mixte de recours et de proximité, et sécuriser le fonctionnement des lignes de permanence des soins en impulsant une réflexion plus large sur l'organisation de la PDES au sein du GHT.

La constitution d'une équipe territoriale d'anesthésie-réanimation fait donc l'objet d'un consensus entre établissements du GHT Loire. Pour autant, la difficulté de sa mise en œuvre effective tient aux **modalités concrètes d'organisation de ressources anesthésiques mutualisées, tout en veillant à ne pas créer de pénurie supplémentaire dans des secteurs déjà fragilisés par une démographie médicale peu favorable.**

Pour résoudre cette difficulté, un état des lieux des ressources disponibles, de l'activité de chacun des établissements partenaires, et du niveau de coordination territoriale en matière de gestion des personnels médicaux a d'abord été réalisé. Cet état des lieux a ensuite donné lieu à la rédaction du projet médical de l'équipe territoriale d'anesthésie-réanimation, qui définit l'ensemble des leviers disponibles permettant non seulement de surmonter le contexte actuel de pénurie, mais surtout d'asseoir une dynamique d'attractivité des établissements du GHT Loire. Cela implique de renforcer encore davantage la coordination de la gestion des ressources humaines médicales au sein du GHT et d'accompagner financièrement ce projet d'équipe territoriale.

## 1. CONTEXTE ET ETAT DES LIEUX

### 1.1. BILAN DES EFFECTIFS ET DE L'ORGANISATION ANESTHESIQUE PAR ETABLISSEMENT

#### 1.1.1. Situation générale de l'anesthésie-réanimation au sein du GHT Loire

- Pyramide des âges très défavorable
- Fuite importante du service public hospitalier des médecins anesthésistes réanimateurs
  - après la formation initiale (internes et CCA)
  - en cours de carrière, vers des structures privées dont l'offre de soins est abondante sur le territoire
- Ces 2 effets conjugués se traduisent par
  - un **sous-effectif chronique** dans les établissements publics du territoire (CHU et CH)
  - le recours à l'intérim, aux contrats de cliniciens, ... conduisant à un effet de surenchère de nature à déstabiliser les équipes en place
- **Les dépenses d'intérim en anesthésie sur le GHT ont représenté 2 522 000 € en 2015.** Les projections 2016 montrent que les dépenses vont encore augmenter de manière significative et dépasseront les 3 000 000 €.

#### 1.1.2. Situation par établissement

##### 1.1.2.1. CHU de Saint-Etienne

#### Effectifs

- Chirurgie cardiaque : 4 + 1 en novembre 2016
- Neuro : 2.5 ETP
- Tête et cou : 4.5 (3.5 en mai 2017)
- Urgences Traumato Ortho Déchoquage : 4 + 1 en novembre 2016
- Maternité : 4 (dont 2 départs en 2017)
- Pédiatrie : 2 (2.5 en novembre 2016)
- Digestif Urologie Thoracique : 5.8
- Réanimation : 6

#### Permanence des soins

- 4 lignes de garde
  - 1 réanimation
  - 1 bloc + déchoquage
  - 1 SIPO + service chir
  - 1 maternité (Niv 3)
- 3 lignes d'astreinte
  - 1 anesthésie pédiatrique
  - 1 chirurgie cardiaque et anévrismes de l'aorte
  - 1 neurochirurgie (+ thrombectomies)

#### Activité

ICR Bloc	Nb interventions Bloc	Accouchements	CS anesthésie	Nb entrées réa SIP SC
7 672 941 (ICR Anesthésie 2 815 307)	25 486	3 210	16 655	6 065



### Observations

- En plus de la masse salariale et du coût de la permanence des soins, recours à l'intérim depuis 2016 (notamment pour l'endoscopie et la radiologie interventionnelle)
- Volume très important de temps de travail additionnel, du fait du nombre de postes vacants et du nouveau décompte mis en œuvre à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 (plages bleues et rouges) pour renforcer l'attractivité du CHUSE et procéder à des recrutements permettant de lancer l'équipe territoriale
- Absence de recours au contrat de clinicien

#### 1.1.2.2. CH d'Annonay

### Effectifs

- 4 PH temps plein (dont 2 contractuels)

### Permanence des soins

- 1 ligne de garde (réa autonome)
- 1 praticien de garde pour Bloc-Maternité-Urgences + 4 praticiens en journée

### Activité

ICR Bloc	Nb interventions Bloc	Accouchements	CS anesthésie	Nb entrées réa SIP SC
1 116 000 (ICR Anesthésie 408 175)	4 560	796	4 697	493

### Observations

- Minimum 1 intérimaire en permanence

#### 1.1.2.3. Hôpital du Gier

### Effectifs

- 3 PH temps plein (2 de plus de 58 ans), 2 PH à 80 %, 1 assistant spécialiste temps plein

### Permanence des soins

- 1 ligne de garde
- 1 praticien de garde pour Bloc-Soins Continus-Maternité)-Urgences + 4 praticiens en journée

### Activité

ICR Bloc	Nb interventions Bloc	Accouchements	CS anesthésie	Nb entrées réa SIP SC
1 000 531 (ICR Anesthésie 345 243)	4 925	846	4 750	364

### Observations

- Equipe pratiquement autonome, peu de recours à l'intérim
- Pas de contrat clinicien
- Quelques gardes assurées par des internes (licence de remplacement)
- Mise en œuvre du nouveau décompte de temps de travail (périodes bleues / rouges) à compter du 1er mai 2016



#### 1.1.2.4. CH de Firminy

##### Effectifs

- 1 PH temps plein en arrêt de travail depuis 1 an

##### Permanence des soins

- 1 ligne de garde pour Bloc-Maternité-Urgences-Soins Continus (8 lits) + 3 praticiens en journée
- À cette garde s'ajoute la présence de deux anesthésistes en journée et en semaine uniquement. Pour la surveillance continue : 1.2 ETP de médecins urgentistes assurent la couverture médicale en journée et en semaine. En garde, c'est l'anesthésiste de garde qui reprend le suivi

##### Activité

ICR Bloc	Nb interventions Bloc	Accouchements	CS anesthésie	Nb entrées réa SIP SC
1 120 284 (ICR Anesthésie 311 981)	5 229	1 339	3 906	703

##### Observations

- 2 intérimaires en permanence + remplaçants

#### 1.1.2.5. CH du Forez

##### Effectifs

- 3 PH temps plein (1 en arrêt maladie prolongé), 2 PH mi-temps, 0.5 clinicien, 0.5 praticien contractuel + 0.2 praticien contractuel

##### Permanence des soins

- 2 lignes de garde
- 1 praticien de garde pour Bloc-Maternité-Urgences et 1 praticien de garde pour Soins Intensifs Polyvalents (SIP)
- 2,5 praticiens en permanence la journée pour anesthésie + 1 autre 2 jours par semaine à Feurs + 1 anesthésiste pour les SIP

##### Activité

K opératoire	Accouchements	CS anesthésie	Nb entrées réa SIP SC
8 159	909	6 184	472

##### Observations

- 1 intérimaire en permanence + remplaçants

#### 1.1.2.6. CH de Roanne

##### Effectifs

- Anesthésie : 1 PH temps plein qui cessera son activité en décembre 2016, 1 PH temps partiel (0.6 ETP), 3 cliniciens temps plein, 1 contractuel temps plein, 1 contractuel à 0.4 ETP qui cessera son activité en décembre, 1 praticien attaché associé temps plein, 1 assistant spécialiste temps plein qui passe en réanimation au 1er novembre, soit 8 ETP jusqu'au 1er novembre, 7 ETP du 01/11/2016 au 31/12/2016, et 5.6 ETP au 01/01/2017

- Réanimation : 3 PH temps plein, 1 PH à 0.5, 1 PHC à 0.6, 1 assistant spécialiste à temps plein soit 5.1 ETP

### Permanence des soins

- une ligne d'anesthésie permettant de couvrir le fonctionnement du secteur obstétrique (maternité de niveau 2B). L'organisation du temps médical prévoit la présence d'un anesthésiste présent 24h/24
- une ligne d'anesthésie sur le bloc opératoire ; actuellement, l'organisation de ce dernier se limite à 8 salles ouvertes simultanément (sur 11 potentiellement), ce qui nécessite la présence de 4 MAR en journée de semaine, en régime de fonctionnement normal
- une ligne de consultations assurée par deux praticiens en journée en semaine ; ici encore, aucune marge de développement de ces activités au regard des ressources

### Activité

ICR Bloc	Nb interventions Bloc	Accouchements	CS anesthésie	Nb entrées réa SIP SC
2 287 181	8 607	1 933	9 913	961

### Observations

- Effectif cible fixé à 12 ETP
- 3 contrats de cliniciens
- Recours à l'intérim + remplaçants
- Départ d'un PH temps plein en 2017

## 1.2. POINT SUR L'AVANCEMENT DE LA COORDINATION TERRITORIALE EN MATIERE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES

### 1.2.1. Une coordination structurée depuis 2013, renforcée avec la création du GHT Loire

Avec le développement des projets territoriaux et la mise en place des postes partagés, les directeurs adjoints en charge des affaires médicales des différents établissements ont pris spontanément l'habitude depuis 2013 de se réunir régulièrement (« groupe DAM GHT »). Outre l'examen des situations individuelles (postes partagés, mises à disposition, ...), les ordres du jour portent sur les thématiques suivantes :

- Etat des lieux des pratiques de rémunération
- Charte des bonnes pratiques
- Cartographie prospective des emplois médicaux
- Points réglementaires
- Ouverture des postes d'internes

#### 1.2.1.1. Actions mises en place

- Constitution d'une base commune de documents type
  - Faciliter les échanges et disposer de documents communs (conventions de mise à disposition, contrats, ...)
- Harmonisation de la gestion du temps de travail
  - Informatisation de la gestion du temps de travail du personnel médical avec un outil commun partagé : ITEM

- À terme : interconnexion avec hébergement CHU pour faciliter la gestion des personnels multi-sites et la création d'équipes de territoire
- Harmonisation des pratiques de rémunération
  - Etat des lieux des pratiques existantes
  - Echanges préalables sur les situations « particulières »
- Rédaction d'une charte de bonnes pratiques en matière de recrutement et de gestion des carrières médicales
  - Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie commune afin d'éviter la concurrence intra-public dans un contexte de mercato médical de la part du secteur privé
- Mise en place d'une GPMC commune du personnel médical pour construire une politique de fidélisation
  - Réalisation d'une cartographie prospective des emplois médicaux
  - Anticipation des périodes critiques par discipline et mise en place de plans de carrière individualisés
- Rédaction de guides d'accueil communs (internes et nouveaux arrivants)
  - Faciliter l'exercice multi-sites et créer une identité « GHT Loire »

#### **1.2.1.2. Projets en cours**

- Définir et mettre en œuvre un plan d'attractivité des établissements du GHT
  - Communication offensive
  - Outils innovants (bourse à l'emploi, pool de remplacement, prestations sociales, ...)
- Etudier les opportunités de rapprochement des dispositifs de PDSES
  - Anticiper les difficultés en étudiant les lignes à faible activité et/ou faible nombre de praticiens
- Identifier des centres d'expertise pour une spécialisation des établissements
  - Eviter les redondances de travail et accroître la compétence technique des équipes administratives
  - À terme, mettre en place une direction des affaires médicales commune ?
- Rapprocher et développer les actions de recherche clinique
  - Améliorer l'attractivité des établissements et faciliter l'inclusion de patients dans les essais cliniques

#### **1.2.2. Des difficultés persistantes liées à une démographie médicale défavorable conduisant à des surenchères salariales**

Le nombre de postes vacants, notamment dans la discipline « anesthésie-réanimation » et la difficulté à remplir les tableaux de service et de garde peuvent conduire les établissements à recourir à des remplaçants (intérimaires, praticiens d'autres établissements, internes, ...), particulièrement dans les périodes de congés annuels.

Il en résulte des négociations salariales souvent difficiles avec les praticiens, conduisant parfois à un effet d'isolement de nature à nuire à l'échange d'informations et à la transparence dans le partage des données entre établissements.



## 2. PRESENTATION DU PROJET MEDICAL COMMUN DE L'EQUIPE TERRITORIALE D'ANESTHESIE-REANIMATION DU GHT LOIRE

L'objectif principal de la mise en place d'une équipe de territoire en anesthésie-réanimation est **d'apporter une réponse à la crise démographique touchant le secteur public dans le domaine de l'anesthésie**, afin de :

- sécuriser le fonctionnement des plateaux techniques en garantissant leur continuité (blocs opératoires, blocs obstétricaux)
- optimiser l'offre existante sur le GHT Loire et lui permettre de se développer pour répondre aux besoins de la population, avec un double impératif de qualité des soins et d'efficacité médico-économique

En ce sens, elle s'inscrit pleinement dans les orientations fixées par le Projet Médical Partagé en cours de rédaction : **améliorer l'organisation de l'offre de soins et l'accès aux soins au sein du GHT Loire.**

### 2.1. ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL COMMUN DE TERRITOIRE DANS LE CADRE DU GHT LOIRE

Avec la spécialisation des équipes médicales et des plateaux techniques, les parcours patient se sont considérablement complexifiés. La mise en place de l'équipe territoriale d'anesthésie-réanimation permettra de fluidifier ces parcours complexes, impulser un maillage territorial de l'offre de soins et améliorer la qualité des prises en charge. En outre, elle contribuera à optimiser la continuité et la permanence des soins au sein des établissements partenaires.

#### 2.1.1. Fluidifier les parcours patients inter-établissements

##### **Valoriser la spécificité des prises en charge entre établissements (proximité / recours)**

L'équipe territoriale permettra de favoriser les échanges de bonnes pratiques et les coopérations entre les établissements du GHT Loire. Sa mise en œuvre effective conduira les équipes médicales à s'interroger sur les différentes modalités de prise en charge, sur l'organisation de la permanence des soins, l'accès aux formations médicales et paramédicales, la réorganisation éventuelle des activités, ... etc.

##### **Faciliter la connaissance des acteurs et des ressources afin de fluidifier le parcours patient**

La fluidité des parcours patient passe essentiellement par la connaissance des acteurs et de l'offre de soins des autres établissements. Elle sera facilitée par la mise en place de l'équipe de territoire en anesthésie-réanimation, discipline transversale en lien avec de nombreuses autres spécialités, chirurgicales mais également médicales.

#### 2.1.2. Impulser un maillage territorial de l'offre de soins basé sur la solidarité et la réciprocité du parcours patient

Une organisation des soins graduée suppose que les établissements du GHT Loire fonctionnent sur la base de la solidarité, notamment en cas de crise, et de réciprocité. Les parcours patient doivent être organisés à l'avance et le retour dans la structure d'origine prévu si nécessaire. L'équipe territoriale d'anesthésie contribuera indéniablement à la réalisation de cet objectif, surtout dans le contexte démographique préoccupant que connaît cette discipline.



### 2.1.3. Améliorer la qualité des prises en charge en développant et homogénéisant les outils et supports

L'homogénéisation des supports suppose un travail sur le dossier patient et les protocoles de prise en charge par filière. Elle nécessite le développement de nouveaux outils, notamment des outils de communication (comme un annuaire partagé des professionnels du GHT), un possible raccordement des réseaux téléphoniques des établissements du GHT Loire, et le développement de la télémédecine. Là encore, le développement et le partage de ces outils et supports seront facilités par la création de l'équipe territoriale d'anesthésie-réanimation.

### 2.1.4. Optimiser la continuité et la permanence des soins

Enfin, la mise en place de l'équipe territoriale d'anesthésie-réanimation conduira à impulser les réflexions nécessaires à l'optimisation de la continuité et de la permanence des soins au sein du GHT Loire, dans un contexte de raréfaction des ressources médicales. En particulier, seules les missions pour lesquelles un volume d'activité minimum est garanti seront proposées aux praticiens volontaires pour participer à l'équipe de territoire (*cf. infra*).

## 2.2. DESCRIPTION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE TERRITORIALE D'ANESTHESIE-REANIMATION

### 2.2.1. Prérequis

La mise en place de l'équipe territoriale s'appuie sur des prérequis fixés par les praticiens membres du groupe médical « filière anesthésie-réanimation » du Projet Médical Partagé du GHT Loire.

Ces prérequis sont les suivants :

- Il n'y a **pas de concurrence tarifaire** entre établissements ;
- Les **établissements du GHT s'entraident prioritairement entre eux** pour conserver les activités nécessaires et éviter l'ingérence des établissements non publics ;
- Le fonctionnement correct d'une équipe de territoire s'appuiera obligatoirement sur une **rationalisation du planning chirurgical** ;
- Les **contrats de cliniciens** sont mal acceptés dans les hôpitaux et plus difficiles à réguler que les intérimaires. Leur **disparition à terme est donc préconisée**.

### 2.2.2. Principe de fonctionnement de l'équipe territoriale d'anesthésie-réanimation

La mise en place de cette équipe territoriale est basée sur un **principe de mutualisation du temps de travail** des médecins-anesthésistes volontaires pour participer à l'équipe de territoire, quel que soit leur établissement d'affectation (CHU de Saint-Etienne, CH d'Annonay, CH de Firminy, CH du Forez, Hôpital du Gier et CH de Roanne).

L'équipe médicale de territoire aura pour responsabilité la prise en charge des patients des différents établissements exprimant des besoins en ressources médicales qualifiées en anesthésie-réanimation.

En fonction des compétences respectives des praticiens participant à l'équipe, ceux-ci pourront être amenés à réaliser les activités suivantes :

- Activité de bloc chirurgical et de service d'hospitalisation de chirurgie
- Activité de service de réanimation, soins intensifs, soins continus
- Activité en maternité : poses d'anesthésie, urgences vitales liées à l'accouchement, etc.

- Activité de consultations d'anesthésie, programmées (journée) ou non (soirs, week-ends, jours fériés)

Cette mutualisation du temps médical repose sur une **planification sous forme de missions**. En fonction des besoins des établissements partenaires, les missions seront programmées la journée et/ou la nuit.

Les praticiens anesthésistes-réanimateurs volontaires pour participer à l'équipe territoriale s'inscriront sur les différentes missions proposées. Ils pourront se rendre sans distinction dans l'un des six établissements partenaires, puisqu'il appartiendra à chaque praticien volontaire de décider, *in fine*, de réaliser ou non la mission proposée. Un même praticien pourra donc se rendre dans un seul établissement comme dans plusieurs ; par ailleurs, les missions pourront être récurrentes ou bien ponctuelles. Un même praticien pourra exercer régulièrement dans le même établissement.

### 2.2.3. Outils de gestion de l'équipe territoriale

#### 2.2.3.1. Un décompte du temps de travail basé sur la distinction de périodes « bleues » et de périodes « rouges »

Initié par le CHU de Saint-Etienne en janvier 2016 et déployé à l'Hôpital du Gier en mai dernier, ce décompte vise à rendre attractive la réalisation de temps de travail additionnel :

- au sein de l'établissement employeur dans un premier temps, afin de pallier le manque d'effectifs, renforcer l'attractivité des établissements et procéder à des recrutements,
- au fur et à mesure des recrutements, et sous réserve que le planning de l'établissement employeur soit complet, dans l'ensemble des établissements participant à l'équipe de territoire, au choix du praticien.

#### Détail du décompte proposé

- Mode de calcul basé sur le nombre de jours (ou d'heures) de travail attendus par quadrimestre après avoir retiré :
  - les jours de week-end soit  $52 \times 2 = 104$  jours
  - les jours fériés soit 9 jours / an en moyenne
  - les congés annuels (25 jours) et les RTT (19 jours)
    - ⇒ soit un total de  $365 - 104 - 9 - 25 - 19 = 208$  jours par an ou 69,3 jours par quadrimestre (en pratique, deux quadrimestres de 69 jours et un quadrimestre de 70 jours travaillés)
- 2 possibilités pour remplir cette obligation, en fonction des nécessités de service
  - 416 demi-journées de 4 heures à 5 heures = code demi-journée BLEUE (B)
  - 333 demi-journées de 5 à 6 heures = code demi-journée ROUGE (R) → tout ce que le praticien réalisera en plus en moyenne par quadrimestre, au sein de son établissement puis au sein des établissements du GHT, sera valorisé en temps de travail additionnel de jour
  - Une garde = 2 demi-journées R
  - Un panachage de bleu et de rouge peut donner lieu à toutes les situations intermédiaires (par convention : une demi-journée R = 1,2 demi-journée B)

#### Organisation pratique

- Chaque praticien a par défaut une obligation de service de 416 demi-journées B
- Avant le début de chaque quadrimestre, le Chef de service d'anesthésie-réanimation de chaque établissement définit, en lien avec la DAM, le nombre de demi-journées R (= en plus de l'obligation de service normale) nécessaires pour assurer la continuité et la permanence des soins, au vu de l'effectif en présence
- Cette estimation est partagée entre les établissements



- Les praticiens volontaires pour réaliser du temps de travail additionnel sont sollicités (la priorité étant de contribuer à la réalisation du planning de son établissement d'origine avant d'aller aider dans un autre établissement)
- En cas de difficultés dans certains établissements, et dans l'attente de réaliser des recrutements, il peut être envisagé de mutualiser certaines lignes de PDS ou de recourir ponctuellement à l'intérim

Le déploiement du logiciel de gestion du temps de travail « ITEM » dans l'ensemble des établissements partenaires du projet permet la comptabilisation commune et partagée des plages de temps de travail réalisées par les praticiens, que le service soit organisé en temps continu ou en temps non continu.

### 2.2.3.2. Une plateforme de mise en relation des besoins exprimés par les établissements avec les disponibilités des praticiens : WHOOG

Mise en place au printemps 2016 au CHU de Saint-Etienne, cette plateforme informatique permet aux personnels non médicaux souhaitant réaliser des remplacements de se positionner sur des missions par un système de rappel par SMS. Peuvent s'inscrire pour participer à ces remplacements, les professionnels du CHU volontaires mais aussi les étudiants, les allocataires percevant les indemnités chômage, les retraités souhaitant compléter leur pension ou les professionnels extérieurs au CHU préalablement habilités à réaliser ces missions par la direction des soins et la DRH. Ces deux dernières valident toujours au préalable la capacité réelle du candidat à prendre les missions via l'outil WHOOG et les secteurs sur lesquels il lui sera possible d'intervenir.

Sur ce même principe, **les praticiens anesthésistes volontaires pour participer à l'équipe territoriale pourront s'inscrire sur cette plateforme**, qui les informera de la publication d'une mission. Le type de mission sera précisé : date, lieu, type d'activité à réaliser. Une convention cadre entre établissements partenaires du projet permettra d'assurer la couverture juridique des praticiens et le remboursement entre établissements.

La capacité à prendre des missions devra être validée sur le plan des compétences. Une sectorisation des missions sera possible (pédiatrie, gynéco-obstétrique, spécialités chirurgicales, ...). Le principe du rappel par SMS permettra une **souplesse d'organisation** pour les professionnels concernés. La plateforme leur permettra en effet de se déclarer disponible ou non sachant que les volontaires sont toujours libres d'accepter ou non la mission proposée.

Afin de résoudre les réticences liées à la rareté de la ressource et donc à la difficulté de libérer des moyens, il sera procédé à un filtrage des missions proposées. **Seules les missions pour lesquelles un volume d'activité minimum est garanti seront proposées aux praticiens volontaires.** Il convient en effet de s'assurer que cette organisation ne génère pas des dysfonctionnements majeurs en mobilisant de la ressource vers des secteurs ou des créneaux affichant une faible activité. **L'attention de l'ARS est donc sollicitée sur ce point de vigilance. Il conviendrait en effet de définir des seuils d'activité minimale permettant à une mission d'être éligible au dispositif.** À ce titre, il sera nécessaire de connaître avec précision les niveaux d'activité moyens en distinguant les plages de jour et les plages de nuit de chaque établissement, et ainsi disposer d'indicateurs tels que le nombre d'ICR ou le nombre d'actes par plage. Les établissements du GHT s'entendent pour définir ces indicateurs dans les plus brefs délais.

Enfin, il est précisé que la plateforme WHOOG sera hébergée par le CHU.

### 2.2.3.3. Un mécanisme d'intéressement collectif

Les praticiens participant à l'équipe territoriale d'anesthésie-réanimation seront intéressés collectivement à la réalisation d'objectifs préalablement fixés conjointement par les établissements partenaires : baisse des



dépenses d'intérim, standardisation des protocoles de prise en charge, optimisation de la permanence des soins, ... etc. **L'intéressement pourra par exemple porter sur l'achat d'un équipement, un appel à projets de recherche clinique, ...**

#### **2.2.3.4. Une communication ciblée pour renforcer l'attractivité des établissements**

La **rédaction d'annonces** et une **campagne de communication** sera lancée afin de faire connaître cette équipe de territoire et susciter des candidatures. Ces actions insisteront sur le **caractère innovant de ce projet**, et sur l'opportunité de bénéficier, outre des avantages géo-économiques du territoire Loire-Ardèche Nord, de la double appartenance CHU/CH, d'un exercice médical varié, de la prime d'exercice territorial, et du décompte du temps de travail en périodes bleues/rouges.

#### **2.2.3.5. Une politique de recrutement « territoriale »**

Les Chefs des services d'anesthésie-réanimation des établissements partenaires proposeront systématiquement aux candidats qu'ils reçoivent **d'intégrer l'équipe territoriale** et ainsi bénéficier des avantages cités plus haut.

#### **2.2.4. Mesures engagées en termes de prévention des risques psycho-sociaux et d'amélioration des conditions de travail pour les praticiens impliqués dans le projet**

Les établissements associés à l'équipe de territoire proposent des **solutions d'hébergement** pour les praticiens d'astreinte ou souhaitant se reposer le lendemain d'une garde.

**La prise en charge des frais de déplacement sera facilitée** (*étude en cours sur la possibilité d'attribuer nominativement aux praticiens participant à l'équipe de territoire des cartes de paiement des frais d'essence et de péage, le cas échéant*).

Concernant la prévention des risques psycho-sociaux, une réflexion est en cours dans le cadre du Projet Médical Partagé du GHT Loire afin **d'étendre le dispositif « INTERMED » à l'ensemble du GHT**.

INTERMED a été mis en place au CHU de Saint-Etienne en 2015. L'objectif de ce groupe d'entraide à caractère confraternel est d'apporter une aide à tout praticien en situation de difficulté individuelle ou collective. Cette aide est proposée dans un cadre d'indépendance par rapport aux situations et aux institutions hiérarchiques. La base de la déontologie du groupe est fondée sur la discrétion, la confidentialité la plus totale possible, la mise en commun des ressources, le respect absolu du choix du praticien en difficulté pour respecter la confidentialité demandée. Les principes du Code National de Déontologie du Médiateur sont applicables (respect de la liberté, de l'indépendance, de la neutralité, de l'impartialité, de la confidentialité, de la responsabilité). Une charte a pour objet de définir les principes de fonctionnement du groupe. Elle peut être consultée sur intranet. La nature de l'aide comporte plusieurs niveaux : écoute, conseil, orientation, accompagnement, organisation d'une médiation, voire, en cas d'échec et si le praticien l'accepte, d'une tentative de conciliation. Les différents niveaux peuvent être saisis au cours du temps. Un médiateur ne peut pas s'engager en cas de conflit d'intérêt. La saisine est faite par tout membre du corps médical quels que soient son statut ou/et sa fonction.

#### **2.2.5. Calendrier de mise en œuvre**

Dans l'attente de procéder à des recrutements, et compte tenu du nombre de postes vacants dans la discipline dans chacun des établissements partenaires, **seul du temps de travail réalisé au-delà des obligations de service pourra être mis à disposition du territoire, et sous réserve de ne pas créer de perturbation dans l'organisation du service de l'établissement employeur**. Au fur et à mesure de l'intégration de nouveaux recrutés, le temps de travail mis à disposition des établissements partenaires sera augmenté. **Les dépenses d'intérim devront diminuer à due proportion.**



### 3. PILOTAGE ET COORDINATION DE L'EQUIPE TERRITORIALE D'ANESTHESIE-REANIMATION

#### 3.1. PILOTAGE MEDICAL

L'animateur du groupe médical chargé de la filière « anesthésie-réanimation » du Projet Médical Partagé du GHT Loire est désigné **coordonnateur médical** de l'équipe territoriale (PCME du CH FOREZ). Il est assisté d'un **coordonnateur adjoint**, praticien hospitalier au CHUSE.

Les chefs de service d'anesthésie-réanimation des établissements partenaires sont les **correspondants médicaux par site** du coordonnateur de l'équipe. Ils recensent leur besoin en temps médical supplémentaire à l'occasion de la réalisation des tableaux de service prévisionnels, et le transmettent au coordonnateur médical pour validation, puis à la direction des affaires médicales du CHU pour enregistrement sur la plateforme WHOOG.

Le coordonnateur médical de l'équipe territoriale est chargé de **valider la liste des praticiens volontaires** pour s'inscrire sur la plateforme WHOOG, sur la base de la capacité réelle du candidat à prendre les missions et les secteurs sur lesquels il lui sera possible d'intervenir. Cette liste est communiquée par la direction des affaires médicales du CHU et mise à jour autant que de besoin. Elle fait l'objet d'une concertation préalable avec les directeurs des affaires médicales des autres établissements et les chefs de service d'anesthésie-réanimation.

Le coordonnateur médical, ou son adjoint, transmet tous les 3 mois un **bilan de l'activité de l'équipe territoriale**, en lien avec la direction des affaires médicales du CHU.

Il participe à la **définition des seuils d'activité** permettant le déclenchement des missions, afin de s'assurer que la ressource anesthésique mise à disposition est correctement dimensionnée par rapport à l'activité.

Ainsi, il participe aux objectifs suivants :

- sécuriser l'organisation de la permanence des soins en ayant suffisamment de praticiens pour assurer une ligne de permanence des soins ;
- développer de nouvelles techniques et une offre de soins complète, grâce à une équipe de taille suffisante, en confortant les relations entre les établissements partenaires (formation, programmes de recherche clinique, réunions de concertation, télé-imagerie...).

Des **réunions médicales de consensus** seront organisées régulièrement afin d'harmoniser progressivement les protocoles de prise en charge en anesthésie.

Le coordonnateur médical, ou toute personne désignée par lui, organisera des **revues de morbi-mortalité (RMM)** de territoire pour étudier les prises en charge médicales ayant entraîné un préjudice pour un patient.

#### 3.2. COORDINATION ADMINISTRATIVE

Le pilotage administratif de l'équipe territoriale est assuré par la direction des affaires médicales du CHU de Saint-Etienne, **en partenariat étroit** avec les directions des affaires médicales des établissements partenaires.

Ce pilotage s'appuie sur des contacts réguliers avec le coordonnateur médical et son adjoint, et vise à disposer d'une vision globale de la gestion de la ressource médicale disponible.

En cas de besoin, la coordination administrative est chargée de proposer, en concertation avec le coordonnateur médical, les ajustements nécessaires en cas de manque de temps médical.

Un point « équipe territoriale d'anesthésie » est réalisé lors de chaque réunion mensuelle des directeurs des affaires médicales du GHT. Ce point vise notamment à s'emparer de toute difficulté dans le fonctionnement de l'équipe territoriale, ainsi que dans la remontée des besoins de chacun des établissements, du Chef de service jusqu'à la plateforme WHOOG. Un temps est également consacré à l'analyse des tableaux de service et à la répartition des praticiens de l'équipe territoriale au sein des établissements.

### **3.3. CONSEQUENCES EN TERMES DE GESTION DES RESSOURCES MEDICALES D'ANESTHESIE-REANIMATION**

Les bénéfices attendus de la mise en place de l'équipe territoriale d'anesthésie-réanimation sont les suivants :

- Uniformiser les modalités de décompte du temps de travail additionnel
- Eviter les surenchères salariales
- Réduire progressivement le recours à l'intérim médical, et donc son coût

Elle contribuera à l'émergence d'une cohésion médicale des établissements du GHT, à travers la régulation territoriale de l'attribution de médecins en fonction des activités recensées. Ainsi, l'ajustement nécessaire des permanences et des activités dans chaque site pourrait se faire dans le temps, moins brutalement.

## **4. COÛT ET FINANCEMENT DE L'EQUIPE TERRITORIALE D'ANESTHESIE-REANIMATION**

### **4.1. CHARGES NOUVELLES POUR LES ETABLISSEMENTS**

Elles sont liées aux incitations financières pour recruter et fidéliser les praticiens et aux outils à mettre en place pour développer et coordonner l'équipe territoriale.

#### **4.1.1. Incitations financières destinées aux praticiens**

- Valorisation des périodes de temps de travail additionnel (plages « rouges »)
- Versement de la prime d'exercice territorial à tout praticien de l'équipe réalisant au moins 20 % en dehors de son établissement
- Mécanisme d'intéressement collectif
- Prise en charge des frais de déplacement

#### **4.1.2. Outils de développement et coordination de l'équipe**

- Extension de la plateforme WHOOG aux anesthésistes-réanimateurs
- Pilotage médical et administratif de l'équipe

#### 4.2. FINANCEMENT

Si les charges nouvelles liées à la mise en place de l'équipe territoriale d'anesthésie-réanimation seront progressivement compensées par la diminution des surcoûts liés à l'intérim, à la réduction de la charge financière de la PDES et/ou à des évolutions d'activité, elles requièrent dans un premier temps un accompagnement financier permettant de lancer l'équipe.

La répartition prévisionnelle de l'utilisation du financement est la suivante :

- 60 % : temps de travail additionnel (plages rouges)
  - *Situation spécifique du CH de Firminy qui ne dispose plus de praticien anesthésiste : 40 % temps de travail additionnel + 20 % poste(s) partagé(s) avec le CHU sous réserve de candidats*
- 15 % : intéressement collectif
- 10 % : primes d'exercice territorial
- 10 % : pilotage médical et administratif
- 5 % : plateforme WHOOG





# Atelier 1



## Attractivité et gestion des emplois médicaux

Synthèse des travaux du groupe DAM

## Enquête sur les rémunérations (1)



- **Réponse de 6 établissements MCO / 7**
- **Etude portant sur les points suivants**
  - Echelons de recrutement
  - Indemnités différentielles
  - Contrats de clinicien
  - Modalités de paiement des gardes et astreintes
  - Modalités de valorisation du temps additionnel
  - Recours à l'intérim
  - Avantages en nature
  - Aménagements des conditions de travail



## Enquête sur les rémunérations (2)



- **Principaux enseignements**

- Recours important au temps additionnel comme variable d'ajustement aux exigences salariales de certains praticiens
- Rémunérations négociées des internes du CHU en CH (PDSES)
- 12 contrats de clinicien
- Recours quasiment généralisé à l'intérim

- **Résultats CONFIDENTIELS diffusés aux seuls 6 DAM répondants**

- **Base de travail pour rédaction de la charte et du plan d'actions**

## Enquête sur la démographie médicale (1)



- **Réponse de 6 établissements MCO / 7**

- **5 spécialités étudiées**

- Anesthésie-Réanimation
- Gynécologie-Obstétrique
- Pédiatrie
- Radiologie
- Urgences

## Enquête sur la démographie médicale (2)



- **3 volets**

- Effectifs actuels, dates de naissance et souhaits éventuels de prolongation
- Postes vacants
- Internes en cours de cursus, dates de sortie et lieux de naissance

- **Synthèse en cours**

- **Etude à généraliser**



# Charte des bonnes pratiques



- **Actions prioritaires**

- Définir et mettre en œuvre de règles communes en matière de recrutement, de rémunération et de temps de travail
- Eviter toute concurrence

- **Bonnes pratiques**

- Solidarité
- Transparence et information mutuelle

- **Plan d'attractivité**

- Postes partagés
- Equipes de territoire
- Gardes mutualisées
- Dispositif d'accompagnement (cellule d'accompagnement et d'écoute, livret d'accueil territorial, journées d'accueil communes, ...)
- Formations communes
- Modalités d'intéressement collectif

## SEMINAIRE « PROJET MEDICAL PARTAGE » - 18 octobre 2016

### Groupe de travail « Biologie médicale »

#### Présents :

<b>CHU :</b>	Pr Philippe GONZALO
	Dr Delphine FRERE
	Dr Nathalie FONSALE
	M Philippe GIOUSE
<b>CH Roanne :</b>	Dr Michelle BOYER
<b>CH Ardèche Nord :</b>	Dr Annie EVERS
	Mme Amadine VIAL
<b>CH Forez :</b>	Dr Françoise CREPET
	Mme Laura SABLON
<b>Hôpital Le Corbusier :</b>	Dr Marianne SARAZIN
<b>Hôpital du Gier :</b>	Dr Pierre-Georges DURAND
<b>ICLN :</b>	Pr Denis GUYOTAT

Rappel des points d'accord principaux actés lors du précédent séminaire :

1°) Objectif à poursuivre : réaliser dans les laboratoires des établissements publics du GHT tous les examens biologiques prescrits par les cliniciens des dits établissements

2°) Valider les démarches entreprises par le CH Le Corbusier et le CH Ardèche Nord pour traiter dans leurs laboratoires la biologie du CH de Saint-Bonnet-le-Château d'une part, et des CH de Serrières et Saint-Félicien d'autre part en ce qu'elles participent de l'objectif général à poursuivre.

Anatomie et Cytologie Pathologique (ACP) : le sujet n'avait pas été abordé lors du précédent séminaire mais il est convenu de l'associer aux orientations retenues pour la biologie médicale. Concernant l'état des lieux de la discipline seul le CHU et le CH Roanne disposent de services d'ACP. Le CH Le Corbusier et l'ICLN ont recours au CHU pour leurs prescriptions d'ACP. Le CH Forez et l'Hôpital du Gier sont en contrat avec des laboratoires de ville. L'activité du CH Ardèche Nord est également traitée par un laboratoire de ville mais il est rappelé que l'établissement avait sollicité le CHU qui n'avait pu alors répondre à cette demande.

Constat de la difficulté à recruter et à fidéliser les biologistes dans les laboratoires des hôpitaux publics, CHU compris. Pourquoi ? Niveau de rémunération indéniablement mais aussi sans doute parce que les regroupements de laboratoires, plus avancés dans le secteur privé, favorisent de meilleures conditions de travail.

L'organisation en commun de la biologie médicale au sein du CHT doit aussi intégrer des perspectives concernant les nouvelles technologies telles que le séquençage haut débit.

Plutôt que de regrouper les laboratoires du GHT ne faudrait-il pas plutôt conserver des laboratoires de routine au plus près des services d'hospitalisation, pour garantir une réponse rapide et une présence biologique dans les établissements, et regrouper les activités très spécialisées du CHU au niveau régional? Cette hypothèse ne recueille pas d'accord du groupe, au sein même du GHT une gradation des examens doit être organisée entre les centres hospitaliers et le CHU, ce qui n'exclut pas que certains examens soient réalisés à Lyon comme c'est déjà le cas aujourd'hui. La biologie que nous devons réaliser et organiser au sein du GHT doit être adaptée au projet médical partagé de ce GHT et permettre aux activités médicales de se réaliser et de se développer là où elles sont prévues. L'objectif défini lors du dernier séminaire doit être confirmé : l'ensemble des B prescrits par les prescripteurs des établissements du GHT doivent être réalisés dans les laboratoires hospitaliers publics du GHT. Cette logique de groupe public territorial ne se limite pas au GHT et c'est dans cet esprit que le CHU a entrepris de recenser les examens très spécialisés qu'il sous-traite hors de la région pour les réorienter sur les HCL lorsque c'est possible.

La coopération mise en place entre le CHU et l'Hôpital du Gier pour la biologie médicale démontre qu'elle fait progresser les pratiques au sein de l'HdG comme celles du laboratoire du CHU. Pour cela il est nécessaire que soit mise en place une véritable gouvernance de la coopération biologique chargée d'en assurer le suivi. L'efficacité économique, dans une relation gagnant/gagnant, ne doit pas être oubliée car elle bien réelle.

Présentation par le Pr GONZALO du diaporama joint en annexe

La discussion s'engage autour de l'hypothèse pour le GHT Loire d'un laboratoire de biologie médicale unique et multi-sites.

La nécessité d'une « gouvernance biologique » associant les biologistes des différents sites de laboratoire et les cliniciens prescripteurs de tous les établissements, y compris lorsqu'ils ne sont pas un site du laboratoire unique, est réaffirmée.

La question est posée par une biologiste : qu'avons-nous à gagner avec un laboratoire unique ?

La mise en place d'un laboratoire unique paraît sur le plan des exigences de l'accréditation la seule solution qui puisse permettre aux biologistes qui le souhaiteraient de travailler sur un site qui n'est pas le leur habituellement. Il n'est en effet pas concevable de multiplier les habilitations et d'exiger des professionnels qu'ils possèdent la connaissance de plusieurs systèmes de management de la qualité (SMQ). En outre seul le laboratoire unique pourra permettre la validation à distance des examens biologiques quel que soit le site sur lequel ils seront réalisés ainsi que la mise en place de back-up véritablement opérationnels à l'échelle territoriale. Le laboratoire unique est le plus à même de permettre aux biologistes de faire plus de biologie, moins de « qualité » et moins d'informatique.



La problématique de l'immuno-hémato receveurs est posée. Les laboratoires hospitaliers qui réalisent eux-mêmes ces analyses (CH Forez, CH Ardèche Nord), en association avec la gestion d'un dépôt de sang, vont-ils conserver cette activité dans l'hypothèse d'un laboratoire unique multi-sites. L'HdG, qui n'a jamais disposé de la réalisation des groupages sur site (le laboratoire de ville prestataire avant le CHU ne les réalisait pas) a néanmoins maintenu ses activités d'urgence, de chirurgie, d'obstétrique et de surveillance continue ; les organisations mises en place dans cet établissement pourraient alimenter la réflexion territoriale.

S'agissant des coopérations entre les CH et d'autres établissements du GHT dont la biologie est aujourd'hui traitée par des laboratoires de ville, peut-on se contenter de conventions bilatérales ou faut-il faire référence au GHT ? Réponse à apporter lors de la prochaine réunion du groupe de travail.

Il est nécessaire de prendre en compte les inquiétudes que suscite la mise en place du GHT concernant notamment la biologie médicale. Les biologistes sont certes inquiets pour eux-mêmes mais ils savent qu'en cas de cessation d'activité de leur laboratoire ils n'auront pas vraiment de difficulté à retrouver un employeur. Il n'en est pas de même des personnels médicotechniques qui sont dans certains établissements très inquiets de la pérennité de leur laboratoire au point que cela suscite parfois une démotivation fâcheuse en phase d'accréditation sur le mode « *A quoi bon s'investir si le laboratoire n'a pas d'avenir ?* »

En conclusion, à l'exception de l'Hôpital Le Corbusier qui souhaite un retour préalable vers ses cliniciens avant de travailler l'hypothèse du laboratoire unique multi-sites le groupe de travail :

- confirme les points d'accord déjà actés lors du précédent séminaire

- décide d'approfondir l'hypothèse d'un laboratoire unique multi-sites pour qu'elle puisse être retenue dans le cadre du projet médical partagé

Le groupe de travail convient d'une prochaine réunion autour de la mi-novembre. Un doodle sera proposé aux participants pour arrêter une date aussi consensuelle que possible.



## PROJET MÉDICAL PARTAGÉ AXE « CANCEROLOGIE » V 06 03 2017

Les membres de la filière considèrent la construction du GHTLoire comme étant une chance pour structurer l'offre de soins en cancérologie et qu'ils disposent de véritables atouts et spécificités pour une prise en charge des patients optimale.

### A) Gouvernance : 2017

- **Activité de soins :** Concerne les établissements autorisés.
  - o Élaboration d'une politique commune (Charte) et formalisation des parcours patients.
  - o Outil de coordination: RCP inter-établissements.
  - o Basé sur le 3C ONCOLOIRE (Englobe déjà le bassin d'Annonay) et le 3C de ROANNE.
  - o Dans un premier temps : Création d'une RCP de « recours » par vidéoconférence pour les cas complexes.
  - o Dans un deuxième temps : Etude de l'extension de la visioconférence à tous les cas.
  - o Envisager la création d'une RCP plus spécialisée «Génomique» ou « Biomoléculaire».
- **Activité de recours :**
  - o L'ICLN pour les disciplines de Radiothérapie, d'Oncologie médicale, d'Hématologie et thérapie cellulaire, les soins de support et la pharmacie.
  - o Le CHU pour l'Oncologie d'organes (Gastro-entérologie, pneumologie, dermatologie, ...) la chirurgie conventionnelle et la chirurgie de recours, la Pédiatrie, la biologie moléculaire, l'anatomopathologie, l'imagerie.
  - o Développer des filières de prise en charge spécifique pour certaines pathologies (Tumeurs cérébrales...).
  - o Réactiver le pôle régional universitaire de cancérologie stéphanois.
- **Constituer l'équipe de coordination, élaborer le calendrier de réunion et le programme.**
  - o Représentative de l'activité (quantitative et qualitative), avec au moins un représentant par structure autorisée à prendre en charge le cancer.
- **Groupes de travail par organe pour formaliser les parcours patients, d'ici fin 2017.**

### B) Maillage territorial : 2017

- Les patients du GHT doivent être traités à l'intérieur du GHT sauf volonté contraire du patient
- Adressage prioritaire dans les EPS du GHTLoire sous réserve d'une prise de rendez-vous rapide et d'une réalisation des examens compatibles avec les besoins des patients.
- Identifier une filière téléphonique type « Hot Line » spécifique « GHTCancer »
- Orientation **vers le pôle de référence** pour l'innovation ou le recours.
- Orientation **par le pôle de référence** pour l'innovation ou le recours inaccessibles sur le GHT.



- Communication large autour de la filière publique « Cancérologie » du GHTLoire en direction du patient et de la médecine libérale.

- **Suivi piloté par les indicateurs (taux de fuite par le DIM de territoire par exemple).**

#### C) Fluidifier la filière : 2017 - 2021

- Développement de la PEC post traitement à proximité du domicile, création des filières d'aval de surveillance de fin de traitement, développement des « relais » soins de support à proximité du domicile, adaptation de la capacité d'accueil en unités de soins palliatifs.
- Formaliser et organiser le lien Ville-Hôpital pour la prise en charge des patients sous chimiothérapies orales en valorisant les consultations pluridisciplinaires, en développant la conciliation médicamenteuse et l'appui de l'expertise pharmaceutique.
- Former des infirmier(e)s en pratiques avancées et créer les postes en adéquation avec le nombre de personnels formés pour organiser avec les médecins le suivi post consultation.
- Etudier au niveau territorial la mutualisation de certaines fonctions.

#### D) Recherche clinique « lisible » et « visible » au niveau national et international : 2017 - 2018

- Thésaurus des « essais cliniques ouverts en cancérologie » à disposition dans chaque RCP.
- Au moment des RCP, proposer l'inclusion pour chaque patient qui répond aux critères d'inclusions dans un essai du GHT ou à défaut hors GHT.
- Ouverture d'un protocole par stade de la maladie et par organe et par site géographique : Gastro entérologie pour les cancers digestifs, Oncologie ICLN pour les cancers thoraciques...
- Essais académiques, les PHRC(s), PHRI(s) transversaux au niveau de tous les établissements.

#### E) Rendre la démographie médicale compatible avec l'activité : 2017- 2021

##### I. Maintien règlementaire et efficient de l'activité de traitement par chimiothérapie : 2017

- Dans les établissements disposant d'autorisations : CHAN, FOREZ, GIER, ROANNE, CHU, ICLN.
- **Réalisé, ni au détriment des établissements aidants ni à celui des exigences techniques.**
- Annonay et Forez (hors Hématologie Forez) :
  - o Primo prescription et évaluation de l'efficacité des traitements par ICLN/CHU.
  - o Accord préalable de la CPAM d'Annonay pour les transports.
  - o Accord préalable de l'ARS pour valider le dispositif.
  - o En attendant des recrutements (postes de seniors partagés).

##### II. Gestion prévisionnelle des besoins en personnels médicaux pour les 5 années à venir.

- Poste vacants :
  - o Hématologie : 1 à l'ICLN + 1 cytophérèse (ICLN) + 1 CHAN
  - o Oncologie Médicale : CHAN : 1 ou 2, Forez
- Départs à la retraite :
  - o Radiothérapie : 2 PH à Roanne, 4 PH à l'ICLN
  - o Hématologie : 1 PUPH ICLN, 2PH ICLN

- Oncologie Médicale : 1 PUPH, 2PH ICLN
- Solutions immédiates :
  - Reconnaissance ordinaire des médecins sur sites.
  - Offrir des perspectives pour favoriser l'exercice dans les hôpitaux de proximité.
  - Création de postes d'assistants spécialistes pour sénioriser des médecins en Cancérologie
- Actions à envisager avec M. Le Doyen de la Faculté :
  - Adapter le nombre d'internes et de chefs de cliniques aux besoins de la filière en Oncologie, radiothérapie, et hématologie.

**F) Un plateau technique renforcé :**

- Demande de création d'un centre stéphanois de radio-chirurgie stéréotaxique (ICLN-CHU)
- Installation d'une seconde TEP TDM au CHU SE.
- Installation d'un accélérateur linéaire avec imagerie type IRM embarquée à l'ICLN.
- Projet d'implantation à l'ICLN de la curie thérapie HDR de prostate sous anesthésie.
- Eviter les installations redondantes non efficaces.
- Projet régional de plateforme génomique en cours.
- Etude d'achat de matériel très spécifique non accessible à la taille d'un établissement.





## CR séminaire du projet médical partagé GHT Loire - filière cardio-vasculaire

18/10/2016 14h-16h30

Présents :

- hôpital le Corbusier Dr Afif
- hôpital du Gier Dr Ducrot
- CHUSE Dr Fuzellier
- CH du Forez Dr Kruszynski
- CH Roanne Dr Levallois
- CH Ardèche Nord Dr Sendid
- CH Ardèche Nord A. Vial

### I. Etat des lieux

#### 1.1 Contexte

Globalement, les filières cardiologiques semblent plutôt bien fonctionner au sein des CH présents. Les intervenants posent la question de la collaboration exclusivement publique en s'interrogeant sur l'opportunité de continuer à travailler avec les autres établissements semi publics. En effet, il paraît envisageable pour les différents établissements, de transférer leurs patients, qu'ils transfèrent aujourd'hui dans le secteur privé, au CHU St Etienne à condition que la prestation proposée par le CHU soit la même que celle proposée par leurs interlocuteurs actuels, notamment en termes de réactivité. Certains praticiens se demandent pourquoi on souhaite détruire ce qui fonctionne bien actuellement, notamment les coopérations entre secteurs public et privé. Les praticiens expriment également la crainte de voir le GHT siphonner l'activité des CH périphériques. Les praticiens du CHU répondent que le CHU n'a pas les capacités de toute façon d'absorber cette activité et qu'il a, au contraire, intérêt à avoir des CH forts et compétents autour de lui.

#### 1.2 Etat des lieux PM et activité

Le nombre de praticiens est indiqué en nb de personnes physiques (et pas en ETP).

- CHU : cardiologie : 10 praticiens dont 1 départ à la retraite dans les 5 ans à venir/Chirurgie vasculaire : 5 praticiens dont 1 départ à la retraite dans les 5 ans à venir/chirurgie cardiaque : 3 praticiens dont 1 départ à la retraite dans les 5 ans à venir
- Roanne : 4 praticiens cardiologie + 1 praticien angiologie
- CH du Forez : site de Montbrison : 1 praticien cardiologie/site de Feurs : 4 praticiens cardiologie + 1 praticien cardiologue/angiologue dont 1 départ à la retraite dans les 5 ans à venir

-CH Annonay : 5 praticiens cardiologie + 2 praticiens angiologie dont 3 départs à la retraite dans les 5 ans à venir

-CH du Gier : 4 praticiens cardiologie + pneumologie pour gérer les lits

-CH le Corbusier Firminy : 3 praticiens cardiologie + 1 praticien MG/maladie du sommeil

## II. Pistes à analyser

### 2.1 Les spécificités de la filière

- Chirurgie cardiaque : l'activité est prise en charge par le CHU sur le territoire du GHT, même si l'on constate des fuites du territoire vers d'autres ES. Les ES adresseurs souhaiteraient une meilleure identification des référents du CHU pour les ES périphériques. Il faudrait que le CHU puisse proposer des référents joignables par sous spécialité afin de faciliter les prises en charge.
- Chirurgie vasculaire : CH d'Annonay est intéressé pour mettre en place à Annonay une activité de chirurgie vasculaire en lien avec le CHU ou au moins des consultations avancées dans cette discipline ; l'activité est actuellement exercée par des praticiens de la clinique du Tonkin. Le CH du Forez serait également intéressé de pouvoir adresser davantage de patients  
Dans l'état actuel de ses équipes, le CHU ne pourrait absorber cette activité à moyens constants. Il faudrait évaluer l'activité potentielle afin de pouvoir réaliser une analyse médico-économique sur cette augmentation potentielle d'activité.
- Cardiologie interventionnelle  
Cette activité est réalisée au CHU St Etienne et les ES périphériques y adressent leurs patients. On ne recense pas de pb de réactivité sur cette spécialité.

### 2.2 Les moyens nécessaires

- échange d'images entre EPS : il faudrait généraliser l'accès au PACS du CHU pour permettre l'envoi des images entre EPS. (pour le moment, le PACS est partagé entre CHU et le Forez)
- postes assistants partagés : c'est un projet qui semble intéressant pour la plupart des ES. Cependant, les praticiens expliquent que ces postes ne sont pas attractifs pour de jeunes praticiens. En effet, le temps partagé nuit à l'investissement du praticien dans les 2 structures. Cela semble un projet intéressant mais mérite d'être évalué. Cela reste cependant pour le moment la seule possibilité de partager du temps médical avec le CHU en cette période de recrutement médical difficile.
- Fuites sur le territoire : il faut analyser les taux de fuites dans les différentes spécialités sur le territoire du GHT

## **CR séminaire du projet médical partagé GHT Loire - filière cardio-vasculaire**

**22/11/2016 14h30-16h30**

Présents :

-hôpital le Corbusier Dr Abdellaoui

-hôpital du Gier Dr Ducrot

-CHUSE Dr Fuzellier

-CH du Forez Dr Kruszynski

-CH Roanne Dr Kaaki

-CH Ardèche Nord A. Vial

1. Approbation du CR réunion 18/10/2016

2. Pistes de collaboration possibles

2.1 Postes d'assistants partagés

Pour les praticiens, les postes d'assistants partagés doivent absolument être pérennisés car ils symbolisent l'intérêt majeur du GHT actuellement. Ils doivent être promus par les praticiens du CHU auprès des futurs assistants. Un bilan de ces postes doit être réalisé rapidement après leur mise en place. Un tutorat formalisé devrait être mis en place et réalisé par le praticien du CHU et celui du CHG auprès de l'assistant. Un bilan est fait sur les postes d'assistants partagés déjà mis en place.

-CH Roanne : pas de nouveau poste d'assistant partagé avec le chu mais un poste partagé en chirurgie vasculaire depuis 2ans (50% au CHU/50% Roanne). DR Kaaki souligne que ce partenariat se passe très bien et souhaite qu'il soit pérennisé. Pr Fuzellier indique que ce poste pourrait être remis en cause dans 2 ans faute de candidat actuellement même si ce n'est pas du tout le souhait du chu.

-CH Firminy : poste assistant partagé (20% Firminy/80% CHU) financé en totalité par Firminy, sans aide de l'ars.

-CH St Chamond : 1 poste d'assistant partagé (20% St Chamond/80% CHU) avec un 2ème poste qui devrait être pourvu d'ici à fin 2016.

Les autres établissements n'ont pas obtenu de poste d'assistant partagé.



Les ES dans leur globalité se plaignent d'être traités différemment et le CH Firminy se demande pourquoi le poste d'assistant partagé qui lui a été accordé n'a pas obtenu de financement ARS.

Les ES se félicitent de la politique du CHU d'envoi d'internes de fin de cursus dans les établissements périphériques et souhaitent que cela perdure.

## 2.2 Les activités de la filière

### 2.2.1 cardiologie

C'est une activité qui semble bien fonctionner sur l'ensemble des CH, bien que quelques départs à la retraite doivent être anticipés dans les années à venir dans la majorité des ES.

### 2.2.2 chirurgie vasculaire et cardiaque

Dans l'état actuel des effectifs médicaux et de la disponibilité de plages (et présence d'anesthésistes) dans les blocs opératoires, il n'est pas possible pour le CHU d'absorber l'activité des ES du GHT qui n'est pas faite actuellement au CHU. Les autres ES envoient cette activité en partie vers le CHU mais également vers d'autres établissements publics et privés. Il en est de même pour les besoins en examens spécialisés (coroscan, scintigraphie ...).

Mme Vial se charge de faire évaluer l'activité qui aujourd'hui n'est pas adressée vers le CHU mais vers d'autres établissements, notamment privés, du secteur. Cela pourrait permettre d'évaluer en regard les besoins en effectifs et en plages de blocs au CHU.

## 2.3 Les besoins supports

### 2.3.1 le PACS

L'accès au PACS est partagé actuellement entre le CHU et le CH du Forez et il semble intéressant de l'élargir à l'ensemble des ES afin de pouvoir partager des images (scanner et IRM actuellement). Les praticiens demandent si le PACS peut servir à stocker des échographies. Mme Vial se renseignera.

### 2.3.2 annuaire des référents au CHU

Les ES périphériques font remarquer qu'il n'est pas toujours aisé d'accéder à la bonne personne dans les services qui les intéressent. La mise en place d'un annuaire, réservé aux membres du GHT, qui recenserait les numéros des personnes à joindre par sous spécialité/pendant les gardes et astreintes ... serait un outil très utile et valorisant pour le GHT.

Enfin, les personnes présentes soulignent que les moyens doivent suivre si l'on souhaite que le GHT fonctionne et soit un projet attrayant pour les praticiens. Mme Vial précise que malheureusement les moyens ne sont pas toujours extensibles et disponibles même pour un CHU.

## Atelier 2



# Dossier patient et systèmes d'information médicale

## Dossier patient et système d'information médicale



- **Attendus à 5 ans :**

1. Dossier patient partagé du GHT, ouvert aux partenaires, à la médecine de ville et aux patients :
  1. *Etat des lieux des filières actives qui ont besoin d'échanger des données médicales au sein du GHT*
  2. *Organiser une consultation pour identifier les besoins d'échanges (et les données à échanger)*
  3. *Identifier le contenu du dossier commun de GHT et les dossiers de spécialités*
  4. *Identifier les clés d'accès aux informations (hiérarchisation et classement de l'information) pour chaque besoin médical*
  5. *Identifier des projets pilotes pour tester chaque dispositif*
  6. *Prendre en compte les retours des partenaires et médecins de ville pour adapter le dossier*
  7. *Identifier les informations exportables aux patients*
  8. *Articulation entre le dossier patient partagé et le dossier patient de l'établissement*



## Dossier patient et système d'information médicale



- **Attendus à 5 ans :**

1. **Identifiant patient unique pour les patients du GHT :**
  1. *Mise en place d'une cellule d'identito-vigilance de territoire : guide de bonne pratique de saisie de l'identité, vérifier doublons et rapprochement d'identité (STIC régional ou outil proche de STIC)*
  2. *Accompagner l'ensemble des établissements du GHT pour se raccorder à SISRA afin de bénéficier de STIC*
  3. *Mise en œuvre d'un serveur de rapprochement d'identité, STIC ou outil équivalent*
  4. *Utilisation de l'IPP Régional/GHT pour l'entrepôt de données médico-économique*
  5. *Opportunité de lancer un projet de GAM commune au niveau des établissements du GHT*

# Dossier patient et système d'information médicale



- **Attendus à 5 ans :**

1. Equipe projet « Dossier Patient GHT » :
  1. *En préparation des travaux sur le SDSI, identifier les établissements qui souhaitent migrer à Easily et sur quel périmètre*
  2. *Définir la gouvernance de l'équipe projet (stratégique, pilotage, projets opérationnels)*
  3. *Equipe technique centralisée (installation du logiciel, support technique, gestion des interfaces, reprise des données)*
  4. *Equipe métier (fonctionnelle) : formation, paramétrage, assistance au démarrage, support aux utilisateurs*
  5. *Equipe relais pour le paramétrage local (adaptation aux usages) nécessaire à chaque site*
  6. *Financement (clé de répartition)*
  7. *Communication (et Intranet) pour obtenir l'adhésion des professionnels*
  8. *Identification d'un hôpital pilote pour l'évaluation des évolutions du projet*

## Dossier patient et système d'information médicale

- **Attendus à 5 ans :**



1. Base (entrepôt) de données médico-économique commune pour l'analyse et le pilotage au niveau du GHT :
  1. *Phase préliminaire de paramétrage avant la mise en place de l'entrepôt :*
    1. *Mise en cohérence des fichiers structures des établissements*
    2. *Identifiant patient commun*
    3. *Gestion des accès à ces données*
  2. *Constituer un groupe de pilotage (DIM, CG et DSI)*
  3. *Utiliser un logiciel d'aide à la décision commun entre les établissements et accessible pour tous les établissements afin de produire facilement des tableaux d'analyse (de type PMSI Pilot)*
  4. *Travail sur les indicateurs : lesquels ? (IPAQSS, Certification, benchmark blocs, imagerie, HN...)*
  5. *Ressources humaines (statisticiens), logicielle pour gérer cet entrepôt de données*
  6. *Construire un entrepôt de données avec une gouvernance autour d'une commission stratégique « analyse des informations »*



## Dossier patient et système d'information médicale



- **Attendus à 5 ans :**

1. Sécurité, fiabilité, confidentialité, traçabilité et conservation des données médicales au niveau du GHT :
  1. *Analyse des risques SI à priori au niveau des établissements du GHT*
  2. *Groupe projet SSI au niveau du territoire*
  3. *Mise en place d'un plan d'action sécurité*
  4. *Réflexion sur l'AHDS et prise en compte de la problématique d'hébergement des données de santé*
  5. *Organisation du recueil de consentement des patients*
  6. *Confidentialité : aspects techniques et humains*
  7. *Pérennisation (reprise) des données médicales existantes*
  8. *Certification et exigences réglementaires*



## **Le projet médical partagé GHT DOuLoire**

### **- L'Axe Douleur Chronique du GHT Loire -**

#### **Introduction**

##### **La douleur Chronique en France**

Dès 1998 les Autorités sanitaires françaises proposent des critères d'identification des structures de lutte contre la douleur chronique (circulaire DGS :DH/n°98/47 du 4 février 1998). Les notions d'approches pluri-professionnelles et/ou pluri-disciplinaires sont essentielles à la prise en charge de la douleur chronique.

Au décours de 3 plans douleur nationaux successifs, la France s'est dotée de Structures douleur sur l'ensemble du territoire (245 structures en 2015 dont 39% de Centres et 61% de Consultations). L'offre de soins concernant la douleur chronique est définie par régionalement par chaque Agence Régionale de Santé.

En 2016 une nouvelle labellisation des structures douleur est prévue, labellisation qui conditionne le financement des structures par les MIG.

Parallèlement des Groupements Hospitaliers de Territoires doivent être mis en place, afin de mieux répondre aux besoins de la population.

##### **La douleur chronique en Rhône alpes –Auvergne**

Il existe respectivement en 2015 vingt-quatre structures douleur en Rhône-alpes ( 15 consultations, 9 centres) pour une population de 6.34 Millions d'habitants et huit structures douleur en Auvergne (5 consultations et 3 centres) pour une population de 1.35 millions d'habitants.

Des correspondants régionaux permettent de faire le lien entre la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD), l'ARS et les structures régionales (En Rhône Alpes, Dr Jean-Bernard Caillet sur le plan médical, Evelyne Arbiol sur le plan infirmier et Raphaël Minjart sur le plan des psychologues; En Auvergne, Dr Pascale Picard sur le plan médical et Paul Pionchon sur le plan des psychologues)

Il existe depuis plusieurs années une collaboration intra-régionale d'une part dans le domaine de la formation universitaire (Diplômes inter-universitaires et capacité



douleur Rhône- Alpes Auvergne), dans le domaine de la formation non universitaire (journées et réunions de formation communes ouvertes aux paramédicaux et médecins de Rhône alpes Auvergne organisées par l'association SARADOL ; actions départementales des inter-clud), dans le domaine de la recherche (laboratoire Inserm Intégration centrale de la Douleur Lyon & Saint-Etienne ; collaborations CETD Saint-Etienne et Clermont-Ferrand ; demande de RHU en cours). S'il existe des réseaux comme celui de Voiron, aucun parcours de soin n'a été formalisé sur le plan de la région elle-même.

### **La douleur chronique dans la Loire**

Dans la Loire, parmi les consultations douleur labellisées par l'ARS on retrouve une Consultation au sein de l'Hôpital de Roanne (responsable Dr Comby), une Consultation au sein de l'Hôpital du Forez (responsable Dr Chaussinand) et un Centre au sein du CHU de Saint-Etienne (responsable Dr Créac'h). Une demande de labellisation est en cours au sein de la clinique mutualiste (responsable Dr Baylot).

En pratique Il existe une collaboration effective entre les cliniciens des différentes structures douleur de la Loire et d'autres médecins impliqués dans la douleur (soins de support de ICL, hôpitaux de Saint-Chamond- Rive de Giers, de Firminy, d'Annonay). Elle permet l'échange autour de dossiers complexes, voire l'adressage des patients ayant une nécessité d'expertise vers le CETD de Saint-Etienne ou l'adressage pour des suivis de proximité. On note que 12% des consultations et 17% des hospitalisations de jour effectuées au CETD de Saint-Etienne en 2015 concernaient des patients de Haute Loire. Le secteur Nord Ardèche sollicite également régulièrement le CETD de Saint-Etienne.

On constate cependant des dysfonctions dans certains parcours de soins, avec d'une part des phénomènes de redondance (patients consultant de façon anarchique dans différentes consultations proches) ou inversement des phénomènes de défaut d'adressage (recours tardif aux structures douleur après chirurgie, défaut d'accès des structures aux établissements gériatriques etc...), voire une absence de visibilité des offres de soins concernant la douleur chronique par exemple dans le domaine pédiatrique. L'allongement des durées de vie des patients atteints de cancer (même métastatisés) explique aussi une augmentation du nombre de demandes de prises en charge soit pour des douleurs aiguës liées au cancer, de douleurs neuropathiques séquellaires de cancer, mais aussi de douleur douleurs chroniques liées à un cancer en cours de traitement... Il est nécessaire de coordonner les actions des différents acteurs de soins qui interviennent dans ces différents domaines.

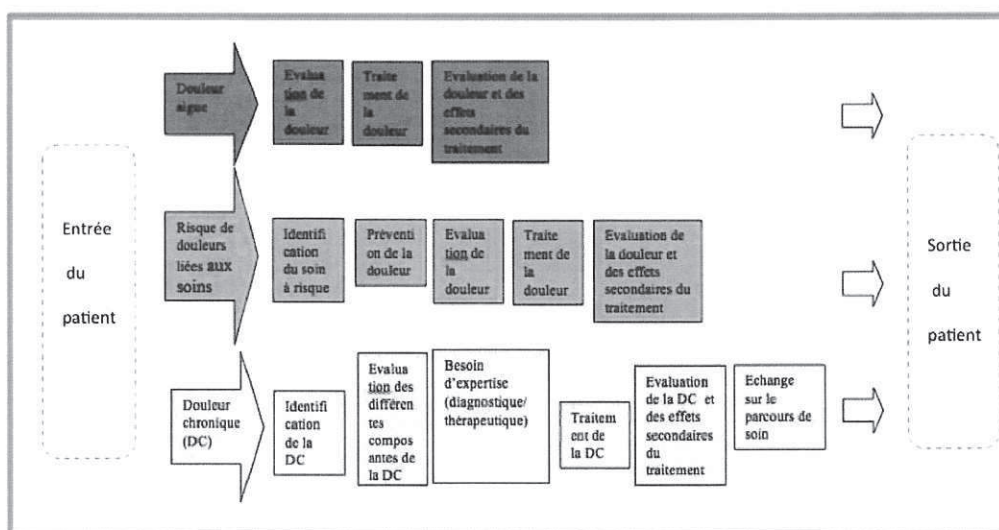


## Réflexions autour des Processus Douleur des certifications

La confrontation de nos expériences au sein des différents CLUD nous a permis de prendre conscience de l'intérêt de mutualiser nos savoirs et nos compétences dans le domaine de la prise en charge de la douleur et de la formation autour de celle-ci.

Une prise en charge optimale de la douleur aiguë et de la douleur induite par les soins étant des éléments importants dans la prévention de la douleur chronique, il paraît indispensable de coordonner les actions menées dans ces différents domaines.

V2014- Le Processus Douleur dans le parcours du patient au sein du GHT DOuLoire



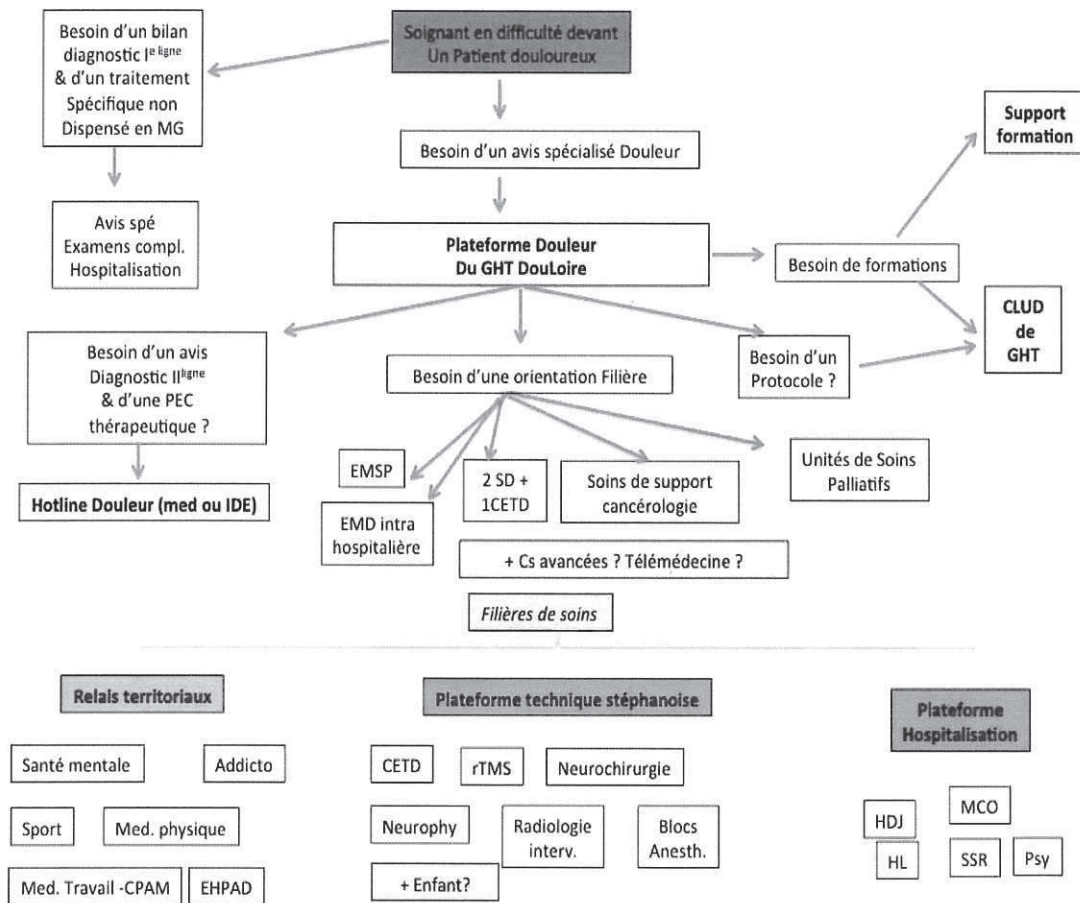
Le GHT DOuLoire s'attache particulièrement au processus Douleur chronique.

Cependant, considérant qu'il doit jouer aussi un rôle de prévention de la douleur chronique ainsi qu'un rôle d'aide pour les établissements, il intervient via le CLUD de GHT dans les Processus Douleur aiguë et Risques de douleurs liées aux soins.

## Le Projet DOuLoire

### Objectif principal ?

Le projet DOuLoire vise à favoriser les échanges inter-professionnels dans les domaines de la douleur chronique et de sa prévention, entre les Structures Douleur, les Hôpitaux du GHT et la Médecine de Ville. La clé de voûte du GHT DOuLoire est la mise en place d'une **plateforme Douleur** dédiée aux médecins et soignants du GHT dans un premier temps et rapidement aux médecins et soignants du Territoire.



### **Quels acteurs ?**

- **Pilotes du dispositif:** Dr Chaussinand (responsable de la consultation douleur et président de CME de l'hôpital du Forez ) Dr Comby (responsable de la consultation Douleur de l'Hôpital de Roanne) et Dr Créac'h (responsable du CETD du CHU de Saint-Etienne et pilote de Processus Douleur de la V2014 sur le CHU de Saint-Etienne).
- **Groupe de travail:** Les pilotes de dispositifs pré-cités ainsi que Madame Pascale Faure (IDE Psychiatrie St Etienne- approches psychocorporelles non médicamenteuses), le Dr Canelle Lefèvre (gériatre , présidente du CLUD du CHG de Firminy), le Dr Stéphanie Morisson de l'ICL, Le Dr Mariana Pernea (USP Annonay), le Dr Valérie Rieu (urgences pédiatriques), le Dr Pascale Vassal (USP Saint-Etienne), et Monsieur Battesti (Directeur de la Stratégie, des Coopérations, des Affaires générales et juridiques du CHU de Saint-Etienne).

### **Etat des lieux du projet à la date du 7 octobre 2016 ?**

Après plusieurs réunions téléphoniques, une première réunion physique du groupe de travail s'est tenue le jeudi 6 octobre au CETD stéphanois (MCC, JPC, CC, PF, SM, PV).

Les objectifs ont été discutés et hiérarchisés (cf diaporama).

Extension du groupe de travail ? il serait utile d'intégrer une infirmière ressource douleur (hors CHU), un médecin généraliste. Pourra aussi se discuter l'iun cadre administratif de psychiatrie impliqué sur les secteurs et enfin un correspondant de la DSI de façon à intégrer la démarche dans la logique d'une plateforme CISRA (télémédecine, visuoconférence, prévision de myGHT...) (*démarches ouvertes en cours*).

La priorité actuelle du groupe de travail est de rédiger le projet territorial du GHT DOuLoire à soumettre à l'ARS Rhône Alpes Auvergne. Le DrCréac'h se charge de l'écriture d'une première version du projet puis de la synthèse de toutes les remarques qui lui seront transmises. Une réunion de concertation sera à prévoir en début décembre afin d'échanger tous ensemble sur le projet et également afin de mettre en place des programmes d'actions ciblées par binômes ou trinômes pour 2017.

Une première présentation du GHT DOuLoire sera faite en interclud "Les interclud à l'épreuve du GHT" le 18 octobre 2016 au Puy En Velay



(présentation générale des GHT JPC; le GHT DOuLoire CC; le CLUD de GHT MCC)

Sont enfin prévus des points d'étapes en Collège Médical et en Bureau du Comité stratégique dans le cadre des recommandations des instances du GHT.

### ***Plan d'actions 2017-2018***

#### **1- Permettre l'accès un recours aux protocoles de soins et aux actions de formation sur le territoire via un CLUD de GHT**

/ Création du CLUD de GHT (définition des statuts faite par MCC; la composition et le fonctionnement restera à valider avec le groupe de travail)

/ Modification de la convention interclud du 10/02/2010) pour y intégrer le CLUD de GHT (à discuter le 18 octobre)(avenant en cours de rédaction par MCC)

/ Prise de contact avec les différents présidents de CLUD actuels à prévoir

/ Travail de collection des données existantes; mise à disposition des documents qui ne pourra être faite qu'avec des supports informatiques adaptés (internet de GHT + réflexion actuelle avec le service de communication du CHU sur un organigramme Douleur+ plan téléphonie)

/ Travail de collection des besoins de formation (à prévoir avec la Direction des soins ?)

/ Travail à intégrer dans les Processus de certification Douleur (mise en commun de protocoles; échange de pratiques; actions de formations sur le Territoire)

#### **2 - Optimiser les filières de soins**

##### **2. 1 Améliorer la visibilité des filières via la Réalisation de Plaquettes d'information du GHT DOuLoire**

/ temps 1: document pour MG sur les structures douleurs chroniques Inspirée de l'expérience Chronodol de l'ARS Centre (en cours de réalisation; on a eu l'accord de l'association Indolor cf document ci-joint)

/ temps 2: doc sur les acteurs du GHT DOuLoire : ne pourra être écrit qu'après réunion avec les correspondants

#### Qu'est-ce qu'évaluent les Structures Douleur ?

Elles évaluent l'histoire du patient, les différents facteurs à l'origine des douleurs, le retentissement des douleurs sur la vie du patient, les résultats des avis et/ou des examens déjà pratiqués, les effets des thérapeutiques prescrites, ainsi que les attentes du patient.

#### Les Structures Douleur ont-elles pour objectif de faire disparaître les Douleurs chroniques ?

Contrairement à la douleur aiguë que l'on arrive bien à soulager, la douleur chronique reste par définition difficile à traiter. Il s'agit donc d'aider les patients à « mieux vivre avec leur douleur chronique » grâce à la prescription de traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux et à la mise en relation avec d'autres professionnels de santé.

#### L'adressage aux Structures Douleur peut-il se faire directement sans passer par un médecin ?

Non. Pour leur bon déroulement il est indispensable que le médecin référent fournisse le maximum de détails sur les bilans et les thérapeutiques déjà utilisés. Les consultations étant souvent longues, et/ou pluri-professionnelles, elles ne se font donc que sur rendez-vous.

#### Les Structures Douleur peuvent-elles se substituer aux médecins référents ?

Non. Le médecin référent est celui qui centralise tous les avis médicaux passés ou futurs. Son rôle de synthèse et d'aiguillage du patient est indispensable. Il évite une errance médicale qui est souvent délétère au patient.

#### La survenue d'une douleur aiguë brutale relève-t-elle d'une Structure Douleur ?

Non, la douleur aiguë est le plus souvent le signe d'une pathologie qui nécessite un diagnostic médical rapide par le médecin référent, par le médecin de garde voire les urgences.

### Quand adresser en structures Douleur ? Questionnaire Chronodol

(développé par l'ARS Centres avec le soutien de Sanofi)



<input type="checkbox"/>	<b>Aucun diagnostic étiologique n'a pu être déterminé :</b> une évaluation complète du syndrome douloureux n'a pas permis d'établir la pathologie et le mécanisme à l'origine de la douleur
<input type="checkbox"/>	<b>Plusieurs traitements antalgiques se sont révélés inefficaces :</b> les différents traitements médicamenteux utilisés n'ont pas permis de diminuer de façon significative l'intensité de la douleur
<input type="checkbox"/>	<b>Le parcours du patient est complexe :</b> multiples intervenants, avis et/ou résultats d'examens divergents, nomadisme médical, parcours non coordonné...
<input type="checkbox"/>	<b>Il existe un retentissement sur les activités de la vie quotidienne :</b> augmentation du temps en position allongée, réduction du périmètre de marche, des ports de charge, diminution des loisirs...
<input type="checkbox"/>	<b>Il existe un retentissement psychologique :</b> anxiété, dépression, catastrophisme, irritabilité, trouble du sommeil
<input type="checkbox"/>	<b>Il existe un retentissement socio-familial :</b> précarité, isolement social, incompréhension ou hyper-protection des proches, conjugopathie...
<input type="checkbox"/>	<b>Il existe des difficultés professionnelles et/ou un risque de perte d'emploi :</b> insatisfaction au travail, conflits, arrêt de travail prolongé, nécessité d'adaptation du poste de travail ou de reconversion, menace de licenciement
<input type="checkbox"/>	<b>Le patient présente des facteurs individuels de vulnérabilité :</b> personne âgée, enfant, autre maladie chronique, situation de handicap...
<input type="checkbox"/>	<b>Il existe des facteurs environnementaux de fragilisation :</b> préexistence d'événements de vie difficiles et/ou de traumatismes physiques ou psychologiques, récents ou anciens
<input type="checkbox"/>	<b>Le patient exprime une attente de prise en charge globale :</b> physique, psychologique et sociale

## 2.2. Recenser les ressources de soins pour renforcer les accès aux filières existantes

/ Identification des spécificités de chaque structure, en terme d'évaluation, de prises en charges médicamenteuses et non médicamenteuses (*en s'appuyant sur l'enquête Rhone-Alpes en cours coordonnée par JB Cailliet*)

/ Travail sur l'orientation des patients avec une Ré-orientation de demandes de consultations sur les secteurs les plus adaptés ; mise en place de consultations (cs) de première ligne / de cs de seconde ligne pluri-professionnelles / de cs de troisième ligne en lien avec une spécificité importante (expertise, traitement spécifique....)

/ Identification des liens existant entre les structures douleur, les services de chirurgie, la pédiatrie, la gériatrie, les structures à orientations psychiatriques et les SSR



## **2.3 - Créer une équipe territoriale de Ressource Douleur**

### **/ Actions médicales**

- Coordination du GHT DOuLoire
- Numéro Vert médical DOuLoire: accessible aux médecins de ville et à tous les Hôpitaux du GHT afin de répondre à des questions strictement médicales.
- Aide à l'orientation de problèmes de douleur urgents ou semi-urgents
- Travail spécifique sur les outils d'informations et de formation: visuoconférences, RCP, télé médecine...
- Mise en place de Consultations avancées dans des secteurs sans CTD (Nord Ardèche ?)

### **/ Action d'IDE ressource douleur coordinatrices**

- Numéro Vert infirmier DOuLoire: accessible aux soignants afin de répondre à des questions d'ordre technique concernant des soins infirmiers et ou des dispositifs spécifiques (NST, MEOPA, pompes...).
- Aide à l'orientation de problèmes de douleur urgents ou semi-urgents
- Aide à la formation d'équipes et/ou à l'accès des zones rurales à certaines techniques à prescription réglementée Du fait des contraintes majeures des déplacements physiques, une réflexion doit être menée sur le plan de la Télé médecine.

### **/ Demande de temps de secrétariat**

- Accueil téléphonique : Aide à l'adressage vers les filières adaptées
- Mise en ligne des documents partagés pour le clud de ght
- Gestion des compte-rendus générés par la plateforme (organisation et rcp)
- gestion des plannings de formation

## **3 - Faciliter l'accès pour tous aux ressources douleur du territoire**

/ Relais territoriaux: Santé mentale, dont addictologie, Sport et Santé, Médecine Physique, Médecine du travail, CPAM etc...

/ Plateforme Douleur stéphanoise: expertise CETD et neurophysiologie de la douleur, Neurochirurgie de la douleur, radiologie interventionnelle, blocs anesthésiques complexes, prises en charge spécifiques pédiatriques...

/ Hospitalisations: HDJ, Hospitalisations de longue durée, en MCO, en Psychiatrie en SSR



#### **4 - Promouvoir le développement d'Axes spécifiques de recherche clinique et de soins cliniques**

/ Douleurs cancéreuses - liens avec les soins de support et les soins palliatifs

/ Douleur de l'Enfant , & adolescents - liens avec la Pédiatrie

/ Sujets âgés - liens avec la Gériatrie

/ Santé mentale - liens avec CMP

/ Handicap physique & mental - lien avec les ESAT, MAS, CME...



## **PRE PROJET MEDICAL GERIATRIE**

### INTRODUCTION (à mettre en forme)

L'ensemble des médecins travaillant sur le projet médical de gériatrie dans le cadre du GHT se sont réunis 3 fois. De ce groupe de travail ressort le projet médical partagé ci-dessous.

Etaient présents

Dr BALANDRAUD Béatrice, CH du Forez

Dr THIENNAUD Laurence CH Amplepuis

Dr ROBIN Michel CHI Thizy-cours

Dr MOMPLOT Corinne CH du Gier

Dr CARRIERE Isabelle CH St Galmier

Dr GIBERT Christian CH Chazelle sur Lyon

Dr BESSON Christiane CH Claudinon

Dr ARCESE Guillaume CH Claudinon

Dr BERTHEAS Patrick CH Firminy

Dr GERBAULET Lucien CH Serrieres

Dr GERBAULET-HAZARD Ingrid CH Annonay

Dr CELARIER CHU St Etienne

Participaient également

M CHAPUIS Hervé CHU Saint Etienne

M MORIN Marc CH St GALMIER

### **DIAGNOSTIC PARTAGE**

L'ensemble de la capacité du GHT gériatrique représente un peu plus de 4 000 lits et places comprenant les courts séjours gériatriques, EHPAD, USLD et SSR, places d'hôpitaux de jour.

#### **Les forces :**

- Bonne définition des filières gérontologiques et de leur fonctionnement, créant une bonne cohésion d'ensemble.
- Bonne connaissance des acteurs entre eux à l'intérieur de ces filières et dans chacun des bassins d'habitat.
- Pour certain, très bonne articulation avec la médecine de ville avec un système de hotline efficace



- Pour certains établissements, bonne fluidité avec les services de médecine de spécialité
- Réflexions de coordination/regroupement sur CHI THIZY LES BOURGS-COURT, AMPLEPUIS, et sur Chazelles-St Symphorien – St Laurent de Chamousset
- Dans les services associant un mixte CS/SSR, il y a une bonne fluidité du circuit patient, associé à des DMS relativement plus courtes.

### **Les faiblesses :**

- Problème de la démographie médicale. L'enquête jointe permet de connaître les besoins actuels et à venir pour essayer d'anticiper au mieux les futurs postes vacants. Cette enquête représente le minimum des besoins, et ne tient pas compte de départ non anticipables à ce jour.
- Problème de l'attractivité médicale en lien avec la question des conditions de travail proposées : exercice parfois en multi-site, astreintes fréquentes, isolement géographique et professionnel, difficulté parfois de trouver des auxiliaires para médicaux.
- Les établissements ayant un effectif cible bas montrent aussi des difficultés de recrutement.
- Articulation MCO/SSR. Certains établissements passent systématiquement par les urgences, ce circuit n'est pas toujours maîtrisé (notamment en situation de crise). Moyens à mettre en œuvre pour éviter cette organisation ?
- Difficulté de recrutement de médecins (coordonnateurs ou traitants) dans les différents EHPAD (hors celles du GHT également), ce qui a un impact sur le fonctionnement global des prises en charge. Les EHPAD du territoire sont associés aux filières du GHT.
- Manque de liens avec la psychiatrie pour les problématiques de géronto – psychiatrie et de handicap.
- Peu de lien entre les filières gérontologiques St Chamond- Firminy et la filière de St Etienne. Difficultés de maintenir en EHPAD des patients lourds pour des problématiques d'effectifs et budgétaires et,
- Toutes les filières gérontologiques ne sont pas complètes (manque de lits USLD, d'hôpital de jour, UVP agréés aide sociale, d'UHR)

### **Les opportunités :**

- Mise en commun du travail des filières,
- Coordination de l'activité filière à réfléchir par zones (3 zones)
- Terrain de recherche clinique à fort potentiel, compte tenu du nombre important de lits CS/ EHPAD/SSR/USLD du GHT.
- Développement des liens avec le gérontopole.
- Création de postes d'assistants partagés financés par l'ARS
- Suite à la publication au JO la faculté de médecine de St Etienne a obtenu 6 postes de DES gériatrie par an. Cette mesure à effet à partir de novembre 2017, avec un internat d'une durée de 4 ans.

Cette filiarisation permettra d'anticiper les départs à venir. Chaque membre du GHT devant signaler le plus tôt possible les postes se libérant pour trouver un candidat (GPMC personnel

médical). Etablissement d'un tableau de bord de suivi prospectif. Cette familiarisation permettra aussi d'aider les EHPAD en manque de temps médical.

Ce suivi de la GPMC médicale est assuré par la DAMR du CHU, en collaboration avec l'équipe universitaire du service de gériatrie.

### **Les risques**

Organisation médicale, difficile compte tenu du manque de couverture médicale ;

Hétérogénéité et attractivité différente suivant les secteurs (liée à la charge de travail et le rythme des astreintes).

Risque de fermeture d'activité du fait du manque d'effectif médical avec les incidences que ceci pourrait produire sur la fluidité de la prise en charge des patients. Ce risque est d'autant plus important que tous les postes ouverts peuvent ne pas être pourvus, lors du concours d'internat.

Difficultés de recomposition de l'offre pour la sécurisation médico-administrative des activités, et la rationalisation de l'offre de soins.

Difficulté de maîtrise du fonctionnement médical des EHPAD qui ne sont pas membres du GHT, publics ou privés (présence nécessaires de médecins coordonnateurs, de médecins de ville...). Une réflexion conjointe entre l'ARS et le GHT et les représentants d'EHPAD hors GHT devrait être mise en place pour évoquer ce sujet.

### **Collaborations existantes**

Bonne synergie du secteur de Roanne, GCS, PAERPA

Bon fonctionnement des acteurs de la filière du Forez, connaissance des acteurs, journal de filière, journées filières.

Postes partagés et fonctionnement en équipe sur le secteur Annonay/Serrières avec consultations avancées sur St Félicien

## **PROJET MEDICAL PRENANT EN COMPTE LE DIAGNOSTIC PARTAGE**

### **Gestion de l'effectif médical**

#### **Accueillir des nouveaux professionnels**

- Remplir les conditions pour obtenir l'agrément afin de recevoir des stages DES. L'agrément sera donné par l'université de médecine. Les critères ont été diffusés aux établissements pour qu'ils puissent se mettre en situation de recevoir les internes concernés. Compte tenu de la montée en charge du dispositif, la cible comprendra 24 candidats. Une maquette de stage sera obligatoire pour les candidats (stages en gériatries et dans des services de spécialités médicales y compris psychiatrie)



- Postes assistants partagés : réflexion sur la cartographie des postes. L'attractivité de ces postes est à travailler pour respecter de bonnes conditions d'accueil et de travail (partage des astreintes, nombre de samedis matin concernés...). Un fonctionnement par binôme ou par activité programmée est à étudier (HDJ, consultations ...); ou une alternance d'une année sur l'autre de deux assistants partagés.

#### **Lutter contre l'isolement médical pour éviter un turn over trop important.**

- Staffs médicaux par téléconférence ou visioconférence, afin d'échanger sur des cas cliniques. Ceci lutte contre l'isolement professionnel, Ceci rejoint la mise en place progressive de moyens de vidéo-conférences (réflexions sur les moyens informatiques dédiés).
- Intégrer dans les projets architecturaux futurs, une réflexion sur l'ouverture de maisons de santé, et notamment pour les ex-hôpitaux locaux, Il s'agit de pouvoir prévoir dans des locaux EHPAD ou hôpitaux de proximité la possibilité de recevoir des professionnels médicaux (médecin libéraux) et paramédicaux (kiné, ergo, orthophonistes...)
- Réfléchir sur une taille pertinente des structures SSR, pour diminuer les charges de permanence des soins et renforcer l'attractivité des structures pour les médecins (sujet étudié par le projet médical de territoire filière SSR). Cette réflexion doit être conduite rapidement au vu des regroupements envisagés : en cours ou réalisés CHI Thizy les Bourgs-court, établissements des monts du Lyonnais. Il restera des situations particulières à traiter : Boën, St Bonnet le Château, St Just la Pendue, Charlieu.

#### **Organiser et prendre en compte les besoins de médecine de proximité**

- Envisager des consultations avancées (cardiologie, néphrologie, consultation mémoire, consultations psychiatrique) dans l'hypothèse d'un système informatique commun et d'une distance raisonnable entre établissements. Ces consultations avancées seront d'autant plus facile à mettre en place, s'il y a création de maisons médicales accolées à un hôpital de proximité ou un EHPAD.

### **Organisation des filières patients et rôle des acteurs**

#### **Gestion des filières gériatologiques en lien avec le fonctionnement du GHT**

- Créer un comité de pilotage inter filière, susceptible d'organiser des projets transversaux entre les filières (formation, journées filières sur des thèmes communs)
- Développer les actions de recherches en lien avec le gérontopole, en interaction avec les filières et les établissements. Le gérontopole s'appuie sur les filières comme terrain d'expérimentation (étude sur le fonctionnement des hot line, ou sur les commissions des cas complexes par exemple). Les filières peuvent aussi saisir le gérontopole sur des thématiques particulières (les usages : changement de mobilier en EHPAD par exemple...)
- Le gérontopole pourrait s'inscrire dans une fonction de conseil pour les établissements qui en font la demande pour mettre en place un projet médical ou architectural de gériatrie.
- Intérêt de lits d'hébergement temporaire ou transitoires "habilités aide sociale" pour limiter l'occupation de lits SSR par des patients en attente d'EHPAD



- travail sur une articulation médico-judiciaire pour une procédure" d'urgence" de protection secondairement réévaluée mais permettant que les dossiers soient traités rapidement et que le dossier purement social ne soit pas un frein aux placements possibles ;

### **Prise en charge de l'hyper dépendance et poly pathologie**

- Commission cas complexes par filières. Cette action s'inscrit en lien avec le secteur du domicile MAIA et avec la MLA, en lien avec le secteur sanitaire et le secteur médico social.
- Mise en place ou développement d'équipes mobiles EHPAD ou domicile sur les troubles cognitifs et comportementaux, y compris à connotation psychiatrique en structures.
- Réflexion et proposition des filières sur la spécialisation de certains établissements (psy, post AVC, maladies neuro dégénératives, UHR...) Ceci peut se faire par reconversion de lits SSR (lors de regroupements par exemple).
- Hot line psychiatrie, en complément avec la hot line gériatrique

### **Moyens techniques**

- Importance d'une informatique commune.
- Système de prescription commun
  - o Système de gestion de DSI en EHPAD/USLD

## **ATTENDUS**

Point annuel des effectifs médicaux, et GPMC médicale (à 1 an). Une réflexion conjointe entre l'ARS et le GHT et les représentants d'EHPAD hors GHT, HAD et autres services à mettre en place pour évoquer de l'effectif global médical (à 2 ans)

Mise en place des commissions de cas complexes dans toutes les filières (à 1 an)

Mise en place du comité de pilotage inter filières, réflexion sur les projets partagés des filières (à 1 an).

Projet de recherche clinique via le gérontopole sur l'ensemble des lits du GHT (démarrage à 3 ans au plus tard)

Regroupement des lits SSR EHPAD et USLD sur le territoire : pré-projet d'établissement à proposer par les structures concernées. Présentation à horizon 18 mois.

Moyens techniques pour la télémédecine « froide » et téléstaff : étude à 1 an, mise en place à 3 ans

## **PILOTAGE DU PROJET MEDICAL**

Réunion de suivi par le groupe du projet médical de gériatrie (dans la composition du présent projet partagé) à un rythme bi-annuel.

(version 17 mars 2017)



## Projet médical GHT – Hygiène / Infectiologie

### Introduction :

La lutte contre l'antibiorésistance est une priorité affichée au niveau international (OMS, UK, USA ...), national (Ministère de la Santé) et régional (ARS) puisque pour la première fois en 2017 cette action sera inscrite au Plan régional de Santé (PRS). Cette action repose à la fois sur la prévention de la transmission croisée des micro-organismes (pression de colonisation => mesures d'hygiène) et le bon usage des antibiotiques pour réduire la pression de sélection de bactéries multirésistantes aux antibiotiques.

### Etat des lieux :

Au sein du GHT, l'état des lieux en termes de forces, faiblesses, opportunités et risques en hygiène et en infectiologie a été réalisé objectivant des situations contrastées en termes de financement et de moyens avec des équipes opérationnelles d'hygiène incluant praticiens et infirmières, des équipes mobiles hygiène EHPAD, des infirmières hygiénistes notamment sur les plus gros établissements et à l'inverse des moyens absents ou minimaux dans d'autres établissements et la difficulté commune à pérenniser les effectifs dédiés. Il existe des collaborations qui ont été mises en place entre les établissements comme par exemple la convention inter établissement Loire Sud fonctionnant depuis 20 ans en lien avec la microbiologie (prise en charge prélèvements hygiène ou rôle de référent du CHU comme dans le cas des BHRé, tests rapides pour le diagnostic de grippe réalisés pour les établissements hospitaliers et médico-sociaux .....). Un état des lieux plus complet des moyens / compétences et de gestion des prélèvements d'hygiène est en cours. Nous rappelons que le ratio nombre de lits / praticien hygiéniste (1 pour 800 lits) recommandé par la circulaire de décembre 2000 n'est toujours pas atteint et qu'il sera nécessaire de disposer de moyens supplémentaires pour animer ce futur réseau d'établissements. Cette coopération pourrait s'exercer notamment grâce la mise en place de postes d'assistants partagés en hygiène. La création du GHT offre l'opportunité de collaborations nouvelles notamment dans le domaine de la formation et de la recherche, de partage d'expérience, d'outils communs et d'harmonisation de procédures (hygiène, gestion risque infectieux ...), de protocoles (antibiothérapie ...). Cependant ces opportunités font courir le risque d'une éventuelle perte d'autonomie; elles devront donc être adaptées aux besoins spécifiques de chaque établissement.

Au sein du GHT, état des lieux en termes de forces, faiblesses, opportunités et risques en infectiologie : existence d'un poste d'infectiologue mobile réalisant un conseil téléphonique antibiotique sur le bassin stéphanois et une consultation par télé-médecine en infectiologie actuellement exclusivement pour les patients incarcérés mais pouvant être étendue à l'avenir. Les faiblesses résident dans l'absence de continuité des soins du fait d'un seul poste de médecin ne permettant pas par ailleurs de travailler des sujets de fond comme l'harmonisation des référentiels, la mise en place de formation et de RCP infectiologie au sein du GHT. Les missions d'une équipe multidisciplinaire en antibiothérapie ont été évaluées à un poste équivalent temps plein de référent en antibiothérapie/infectiologie pour 300 lits de médecine-chirurgie [Le Coz P, Carlet J, Roblot F, Pulcini C. *Human resources needed to perform antimicrobial stewardship teams activities. Med Mal Infect. 2016*]. Ce chiffre permet de répondre à la demande de soins hospitaliers. Il ne prévoit pas la réponse à la médecine de



ville (conseils en antibiothérapie). Il assure la continuité des soins hospitaliers, permet d'organiser une astreinte pour les besoins quotidiens de conseils en infectiologie et les urgences sanitaires type Mers-Cov (prise en charge conjointe infectiologie et hygiène), mais cette astreinte n'est ni officielle ni rémunérée et son cadre juridique interroge.

Sur une base de 1 ETP infectiologue/300 lits (recommandation SPILF), le GHT Loire comptant deux gros CH (Roanne et Annonay) et plusieurs plus petits CH n'atteignant pas individuellement le seuil de 300 lits [Firminy (213 lits), St Chamond (199 lits), Forez-Feurs/Montbrison (280 lits) soit 692 lits], ICLN (88 lits) autour du CHU (~1100 lits et places MCO), il faudrait envisager la répartition des postes comme suit :

- Sur le territoire du CHU et des 3 CH (1900 lits) : 6 ETP infectiologues – 4,5 ETP actuellement (1,5 ETP à créer) notamment pour la coordination des actions et la mise en place de référentiels, d'évaluations et de formation à l'échelle du GHT
- Sur l'établissement de Roanne (401 lits et places MCO) : 1,5- 2 ETP infectiologues (1/300 lits)- 1 ETP à pourvoir
- Sur l'établissement d'Annonay (217 lits et places MCO): 0,75 ETP infectiologue (1/300 lits) à créer

#### **Organisation proposée au sein du GHT :**

Après concertation, l'organisation territoriale proposée est de respecter les collaborations existantes et le fonctionnement en bassin tout en élargissant les conventions Loire Sud (hygiène et infectiologie) déjà existantes au bassin d'Annonay et de Roanne afin de mettre en commun des ressources documentaires (SharePoint) et de mener à l'échelle du GHT des actions de conseil, formation, d'évaluation des pratiques et de surveillance des infections associées aux soins. Cette organisation permettrait d'assurer une cohérence de prise en charge de la lutte contre l'antibiorésistance et de développer la collaboration entre établissements de santé, établissements médico-sociaux et ville comme recommandée par le PROPIAS. Ainsi, la coordination des actions permettrait de travailler à l'échelle du GHT sur la mise en place d'outils de pilotage tels que CONSOIRES, la certification sur la maîtrise du risque infectieux, le plan de gestion des épidémies (BHRe, infections émergentes ...) et la pertinence de l'antibiothérapie (plan antibiotique) et des actes invasifs.

#### **Perspectives :**

##### **1°/ Améliorer la prévention :**

- améliorer l'observance de l'hygiène des mains, un des 10 points clés de la sécurité du patient ciblé par l'OMS
- optimiser l'application des précautions standard d'hygiène tout au long du parcours du patient (établissements de santé, médico-sociaux et ville)
- lutter contre l'émergence et la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques
- améliorer la détection et le signalement des IAS, infections émergentes et BHRe
- optimiser la pertinence de l'antibiothérapie notamment par l'utilisation de tests de diagnostic rapide (ex grippe) dans les établissements de santé mais aussi dans les établissements médico-sociaux (EHPAD ...)

- discuter la pertinence des actes invasifs afin de minimiser le risque de porte d'entrée des infections (autre point clé de la sécurité des patients ciblé par l'OMS)

- Former les patients à être un acteur de la meilleure prévention des infections

- Améliorer la vaccination des patients et des professionnels afin de minimiser le risque d'infection associée aux soins notamment avec l'aide du CIC vaccinologie basé dans le service des maladies infectieuses.

## **2° / Améliorer la prise en charge :**

- améliorer la juste prescription des antibiotiques (efficacité, tolérance pour le patient, impact écologique)

- harmoniser les référentiels en hygiène et en infectiologie tout en les adaptant à l'écologie locale (SharePoint, Antibiogarde ...)

- former les acteurs dans la lutte contre l'antibiorésistance (précautions d'hygiène, prescription antibiotique ...)

- mettre en place des RCP pour les IOAC, y compris par télémédecine

- poursuivre des objectifs de recherche clinique et académique (GIMAP) dans la lutte contre l'antibiorésistance par la recherche dans le domaine de la vaccination contre les microorganismes responsables d'infections nosocomiales

- Sécurisation médico-judiciaire des prescripteurs et des établissements dans le domaine de l'infectiologie (prise en charge optimale de l'infection du patient) et de l'hygiène (gestion des épidémies ...)

## **3°/ Améliorer l'évaluation des actions entreprises à l'échelle du GHT**

- améliorer le rapport bénéfice/coûts de la juste prescription des antibiotiques

- réaliser des actions communes d'évaluation (audits cliniques / évaluations, par exemple pertinence des prescriptions antibiotiques) à l'échelle du GHT.

## **4°/ Harmoniser la surveillance de la résistance des bactéries aux antibiotiques et de la consommation des antibiotiques**

- Mettre en place à l'échelle du GHT la surveillance en réseau CONSOIRES

## **5°/ Améliorer la recherche clinique**

Par une plus grande possibilité de recrutement dans les PHRC ou pour le CIC-INSERM Vaccinologie, dans les domaines du vaccin, des médicaments et de l'épidémiologie, tout particulièrement dans le domaine des infections nosocomiales à *S. aureus*.





## **GHT - Filière Imagerie Médicale**

### **Objectifs et propositions**

En préalable, les membres du groupe font deux constatations :

- la nécessité de maintenir les équipes de radiologistes sur l'ensemble des sites du GHT, la mobilité des médecins ne pouvant être basée que sur le volontariat.

Une obligation de mobilité serait totalement contre productive et ne permettrait pas la pérennité des radiologues publics dans le territoire.

A l'inverse, un radiologue désireux d'exercer son art sur plusieurs sites doit pouvoir le faire à travers de mises à disposition ou des activités partagées.

- la nécessité de maintenir les plateaux techniques d'Imagerie tels qu'ils existent sur tout le territoire.

Ces équipements médicaux sont extrêmement structurants pour les différents bassins de vie du territoire et il est évident que ni la population ni les élus ne comprendraient une quelconque régression de ces infrastructures.

Les propositions du groupe peuvent être réparties selon 3 axes :

- Organisation graduée des soins.
- Gestion des ressources médicales.
- Infrastructures techniques et informatiques.

#### 1. Organisation graduée des soins :

Chaque site continue de pratiquer l'immense majorité des explorations d'Imagerie, mais il paraît utile et nécessaire de pouvoir avoir recours à des compétences spécialisées.

- Transfert de patients nécessitant des gestes d'Imagerie Vasculaire et Interventionnelle dans un service et un environnement adapté, en particulier au CHU.

- Transfert d'images vers le CHU pour 2ème lecture assurée par un radiologue spécialisé par exemple en Neuro-Radiologie ou en Imagerie Cardiaque, et ceci pour quelques examens pouvant présenter des difficultés d'interprétation.

Cette activité ne peut être formalisée qu'en tenant compte des impératifs financiers, des impératifs de responsabilité et de confidentialité.

Ces mécanismes que l'on peut qualifier de « télé-expertise », nécessitent une étude approfondie quant à sa faisabilité mais constitueraient un véritable progrès dans le cadre du GHT.

#### 2. Gestion des ressources médicales :

Comme précisé plus haut, nous proposons que les médecins resteront affectés à leur Établissement et exerceront leur art dans cet Établissement.

Ceci n'empêche pas la mise à disposition d'un praticien par son Établissement d'origine à un autre Établissement du GHT, à la demande de ce praticien pour des vacances nécessitant un environnement particulier, par examen en radiologie interventionnelle.

Il serait judicieux que l'ensemble des Établissements anticipent la gestion de leurs praticiens (départ à la retraite, départ programmé, etc...) en informant les autres Établissements et en particulier le CHU pour permettre une éventuelle relève par les jeunes générations.

La présence d'internes de notre spécialité dans les Établissements non universitaires présente un double avantage :

- pour l'interne, le ressenti est très positif, ces semestres « en périphérie » étant considérés par eux comme très formateurs.

- pour les Établissements, l'accueil de ces internes permet de faire connaître les services d'Imagerie et, éventuellement, inciter ces jeunes à envisager leur carrière dans ces

Établissements non universitaires.

3. Infrastructures techniques et informatiques :

Nos propositions, en matière d'infrastructures techniques et informatiques, s'adressent tout particulièrement au PACS.

En effet, il paraît nécessaire de pouvoir accéder à l'ensemble des explorations d'Imagerie Médicale (et pas seulement aux comptes rendus) réalisées dans les autres Établissements du GHT pour éviter les redondances d'examens en cas de transfert des patients et pour permettre d'accéder à l'ensemble de l'historique du patient en matière d'Imagerie.

Il s'agit bien sûr d'un dossier complexe nécessitant une approche juridique, informatique, financière et médicale.

Ce dossier nécessitera également une harmonisation des protocoles dans les différents Établissements

A l'évidence, ce dossier nécessitera une réflexion et une (ou plusieurs) réunions avec les Services Informatiques.

Ces transmissions pourront également permettre d'harmoniser et de centraliser les données liées à la radio-protection.



## Place de la médecine interne dans le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT Loire)

### Contribution au Projet Médical de Territoire

Les médecins spécialistes en médecine interne ont une pratique à double volet:

- une **activité de recours pour la prise en charge des situations diagnostiques difficiles et des maladies « rares »** ne relevant pas d'une spécialité d'organe et qui s'avère un soutien indispensable pour les services dits « de médecine polyvalente », en accord avec l'organisation en GHT selon les directives de la nouvelle loi « santé et territoire ».
- une **activité de médecine non programmée, le plus souvent en aval des services d'urgence, relative à des pathologies fréquentes mais complexes.** Cette activité s'avère croissante compte tenu de l'augmentation régulière du nombre de malades consultant aux urgences et la grande difficulté pour les services de spécialité d'organe à prendre en charge en post urgence des patients polypathologiques non-programmés. Dans ce cadre, le vieillissement de la population explique que les services de médecine interne s'avèrent très sollicités pour la prise en charge des personnes âgées admises pour des problématiques aiguës, en complémentarité avec les services de court séjour gériatrique qui soignent les patients très âgés en situation de dépendance.

**Le Collège National Professionnel des Internistes** (regroupant la Société Nationale Française de Médecine Interne [SNFMI], la sous-section 53.01 du Conseil National des Universités [CNU], et le Syndicat National des Internistes Français [SYNDIF]) estime indispensable de :

1) **compenser les nombreux départs à la retraite d'internistes** prévus ces prochaines années. D'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, trente pour cent des 2213 internistes qui exerçaient en France en janvier 2015 (pour 90 % d'entre eux en secteur hospitalier public) étaient âgés de plus de 60 ans.

2) prendre en considération les besoins liés à **l'augmentation régulière des activités de médecine non programmée observée dans les hôpitaux publics.** Outre le rôle croissant que les services de médecine interne exercent déjà dans ce domaine, **les internistes ont un rôle majeur à jouer dans la formation des futures générations de médecins destinés à remplacer progressivement les praticiens exerçant au sein des services de médecine dite « polyvalente »** et dont le mode d'exercice ne correspond ni à une qualification ordinaire ni à une spécialité universitaire. Dans cette perspective, le cursus de formation des DES de Médecine Interne comprend une centaine d'objectifs relatifs à la médecine non programmée et un DIU de médecine polyvalente a été créé cette année à l'initiative et sous l'égide du Collège National Professionnel des Internistes.



3) **préserver (ou restaurer) la présence d'au moins un service de médecine interne dans chaque centre hospitalier public « de recours » (CHU et CH)**, permettant de contribuer au maintien (ou à l'amélioration) d'un maillage hospitalier de qualité sur l'ensemble du territoire. Il est indispensable que soit privilégiée l'implantation d'**équipes** (2 ou 3 praticiens) et non de candidats isolés dans les structures « fragiles », et que soit pris en compte l'état des **autres spécialités et des plateaux techniques** des CH concernés afin de ne pas favoriser l'implantation d'une équipe de médecine interne dans un environnement inadapté à une bonne pratique.

4) créer ou renforcer les **liens fonctionnels entre les services de médecine interne et ceux de médecine polyvalente du même Groupement Hospitalier de Territoire**: circuit de recours facilité, staffs communs, télémédecine, consultation avancée, postes médicaux partagés.

En somme, **la présence d'internistes formés par le DES dans tous les hôpitaux généraux est une condition nécessaire à une médecine polyvalente de haut niveau au service de la population**, et un rempart contre les conséquences bien connues de l'hyperspécialisation (prises en charge non optimales des situations médicales complexes, coûts élevés, etc.), qui se trouvera malheureusement renforcée à l'avenir par la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales.

Or **la médecine interne est sinistrée dans le GHT Loire** : un seul interniste à Firminy, Saint-Chamond, Montbrison et Annonay, aucun interniste à Roanne. Cette situation aura, accessoirement, des conséquences en terme de formation des nouveaux DES de Médecine Interne (de « Médecine Interne et Immunologie Clinique » à partir de 2017) car le cahier des charges fixé par le Collège des Enseignants de Médecine Interne (CEMI) exige la présence de deux internistes pour l'agrément d'un service.

Pendant de trop nombreuses années, le faible nombre d'internes formés en Médecine Interne à Saint-Etienne nous a interdit de proposer à de jeunes internistes d'occuper des postes dans les hôpitaux de proximité, mais depuis quelques années nous formons en moyenne deux internes par an grâce à la filiarisation des DES. Il existe donc **une opportunité pour que dans les prochaines années de jeunes internistes (dont la quasi unique vocation est le service hospitalier public) puissent occuper des postes de Praticien Hospitalier dans les services de médecine polyvalente des hôpitaux généraux qui deviendraient de fait, dès lors que deux internistes au moins en assurent la responsabilité, d'authentiques services de médecine interne**, susceptibles d'être agréés pour la formation des nouveaux internes et d'orchestrer, en lien avec le service de médecine interne du CHU, le maillage territorial de la médecine polyvalente non programmée.

Ce projet nécessite une **volonté politique forte de la part des instances du CHU, de l'Université, du GHT et de l'Agence Régionale de Santé (ARS)**, et nous souhaitons vivement que ces instances se positionnent favorablement sur ce projet et se donnent les moyens de

sa réalisation concrète dans les années à venir. Les internistes du CHU et du GHT se tiennent à la disposition des instances sus-citées pour toute question sur ce sujet.

Pr. Pascal Cathébras, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, chef du service de Médecine Interne et coordonnateur local du DES de médecine Interne, membre du conseil d'administration de la SNFMI, CHU de Saint-Etienne et Université Jean-Monnet.

Dr Serge Charmion, Praticien Hospitalier, service de Médecine Interne, CHU de Saint-Etienne.

Dr Jean-Baptiste Gaultier, Praticien Hospitalier, service de Médecine Interne, CHU de Saint-Etienne.

Dr Isabelle Guichard, Praticien Hospitalier, service de Médecine Interne, CHU de Saint-Etienne.

Dr Pierre-Louis Blanc, Praticien Hospitalier, service de Médecine D, CH d'Ardèche Nord, Annonay.

Dr Kamel Bouchou, Praticien Hospitalier, service de Médecine \*\*\*, Hôpital du Gier, Saint-Chamond.

Dr Liazid Bencharif, Praticien Hospitalier, service de Médecine 1, CH du Forez, Montbrison.

Dr Aurélie Roblès, Praticien Hospitalier, service de Médecine Polyvalente/cours séjour gériatrique, Hôpital Le Corbusier, Firminy.





## PROJET MEDICAL PARTAGE DE LA FILIERE ENDOCRINOLOGIE NUTRITION DU GHT LOIRE

Ce groupe de travail regroupe :

Services	Médecins responsables des sites
Service Endocrinologie Diabète Maladies Métaboliques et Anorexie Mentale du CHUSE	Pr Bogdan Galusca - bogdan.galusca@chu-st-etienne.fr Pr Natacha Germain - natacha.germain@chu-st-etienne.fr
Service Endocrinologie de Roanne	Dr Agnes Perrin - agnes.perrin@ch-roanne.fr Dr Mireille Perrin - mireille.perrin@ch-roanne.fr
Service Médecine de Jour et Semaine du CH Forez	Dr Luc Millot - Luc.Millot@ch-forez.fr Dr Catherine Vackrine - catherine.vackrine@ch-forez.fr
Service Médecine interne du CH Le Corbusier	Dr Fanny Boureille - fanny.boureille@ch-firminy.fr
Service Médecine interne du CH Pays du Gier	Dr Kamel Bouchou - k.bouchou@chpg.org
Service Médecine interne du CH Annonay	Dr Christine Forel - cforel@ch-annonay.fr

### Plan du document

- **ETAT DES LIEUX DE LA FILIERE DE LA PRISE EN CHARGE**

- Force / faiblesses/Opportunités/Risques= Analyse SWOT
- Etat et perspectives de la démographie médicalisées
- Collaborations existantes/points à améliorer
- Enjeux /contexte macro de la filière (accréditation, SROS)/objectifs

- **PROJETS DE LA FILIERE ENDOCRINOLOGIE NUTRITION DU GHT LOIRE**

- Volet 1 = Formation
- Volet 2 = Recherche
- Volet 3= Prise en charge médicale = les filières Endocrinologie Nutrition
  - Filière 1 = Prise en charge des maladies de l'Hypophyse
  - Filière 2 = Prise en charge des maladies des Surrénales
  - Filière 3 = Prise en charge des maladies de la thyroïde
  - Filière 4 = Pathologies de l'axe gonadotrope
  - Filière 4 = Diabète et complication
  - Filière 6 = Troubles du comportement alimentaire
  - Filière 7 = obésité
  - Filière 8 = dénutrition
- Volet 4 = Plan de recrutement médical sur le GHT
- Volet 5 = Projets médicaux spécifiques des différents sites
- Volet 6 = Réseau et plateforme d'appui et télémédecine
- Volet 7 = Articulation avec la ville (Endocrinologues nutritionniste et médecins généralistes)
- Volet 8 = Transition endocrinologie Pédiatrie/Adulte
- Volet 9 = Coordination GHT

## ETAT DES LIEUX DE LA FILIERE DE PRISE EN CHARGE

### • Forces/Faiblesses/Opportunités/Risques= Analyse SWOT

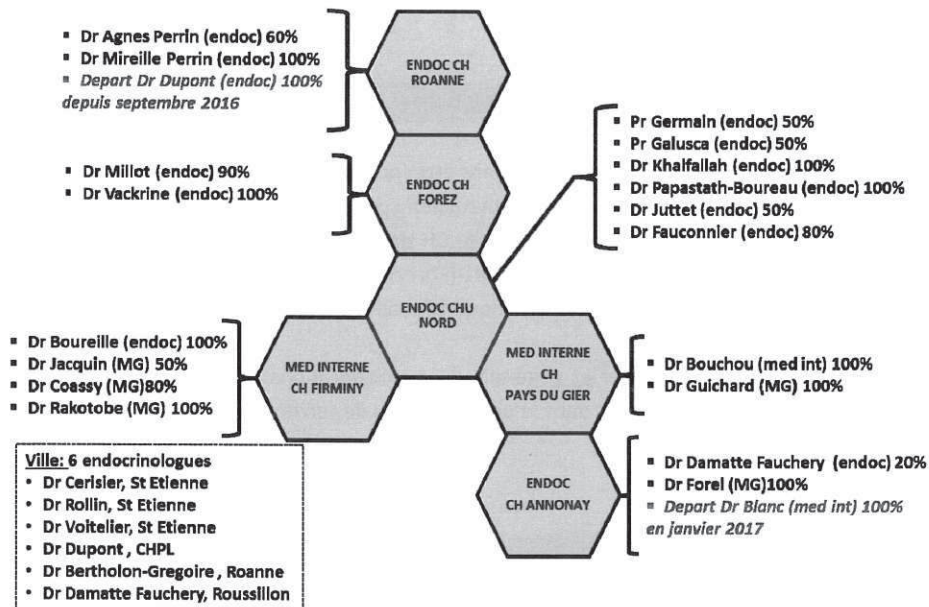
	POSITIF	NEGATIF
INTERNE	<p><b>Forces :</b> Tous les services sont constitués d'équipes motivées et formées, capables de prendre en charge l'ensemble des situations cliniques de diabétologie, y compris les troubles trophiques du pied et le diabète gestationnel, et l'éducation thérapeutique des patients. Les programmes d'ETP sont validés et financés. A Roanne existe une forte coopération des secteurs libéral et public, avec notamment activité physique adaptée incluse dans le programme hospitalier. Cinq services sont centres initiateurs de pompe à insuline externes et les deux tiers proposent un programme d'insulinothérapie fonctionnelle, en journée ou en semaine. Les deux tiers sont organisés pour prendre en charge médicalement l'obésité morbide chirurgicale. Tous les services disposent de compétences en endocrinologie et d'un environnement technique et humain permettant de prendre en charge les pathologies thyroïdiennes dans leur intégralité, à l'exception du cancer. Le service du CHU, outre son niveau de recours, dispose de compétences spécifiques avec son centre de référence en troubles du comportement alimentaire, la neurochirurgie et la radiothérapie pour les pathologies hypophysaires, la radiothérapie métabolique pour les cancers de thyroïde, la filière complète de pompes à insuline implantables. Il constitue un terrain de formation pratique au DU d'échographie et organise les RCP de pathologies hypophysaire et surrénalienne, de cancer thyroïdien, uniques dans le territoire, et celle de chirurgie bariatrique.</p>	<p><b>Faiblesses :</b> A l'exception du CHU, tous les services présentent un déficit actuel ou futur en médecins spécialisés, surtout en Endocrinologie pure. Un service a même perdu l'ensemble de ses postes d'interne de médecine générale, alors qu'il était validant. Les organisations en pôle ou services polyvalents nuisent parfois à la visibilité de la spécialité. Certains services perdent ainsi des compétences paramédicales. Certains services dépendent du secteur privé pour la chirurgie thyroïdienne. L'ETP est chronophage et parfois impossible à assumer, or le personnel en est dépendant et l'ETP représente un critère de certification. Statut PH = AIG pour assurer ETP.</p>
EXTERNE	<p><b>Opportunités :</b> Importants besoins de la population et fort potentiel de recrutement dans le Nord et le centre du département de la Loire, ainsi qu'autour d'Annonay. GHT : formalisation des circuits, confortation des liens existants sur un mode collaboratif, développement des RCP par visioconférence, construction d'une filière métabolique avec SSR, mutualisation moyens techniques et projets ("minibus du diabète"). A Roanne : promesse d'ouverture d'une unité de semaine 6 à 8 lits. Le projet de service, en cours d'écriture, sera soutenu par la filière métabolisme du GHT. Montée en charge du réseau CAP2S : coopération à développer, accentuation de l'orientation ambulatoire. Télémédecine. Développement de l'écho de thyroïde et cytoponctions dans tous centres. Utile pour un poste d'assistant partagé. Opportunité de recrutement spécialisé dans 3 des 6 établissements. Programmes d'ETP à mutualiser.</p>	<p><b>Menaces :</b> Démographie médicale spécialisée déficitaire dans les hôpitaux du territoire et dans le secteur libéral. Forte réduction de l'offre libérale depuis 2 ans. La conséquence est pour tout le secteur un délai de consultation de 3 à 6 mois et une saturation de l'activité de recours du CHU. Disparition de budgets ETP ? Enveloppe globale stable, diminution de la part de chaque établissement, somme de l'établissement est laissée à la discrétion de l'établissement, non utilisable par le service. Fuite de l'activité de chirurgie bariatrique de certains services au profit du secteur privé, par manque de moyens chirurgicaux publics au niveau locorégional. Concurrence hospitalière privée directement en rapport avec la spécialité à Saint Etienne et Roanne. Perte d'activité chirurgicale au profit du privé avec conséquences secondaire sur l'offre médicale. La zone d'Annonay se situe au croisement de 3 influences territoriales, notamment en endocrinologie, avec une fuite nette au profit de Lyon ou Valence. Crainte d'une remise en cause des compétences acquises par les soignants dans les petits centres et par conséquent besoin de validation des diplômes et compétences par le GHT et la référence universitaire (spécificité médicale, activités particulières comme les pompes à insuline).</p>



## Etat et perspectives de la démographie médicale

La démographie du bassin du GHT Loire comprend plus de 800 000 habitants.

Il y a **16 médecins endocrinologues sur ce territoire**, 5 en ville (4 à St Etienne et 1 à Roussillon, voir figure 1). Le ratio est de 2 endocrinologues / 100 000 habitants, inférieur à la moyenne nationale (2.8) selon le DREES publiée sur le site du ministère.



Après une analyse des données déclaratives issues du tour de table, on retrouve actuellement

- Une offre de soin de 50 lits spécialement dédiés à l'endocrinologie nutrition sur le territoire du GHT, soit 0.0625 lits pour 1000 habitants (moyenne nationale en médecine = 1.8 d'après le SROS, document sur le site de l'ARS ARA).
- Un nombre total de consultations médicales de 13841 en 2015 soit approximativement 1.73% de la population du bassin GHT. Elles ne sont pas toutes dédiées à l'Endocrinologie Nutrition dans les CH.
- Pour mémoire, il y a plus de 40 000 diabétiques sur ce bassin de population (6%) et 112 000 obèses (14%). Une diminution de ce nombre de consultation est à prévoir sur 2016 et 2017 du fait de 2 départs non pourvus à ce jour sur le GHT (Dr Dupont à Roanne et Dr Blanc à Annonay).
- 6 endocrinologues hors GHT : 3 en libéral à St Etienne, 1 au CHPL, et 1 en libéral à Roussillon, 1 à la clinique de la Renaissance à Roanne.
- Enfin, le CHU forme actuellement 1 interne Endocrinologie Diabétologie Maladies métaboliques par an (filialisation de la discipline) et 1 internes DESC de nutrition en moyenne par an. En 2016-2016, nous avons 3 internes en formation EDMM dont 1 en formation DESC nutrition.

**Au total :** L'offre de soin actuelle en Endocrinologie Nutrition sur le GHT Loire est de qualité avec des médecins formés et expérimentés (ancien chef de clinique notamment) et héritière d'une longue expérience sur tous les sites. Elle est par contre **insuffisante**, du fait de l'inadéquation entre l'offre et le besoin en termes de lits et de nombre de consultation.

**L'écart va se creuser sur 2017 pour plusieurs raisons :**

- L'augmentation des besoins notamment du nombre de patient diabétiques et obèses.
- La désertification médicale



- L'attractivité faible du GHT Loire
- Forte proportion de diabétique dans la zone couverte par le GHT (6%) supérieure à la moyenne nationale.

Nous allons devoir faire face à des **difficultés supplémentaires** : La concurrence avec le privé existe pour les activités de chirurgie liées à l'Endocrinologie Nutrition, avec le secteur de Chirurgie de la thyroïde, de l'obésité et de la surrenale à la clinique mutualiste, au CHPL, et à la clinique de la Renaison à Roanne. La concurrence de Lyon est forte pour les sites de Roanne et Annonay et de Valence pour le site d'Annonay. Cette concurrence est en partie liée à des habitudes médicales acquises au fil du temps et en partie liée à la géographie du bassin de population avec des patients dépendants théoriquement du GHT mais demeurant plus proches d'autres GHT comme Lyon ou Valence.

#### • **Collaborations existantes / points à améliorer**

**Des collaborations existent** depuis plusieurs années sans être formalisées autour des RCP organisées au CHUSE pour les pathologies hypophysaires et le cancer thyroïdien pour Forez et Firminy et Pays du Gier. Une consultation avancée des endocrinologues du CHUSE au CH de Firminy a été mise en place de mars 2014 à décembre 2015. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, le Dr Millot (Forez) est présent 10% au CHUSE, et 10% au CH de Firminy. Il existe jusque-là peu ou pas de lien spécifique formalisé de collaboration effective avec Roanne et Annonay.

**Les points à améliorer** sont de formaliser et généraliser les collaborations existantes et intégrer les sites de Roanne et Annonay dans ces collaborations dans le projet médical de territoire.

#### • **Enjeux / contexte macro de la filière (accréditation, SROS,...) / objectifs**

1. Affirmer la nécessité de maintenir tous les sites actuels actifs du GHT.
2. Renforcer et soutenir leur projet médical individuel inscrit dans le projet de la filière Endocrinologie Nutrition du GHT Loire.
3. Renforcer les compétences existantes dans tous les sites.
4. Développer une activité tournée vers le GHT dans tous les sites
  - a. En termes de formation
  - b. En termes de recherche
  - c. En termes de prise en charge médicale
5. Création et formalisation de filières de soin médico-chirurgicales pluridisciplinaires centrées sur l'endocrinologie Nutrition /parcours patient
  - a. Permettant une coopération territoriale de qualité
  - b. Favorisant les flux de patients et de médecins
  - c. Nécessitant à termes la création de postes médicaux partagés
6. Développer une politique et un plan de recrutement médical à l'échelon du GHT.
7. Renforcer l'offre sur la ville sur tout le GHT
8. Favoriser la transition avec la pédiatrie sur tout le GHT
9. Renforcer la plateforme d'appui CAP2S pour tous les membres du GHT
10. Développer la télémédecine

## Projets de la filière Endocrinologie Nutrition du GHT Loire

Pour mener à bien ces 10 objectifs sur les 5 ans, le groupe propose plusieurs volets d'action

### Volet 1 = Formation

#### Constat :

La **réforme des DES** publiée au journal officiel du 25 novembre 2016 s'applique théoriquement à partir de la rentrée 2017-2018. Pour notre filière, les conséquences sont majeures puisque la réforme entérine la **fusion du DES Endocrinologie Diabétologie Maladie métaboliques avec le DESC de nutrition** pour former un **seul DES appelé Endocrinologie Diabétologie Nutrition**. Il comprendra une coordination locale bicéphale avec le Pr Galusca (endocrinologue PUPH de nutrition) et le Pr Germain (PUPH d'endocrinologie) et une coordination régionale bicéphale également (Pr Raverot CNU Endocrinologie et Pr Simon CNU Nutrition).

L'intégration de la nutrition et de l'endocrinologie va entraîner une **augmentation obligatoire du nombre d'internes EDN à former** (DES + ancien DESC) par rapport au nombre d'internes EDMM. Une demande de 3 postes pour novembre 2017 a été faite à l'ARS, relayée par le doyen de la faculté de médecine et la coordination régionale. 2 postes d'internes ont été accordés pour la rentrée 2017-2018.

La réforme prévoit également une refonte du déroulement des 4 années d'internat avec la réalisation de stages validant une ou plusieurs sous spécialités du DES (endocrinologie, diabétologie, obésité et nutrition) de niveau 1, 2 et 3. Il est donc **nécessaire d'augmenter le nombre de terrains de stage de niveau 1 et 2 au sein du GHT**, le service d'Endocrinologie du CHUSE étant le seul pouvant répondre au critères de stage de niveau 3 (présence de PUPH).

#### Actions à mener :

- Réouverture du terrain de stage de niveaux 1 ou 2 (nombre de consultations) à Roanne dès la prochaine campagne d'agrément 2017
- Création de terrains de stage de niveaux 1 ou 2 à Firminy et au Forez dès la prochaine campagne d'agrément 2017
- Puis élargir l'ouverture des stages au Gier et à Annonay
- 3 avantages /conséquences positives
  - Favorisera la mobilité des jeunes endocrinologues au sein du GHT et donc stimulera l'attractivité des sites.
  - S'intègre dans une logique de gestion des emplois médicaux pour filialiser les jeunes praticiens sur le territoire.
  - Permettra de favoriser/stimuler la présence médicale des sites du GHT au RCP du CHU (au centre des filières, voir plus loin) car la présence des internes au RCP est rendu obligatoire par le texte de la réforme.
  - En cas de non besoin pour un interne DES EDN, le stage pourra être ouvert à la médecine générale sur tous les sites du GHT permettant une formation en diabétologie obésité et nutrition des internes de médecine générale plus importante.
- Enseignement post universitaire
  - Chaque site du GHT est responsable de favoriser l'enseignement post universitaire dans son bassin
  - Réflexion à mettre en place sur la création d'une journée annuelle endocrinologie GHT
  - Organisation des régionales de diabétologie 2017 sur la Loire par un comité GHT.

## **Volet 2 = Recherche**

### **Objectifs :**

- Favoriser l'inclusion de tous les patients GHT dans des protocoles de recherche clinique
- Permettre à tous les membres du GHT de participer à l'action de recherche clinique

### **Actions à mener :**

- La présence des internes de spécialité EDN dans les sites du GHT va permettre une veille des patients potentiellement incluables dans les protocoles locaux et/ou nationaux
- Les internes ont tous 1 à 2 projets de recherche en cours (master, thèse, DES...)
- Permettre aux médecins sur les postes partagés GHT d'avoir une activité de recherche clinique sur le temps CHU.
- Le tout encadré par la présence de l'équipe de recherche labellisée EA7423 TAPE dirigée par le Pr Galusca.

## **Volet 3 = Prises en charge médicales – les filières Endocrinologie Nutrition**

### **Action à mener**

- **Assurer la permanence et la continuité des soins en interne dans chaque site du GHT.**
- **Soutenir les projets de service de chaque site du GHT.**
- **Structurer les filières de soins détaillées plus loin**
  1. Prise en charge des pathologies de l'Hypophyse
  2. Prise en charge des pathologies des Surrenales
  3. Prise en charge des pathologies de la thyroïde
  4. Prise en charge des pathologies de l'axe gonadotrope
  5. Prise en charge du diabète et de ses complications
  6. Prise en charge des Trouble du Comportement Alimentaire
  7. Prise en charge de l'obésité
  8. Prise en charge de la dénutrition
- **Développer un plan de recrutement médical sur le GHT**
- **Animer et coordonner les prises en charge avec la ville (Endocrinologue nutritionniste de ville et médecine générale)**
- **Développer la transition endocrinologie pédiatrie/adulte a l'échelle du GHT**
- **Favoriser la réflexion dans les différentes filières autour de la télémédecine**
- **Développer des projets spécifiques**
- **Intégrer les réseaux et plateforme d'appui à l'échelle du GHT**
- **Coordination GHT**



## Filière 1 = Prise en charge des maladies de l'Hypophyse

- **Evaluation initiale**
  - Elle sera faite dans chaque site du GHT
  - Elle comprend :
    - Evaluation clinique endocrinologie et hormonale faite en Endocrinologie
    - Le champ visuel
    - L'IRM hypophysaire
  - Le champ visuel sera fait sur site lorsque cela est possible sinon au CHUSE avec un CR écrit obligatoire en lien avec ONG.
  - L'IRM faite sur site lorsque cela est possible sinon au CHUSE
  - Mise en place d'une procédure standardisée de réalisation de l'IRM par le Dr Claire BOUTET, neuroradiologue CHUSE, référente de la RCP hypophyse.
  - Transfert des images par PACS cloud ou NEXUS à mettre en place avec le service informatique dans le cadre du GHT DSI, sinon envoi des CD pour lecture en RCP (volet télémedecine).
- **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire**
  - Pour tous les patients
  - Elle a lieu au CHUSE Service Endocrinologie tous les 1<sup>er</sup> jeudi du mois 17h et est ouverte à l'ensemble des praticiens de la filière.
  - Elle est à réaliser systématiquement au diagnostic, avant toute décision chirurgicale, ou de radiothérapie, en post opératoire puis au cours du suivi si besoin
  - Activation de la visio conférence possible (matériel déjà présent dans salle du CHUSE (volet télémedecine))
  - Objectif à terme sur les 5 ans : présence systématique de tous les internes EDN de la subdivision de St-Etienne et d'au moins un médecin par site du GHT (poste partage)
  - Préparation standardisée sur PowerPoint faite par chaque médecin du GHT
  - Lecture des images IRM sur le PACS / présence du Dr BOUTET ou d'un collaborateur désigné.
  - Analyse de la totalité du dossier et proposition d'une prise en charge médico-chirurgicale /Présence des neurochirurgiens référents Dr Barral-Clavel et Dr Duthel et du radiothérapeute référent, Dr BenMrad.
  - Discussion pour inclusion dans protocole de recherche clinique locaux et /ou nationaux en cours
  - Compte rendu systématique fait au médecin adresseur du GHT et au médecin traitant.
  - Le médecin adresseur est le médecin référent du patient et restitue la RCP au patient.
- **Chirurgie hypophysaire**
  - Sera réalisée au CHUSE, service de neurochirurgie Dr Duthel /Dr Barral-Clavel présents a la RCP
  - Prescription hormonale de sortie de neurochirurgie et organisation du bilan post opératoire fait par le médecin des avis d'Endocrinologie (secteur conventionnel) du CHUSE après appel le jour de la sortie (procédure déjà en place)
- **Bilan post opératoire**
  - Hospitalisation en endocrinologie du CHUSE pour tous les sites sauf le Forez
  - Il comprend :
    - Bilan hormonal post opératoire
    - Champ visuel si besoin
    - IRM post opératoire qui sera réalisé à 3 mois selon les mêmes modalités que l'IRM pré opératoire (procédure déjà mise en place au CHUSE)
  - RCP systématique
- **Radiothérapie hypophysaire**
  - Nécessite une décision collégiale de la RCP

- Est réalisée à l'ICLN par le Dr Ben Mrad présent au RCP
- **Suivi sur le long terme**
  - Est réalisé dans chaque site
  - Avec la possibilité d'interroger la RCP a tout moment

## Filière 2 = Prise en charge des maladies des Surrénales

- **Evaluation initiale**
  - Elle sera faite dans chaque site du GHT
  - Elle comprend
    - Une évaluation clinique et biologique endocrinologique et hormonale
    - Un scanner
  - Le scanner sera fait sur site lorsque cela est possible sinon CHUSE
  - Procédure : centre sur les SR avec mesure des unités Hounsfield et du washout
  - Transfert des images par PACS cloud ou NEXUS à mettre en place avec le service informatique dans le cadre du GHT DSI pour lecture en RCP (volet télé-médecine).
- **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire**
  - A lieu au CHUSE Service Endocrinologie
  - Tous les 1<sup>er</sup> jeudi du mois 17h pour discussion chirurgicale en présence du Pr Mottet service urologie CHUSE.
  - OU tous les jeudi matin 9h réunion pédagogique de dossier pour discussion endocrinologique pure
  - à réaliser systématiquement au diagnostic, avant toute décision chirurgicale, en post opératoire puis au cours du suivi si besoin.
  - Activation de la visio conférence possible car matériel déjà présent dans la salle du CHUSE (volet télé-médecine)
  - Objectif à terme sur les 5 ans : présence systématique de tous les internes EDN de la subdivision de St-Etienne et d'au moins un médecin par site du GHT (poste partage)
  - Préparation standardisée sur PowerPoint faite par chaque médecin du GHT
  - Lecture des images TDM sur le PACS
  - Analyse de la totalité du dossier et proposition d'une prise en charge
  - Compte rendu systématique fait au médecin adresseur du GHT et au médecin traitant
  - Discussion pour inclusion dans protocole de recherche clinique locaux et /ou nationaux en cours
- **Chirurgie urologique**
  - Réalisée au CHUSE service Pr Mottet et/ou Pr Tiffet pour tous les sites du GHT
  - Réalisée sur site du Pays du Gier par le Dr Bertrand Lacroix (mi-temps sur place).
- **Bilan post opératoire**
  - Bilan hormonal post opératoire
  - Réalisé dans chaque site du GHT après réception du Compte rendu
  - RCP systématique
- **Suivi sur le long terme**
  - Est réalisé dans chaque site
  - Avec la possibilité d'interroger la RCP a tout moment