

Filière 3 = Prise en charge des maladies de la thyroïde

- **Goitre et nodule**
 - Prise en charge dans chaque site du GHT
 - Développer les échographies-ponctions sur tous les sites par des consultations avancées et/ou des postes partagés
 - Discussion à la réunion pédagogique de dossier tous les jeudi matin toujours possible
 - Prise en charge recours au CHU si besoin

- **Chirurgie thyroïdienne**
 - A faire sur site GHT lorsque cela est possible
 - Sinon au CHUSE

- **Cancer thyroïdien**
 - **Discussion systématique en RCP**
 - CHUSE Service Endocrinologie tous les 3^{èmes} jeudi du mois 17h
 - En présence des chirurgiens, médecin nucléaire du CHUSE
 - à réaliser systématiquement au diagnostic, avant toute décision de RTM ou de reprise chirurgicale, en post RTM, en post test thyroïdienne puis au cours du suivi si besoin.
 - Préparation standardisée sur PowerPoint faite par chaque médecin du GHT
 - Lecture des images 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
 - **Radiothérapie métabolique par Iode 131**
 - Faite en Endocrinologie au CHUSE (organisation pratique par le CHUSE)
 - CR systématique fait au médecin adresseur du GHT et au médecin traitant
 - Inscription systématique à la RCP suivante
 - **Test au thyroïdienne avec scintigraphie à l'iode**
 - Faite en Endocrinologie au CHUSE (organisation en pratique par le CHUSE)
 - CR systématique fait au médecin adresseur du GHT et au médecin traitant
 - Inscription systématique à la RCP suivante
 - **Suivi au long cours**
 - Est réalisé dans chaque site
 - Avec la possibilité d'interroger la RCP à tout moment
 - **Petscan** réalisé en médecine nucléaire au CHUSE

- **Hyperthyroïdie**
 - Prise en charge à réaliser sur site GHT pour le traitement médical conservateur et radical (chirurgie)
 - Dose d'iode au CHUSE
 - Discussion à la réunion pédagogique de dossier tous les jeudi matin toujours possible
 - Prise en charge recours au CHUSE si besoin

Filière 4 = Pathologies de l'axe gonadotrope

- Prise en charge à réaliser sur site GHT
- Discussion à la réunion pédagogique de dossier tous les jeudi matin toujours possible
- Prise en charge recours au CHUSE si besoin
- Notamment pour Test de pulsatilité et mise en place de pompes LHRH

Filière 5 = Diabète et complications

- La prise en charge du diabète et des complications se fait dans chaque site du GHT.
- Le groupe se propose de définir un cahier des charges des compétences nécessaires sur place pour la prise en charge optimale des patients.
- La prise en charge des patients complexes et leur retour à domicile sera facilité par le recours à la plateforme CAP2S.
- Les patients pris en charge soit initialement soit par transfert pour des raisons de recours seront redirigés le plus rapidement possible vers le site correspondant à leur lieu d'habitation.
- Une RCP extraordinaire pourra être organisée un jeudi pour les cas difficile notamment pour le pied diabétique
- **Pied diabétique : L'indication chirurgicale doit impérativement être discutée collégalement entre médecins et chirurgiens, avec au minimum un professionnel de chaque catégorie, sans que soit imposée une RCP dans les cas consensuels.**
- **Diabète gestationnel** : PEC dans chaque site. Réfléchir à terme à une harmonisation des pratiques en liaison avec le réseau ELENA
- **Pompes à insuline**
 - Mise en place de pompe à insuline externe est possible en cas d'endocrinologue sur place et de mise en place d'une astreinte téléphonique.
 - Le suivi des pompes devra se faire au plus proche du domicile du patient
 - Réflexion à mener pour la mutualisation des astreintes pompe a 5 ans
 - les pompes implantables sont gérées au CHUSE.
- **Mesure continue du glucose (holter glycémique)** : pratique en développement mais non remboursée. Mise en place d'une réflexion pour permettre à tous les patients du GHT qui en ont besoin d'y avoir accès.
- **Insulinothérapie fonctionnelle** réalisée à Firminy, Montbrison et Annonay.

Voir Annexe

Filière 6 = Troubles du comportement alimentaire

- **Evaluation initiale**
 - Elle sera faite au niveau de Centre de Référence TCA au CHUSE (Pr Galusca et Pr Germain)
 - Elle concerne tous les patients de GHT diagnostiqués avec un TCA qui seront adressés d'abord au Centre TCA référent Ouest :
 - 04 77 82 93 90,
 - centreTCA@chu-st-etienne.fr
 - Elle comprend :
 - Une vérification du diagnostic de TCA

- Une évaluation clinique endocrinologique et hormonale faite au Centre et dans le Service d'Endocrinologie du CHUSE avec plateau technique spécifique endocrino-métabolique.
- Une évaluation psychiatrique / psychologique (Pr Massoubre, Dr Carrot, Dr Sigaud)
- **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire**
 - A lieu au Centre de Référence TCA de CHUSE toutes les deux semaines : présence de chaque spécialiste du centre impliqué dans l'évaluation
 - Analyse de la totalité du dossier une fois toutes les primo évaluations faites et proposition d'une prise en charge
 - Discussion des suivis problématiques
 - Compte-rendu systématique fait au médecin adresseur du GHT et au médecin traitant
 - Discussion pour inclusion dans protocoles de recherche clinique locaux et /ou nationaux en cours
- **Prise en charge et suivi en endocrinologie / nutrition**
 - Elle se fera principalement dans le Service d'Endocrinologie de CHUSE ; les autres sites de GHT pourront être impliqués à terme notamment dans le suivi ambulatoire en fonction du développement de compétences sur chaque site : internes formés selon la nouvelle formule de DES Endocrinologie / Nutrition, DIU TCA
 - Le suivi se fait sur une durée de 4 ans minimum
- **Prise en charge de la maigreur constitutionnelle et des complications**
 - En Endocrinologie du CHUSE pour diagnostic et suivi (centre de compétence maladies rares)

Filière 7 = Obésité/Chirurgie bariatrique

- **Evaluation initiale**
 - Elle sera faite dans chaque site du GHT
 - Elle comprend :
 - Evaluation clinique endocrinologie et hormonale faite en Endocrinologie
 - Evaluation psychiatrique / psychologique
 - Evaluation chirurgicale
 - ETP
 - Projet à 5 ans : homogénéiser les pratiques/bilans
- **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire**
 - Elle sera organisée par chaque site de GHT où il existe un circuit complet pour la prise en charge
 - Elle est à réaliser systématiquement au diagnostic, avant toute décision chirurgicale, puis au cours du suivi si besoin
 - Préparation standardisée sur PowerPoint
 - Compte rendu systématique fait au médecin traitant
 - Les cas nécessitant un avis de recours ou les inclusions dans des protocoles de recherche clinique locaux et /ou nationaux en cours seront présentés dans le RCP de CHUSE
 - La RCP de CHUSE Service Endocrinologie aura lieu tous les 2^{ème} jeudi du mois à 17h
 - Activation de la visio-conférence possible (matériel présent au CHUSE, volet télé-médecine)
- **Chirurgie de l'obésité**
 - Elle fera partie d'un circuit complet de prise en charge pre et post opératoire sur chaque site de GHT
- **Suivi à long cours**
 - Est réalisé dans chaque site
 - Avec la possibilité d'interroger la RCP du site a tout moment

- **Projet sur les 5 ans : création d'un SSR de prise en charge de l'obésité morbide et des suites post chirurgie bariatrique = Voir volet 5 projets médicaux**

Filière 8 = Dénutrition

- **Prise en charge décentralisée sur chaque site GHT** : elle s'effectue indépendamment par chaque service de CHR/CHU pour ses patients dénutris
- **Absence d'une unité transversale** de prise en charge de la dénutrition au CHUSE
- **Existence d'un CLAN** (Comité de liaison alimentation nutrition) avec une activité d'amélioration / sensibilisation à la prise en charge de la dénutrition à l'hôpital
- **Projet dans 5 ans** : Mise en place d'un espace de consultations de recours concernant les patients dénutris, temps partagé entre le CHUSE et chaque CHR du GHT : d'abord avec les internes de 3^{ème} – 4^{ème} année et ensuite avec les médecins formés via les DESC de Nutrition actuel et via la nouvelle formule de DES Endocrinologie / Nutrition

Volet 4 = Plan de recrutement médical sur le GHT

Constat :

- Désertification en spécialistes Endocrinologie Nutrition
- Délai avant d'avoir des nouveaux endocrinologues formés
- Eloignement et difficulté d'attractivité de certaines structures du GHT

Objectif à 5 ans : En prenant en compte, le nombre actuel insuffisant d'endocrinologues, les départ à la retraite à prévoir et les besoins en nutritionnistes qui ne seront pas couverts par les nouveaux DESC de nutrition qui disparaît, il faut augmenter le nombre d'endocrinologue sur le tout le territoire ville et hôpital de 10 postes à l'horizon 2025.

Actions à mener :

- Favoriser la formation mobile des internes au sein de tout le GHT: voir le volet formation
- Mettre en place une politique territoriale de recrutement d'endocrinologue au sein des structures du GHT partagée par tous
- Améliorer l'attractivité de toutes les structures du GHT

Favoriser la formation mobile des internes au sein de tout le GHT: voir le volet formation

Faire de la mobilité au sein du GHT un paramètre naturel.

Les internes doivent pouvoir être formés dans les sites du GHT.

Ces stages doivent être formateurs et permettre à l'interne de créer un lien avec les équipes qu'il mettra à profit sur le poste partagé.

Politique territoriale de recrutement d'endocrinologue au sein des structures du GHT

L'équipe en charge de chaque service d'endocrinologie du GHT s'engage sur les principes de recrutement suivant :

1. Le recrutement d'un médecin pour assurer une activité EDN sera soumis à avis consensuel au sein du GHT en accord avec le plan de formation des internes

2. On privilégiera le recrutement de spécialiste endocrinologue pour assurer une activité d'endocrinologie
3. L'orientation première proposée à un interne EDN formés dans le GHT sera toujours au sein du territoire tout en préservant sa liberté de choix.

Politique d'attractivité de toutes les structures du GHT pour les nouveaux endocrinologues

- Assurer à terme la présence **d'au moins 2 endocrinologues minimum** dans chaque structure du GHT
 - Pour permettre un travail collaboratif non isolé sur place
 - Pour permettre la continuité des soins tout en respectant la qualité de vie au travail
 - Pour permettre la présence d'au moins un médecin de chaque structure du GHT au RCP en présentiel ou par visio conférence
 - Pour permettre la formation des internes EDN sur place (terrains de stage), pré requis pour stimuler l'attractivité du site
- Permettre aux endocrinologues recrutés d'avoir une **activité spécifiques au CHUSE** : Profil de poste avec ½ ou 1 journée au CHUSE pour activités spécifiques (Enseignement, Recherche, Clinique : pompe implantable, échographie ponction de thyroïde, PMA, pathologies rares ..., Activité translationnelle GHT)
- Création de **postes partagés** entre les sites du GHT et le CHUSE soit sur les postes temps pleins actuellement libres ou par création de novo : 80% sur site et 20 au CHUSE (potentiellement le jeudi car jour de RCP)
 - Permet au médecin de discuter les dossiers en RCP
 - pour faire vivre les filières de prise en charge détaillées plus haut
 - Transfert de patients pour prise en charge au CHUSE si besoin,
 - Recrutement de patients actuellement au CHUSE mais relevant du territoire.

Plan de recrutement sur le long terme : Le plan de recrutement se compose de deux parties :

- **2017-2022 : Période difficile car les besoins sont urgents et les candidats locaux absents.**

Le premier interne à sortir pour un poste GHT est en novembre 2019.

En parallèle, le nombre d'interne en formation augmente à partir de novembre 2017 : 4 en 2017, 6 en 2018, 7 en 2019 puis 8 à partir de 2019.

Gestion de la crise en favorisant des recrutements extérieurs sur le principe des profils de poste GHT pour aider à l'attractivité tout en n'obérant pas le plan de recrutement sur le long terme pour les étudiants issus du GHT Loire.

- **A partir de 2022 : Stabilité et développement**

Possibilité de faire tourner au moins 1 poste d'assistant partagé dans chaque site du GHT

Possibilité progressive d'installation en ville (voir volet 7 Articulation avec la ville).

Volet 5 = Projets médicaux spécifiques des différents sites

Projet d'hôpital de semaine à l'Hôpital Le Corbusier de Firminy

Responsable médical du projet : Dr fanny BOUREILLE Cheffe du service Endocrinologue service B3

1) Etat des lieux :

En 2015, en hospitalisation complète de médecine, il y a eu 894 séjours dont la durée de séjour était comprise entre 1 et 5 jours, soit 8% des séjours et environ 19 % de l'activité. Il existe déjà une hospitalisation de semaine pour la chirurgie ambulatoire dans le service C5, ainsi que pour les endoscopies sous anesthésie générale et deux bilans pré chirurgie bariatrique par semaine. Les lits libres de ce service sont occupés pour l'instant par le service post urgence mais seulement pour la période hivernale, a priori.

2) Objectifs :

Développer les hospitalisations à durée courte, donc en semaine, avec dans un premier temps ouverture de 4 lits supplémentaires d'hospitalisation de semaine (il y a déjà deux hospitalisations par semaine de bilans pré chirurgie bariatrique), à développer ensuite si nécessaire... Ceci constituerait une unité médico chirurgicale de semaine de 10 à 12 lits. La tendance actuelle pour pouvoir rentabiliser au maximum les séjours est de prévoir une durée courte, avec programmation des examens complémentaires, en particulier pour des patients encore en activité professionnelle.

3) Méthodologie:

Pour estimer le nombre potentiel de séjours en hospitalisation de semaine, nous avons, au sein du pôle médecine (médecine interne, gastro entérologie, cardiologie et endocrinologie-maladies métaboliques), réalisé une enquête pendant un mois auprès des praticiens hospitaliers (PH) en médecine. Il y a eu environ une vingtaine de patients à prévoir en hospitalisation courte (de 2 à 5 jours), moyenne de 3 jours. Les examens complémentaires demandés étaient : 2 dopplers, 6 Echographies cardiaques, 3 holters, 6 endoscopies digestives, 7 scanners, 3 consultations ophtalmologiques, 3 IRM, 4 EFR, 6 polysomnographies et 1 consultation gynécologique. Par la suite après discussion avec le Docteur Brun, chef de service d'addictologie, il y aurait besoin d'un lit de semaine par semaine. De plus nous avons depuis le 1 novembre 2016, une assistante partagée en pneumologie. Enfin nous avons prévu un questionnaire à envoyer aux médecins généralistes du secteur avec lesquels nous travaillons régulièrement pour estimer leurs besoins plus précisément.

4) Moyens :

Le but est d'occuper 4 lits du lundi au vendredi dans le service C5 quand les lits post urgence ne seront plus occupés, à partir de Mai 2017. Cela permettrait de créer une unité médico chirurgicale de semaine.

Dans un premier temps, pas de personnel médical en plus car les praticiens prescrivant les hospitalisations de semaine s'occuperont de leurs patients.

Il y a un manque de personnel au niveau secrétariat : 30 H par semaine qui est essentiel pour la programmation des hospitalisations de semaine, à réévaluer.

Le personnel est présent au niveau du service C5 au niveau aide soignant (une AS en poste du matin et une en poste du soir) et ASH la journée... Concernant le personnel infirmier, (pour l'instant, une IDE en poste du matin et une IDE en poste du soir, plus une IDE la nuit), il faudrait prévoir un poste intermédiaire par jour en plus ce qui correspond à 1.20 ETP infirmier.

Il faudra prévoir des formations pour le personnel, en particulier concernant l'éducation des patients diabétiques avec les mises sous pompe à insuline sous cutané, le passage de traitement par anti diabétique oral à l'insulinothérapie. Concernant la prise en charge des traitements par pompe à insuline, je pense faire appel aux prestataires avec lesquels nous travaillons habituellement.

5) Calendrier prévisionnel :

Mise en place souhaitée à partir de Mai 2017

Fermeture des hospitalisations de semaine 6 semaines par an : 4 semaines en juillet août , une semaine à Noël et une semaine à Pâques.

Projet médical médecine D – Centre Hospitalier d'ANNONAY mars 2017 : Filière endocrinologie - diabétologie

Responsable médical du projet : Dr Christine Forel, Cheffe d'unité médecine D



Ce projet s'intègre dans le projet médical du Centre Hospitalier Ardèche nord (CHAN) et le GHT de la Loire (en cours de validation). Il a pour axe principal de renforcer les collaborations inter hospitalières et de structurer des filières inter hospitalières au sein du GHT.

- 1) **Politique qualité** : La politique qualité et gestion des risques faisant l'objet d'un point important au sein du GHT, il apparaît évident de la décliner à l'échelle du service et de promouvoir dans ce sens : validation de chaque praticien de son développement professionnel continu (DPC) et participation aux démarches qualités notamment IPAQSS chirurgie de l'obésité.
- 2) **Maintenir et consolider les activités déjà existantes** : PEC du diabète avec DT2 dont un programme d'éducation thérapeutique validé ARS, DT1 : mise sous pompe, insulinothérapie fonctionnelle, Diabète gestationnel, Bilan diabète, Pied diabétique. Endocrinologie : thyroïde, surrénales, hypophyse... RCP chirurgie bariatrique
- 3) **Développer des activités récentes et/ou nécessaires** : Ecriture d'un programme d'éducation thérapeutique pour la PEC des DT1 et diabète gestationnel. PEC pied diabétique. Développement de filière dans le cadre du GHT. RCP dans le cadre du GHT (thyroïde, surrénales, hypophyse). Trouble du comportement alimentaire : orientation vers le CHU de ST ETIENNE. RCP de recours en chirurgie bariatrique, filière avec SSR obésité (sous réserve de sa création).
- 4) **Formation** : La formation médicale et paramédicale avec pour axe prioritaire : Pied diabétique / Formation aux pompes à insuline / Education thérapeutique
- 5) **Recrutement médicaux** : L'activité d'endocrinologie et la prise en charge du diabète est actuellement assurée au sein du service de Médecine Interne par le Dr FAUCHERY, endocrinologue praticien contractuel temps partiel, et le Dr FOREL DU de Diabétologie et DIU obésité temps plein. Un Poste de PH temps plein en endocrinologie est publié au CNG ; pas de candidat actuellement mais ce poste pourrait être proposé à un assistant partagé du GHT avec alors la possibilité d'ouvrir un poste d'interne de la spécialité.
- 6) **Lien avec les professionnels de ville** : Consolider les liens avec la médecine de ville par les FMC. Proposer une alternative à l'hospitalisation complète : HAD, réseau. Participer à la plateforme de soutien et d'appui décidée au sein du GHT en tenant compte de la zone de soin du CHAN s'étendant vers la vallée du Rhône (cabinet libéral d'endocrinologie, Dr FAUCHERY, participant à l'activité du CHAN).

Projet d'une unité d'Endocrinologie et Maladie Métabolique spécifique de 8 lits- Centre hospitalier Roanne

Responsable médical du projet : Dr Mireille Perrin et Dr Agnes Perrin

- 1) **Unité Endoc 8 lits** associés aux 5 lits de chirurgie gynécologique
 - Organisation des locaux prévue avec lits d'endocrinologie et de chirurgie gynécologiques séparés (salle de soins et bureau des internes)
 - cadre de santé commun
 - Equipe paramédicale motivée et incluse dans la genèse du projet : composée de 2 IDE temps plein connaissant très bien la diabétologie et l'éducation thérapeutique + 1 troisième IDE temps plein nouvellement formée + 1 AS qui a toujours travaillé en endocrinologie (8h-15h30)
 - inclusion dans le pôle de gynécologie obstétrique en gardant un lien privilégié avec le service de médecine polyvalente et l'infectiologie pour la prise en charge des pieds diabétiques.
 - projet pédagogique pour relancer l'obtention d'un interne de médecine générale proposé au choix de Saint Etienne
 - Recrutement prévue à partir du 2 mai Dr Rodica Cibebe roumaine spécialisée en Endocrinologie en tant que praticienne attachée temps plein pour porter le nombre de médecins à 2.6 ETP pour combler le départ du Dr Dupont.
- 2) **Développement d'une activité de chirurgie bariatrique** :
 - Chirurgien = Dr Da Broi

- Psychiatre = Dr talichet
- Démarrage depuis janvier des bilans pre chirurgie bariatrique en hospitalisations de jours (actuellement 2 par semaine).
- Consultation pluridisciplinaire psy+chir+diet+nutritionniste

Projet de développement de la chirurgie bariatrique CH Forez

Responsable médical du projet: Dr Luc Millot, chef du service Médecine de jour et semaine Forez

Équipe pluridisciplinaire en cours de mise en place comprenant deux chirurgiens (Dr Michel Christophe et Dr Amine Oudriri, ce dernier étant titulaire d'une spécialisation en chirurgie de l'obésité et chirurgie endocrinienne), une équipe de d'endocrinologie-diabétologie-nutrition comprenant deux endocrinologues (Dr Luc Millot et Dr Catherine Vackrine, cette dernière étant membre actif du GROS et terminant sa formation en thérapie cognitivo comportementale), une équipe de quatre diététiciennes, un service où peuvent être réalisés l'ensemble des examens nécessaires à la discussion de la chirurgie bariatrique, en hospitalisation programmée, en trois jours, à l'instar de ce qui se pratique au service d'endocrinologie du CHU. Le centre dispose également du matériel nécessaire en terme d'infrastructures (bloc équipé de table spéciale, service de soins intensifs post-opératoire).

L'équipe cherche activement un psychologue qui pourrait s'impliquer dans l'évaluation des patients et leur suivi ultérieur si nécessaire. Les pistes s'orientent vers des psychologues ayant déjà une activité d'addictologie, qui se formerait auprès d'équipes spécialisées du CHU et assurerait le premier niveau de consultation. Le deuxième niveau serait assuré par un psychiatre du CHU pour discuter les contre-indications absolues ou relatives (Dr J Bonnet).

Initialement, lors de la montée en charge du dispositif, par un certain niveau d'activité, la RCP serait organisé localement pour les cas simples, avec deux niveaux de recours par la RCP départementale (CHU de Saint-Étienne) et régionale (Lyon).

Projet de création d'un SSR obésité – GHT/CH Forez

Responsable médical du projet : Dr Luc Millot

- 1) **Trois axes de développement** : mise en place d'une filière de chirurgie bariatrique au centre hospitalier du Forez, création d'un SSR métabolisme en centre Loire, accentuation de la prévention de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.
- 2) **Etat des lieux**: actuellement, dans la Loire, mais également dans les départements limitrophes, l'offre de soins de l'obésité est incomplète. D'un côté, les simples surcharges pondérales peuvent bénéficier d'un accompagnement diététique, ainsi que d'une aide à la reprise de l'activité physique, le plus souvent financée par les patients eux-mêmes. De l'autre côté, il existe une proposition de chirurgie bariatrique pour les obésités morbides ou plus légères avec pathologie associée. Les patients qui présentent soit une obésité sévère, mais qui ne peuvent ou ne veulent recevoir ce traitement chirurgical, soit une obésité plus modérée, ne bénéficient pas d'une proposition supérieure à celle des simples surcharges pondérales, qui impliquerait une prise en charge pluridisciplinaire, initialement intense, avec un suivi régulier ultérieurement. La prévalence de l'obésité morbide en centre Loire est identique à celle du reste du département, mais la proposition de chirurgie bariatrique y est inexistante, dans le secteur public. Les propositions de prise en charge sont toutefois limitées et, dans la plaine du Forez, il existe une seule consultation conjointe pédiatrie-diététique, sans approche complémentaire.
- 3) **Projet** : Proposer une offre cohérente de prise en charge de l'obésité, à tous les stades, avec une priorité pour la prévention, l'extension de l'offre chirurgicale obésité morbide et la création d'un SSR métabolisme dans la plaine du Forez.

4) Quatre objectifs pour le SSR :

- Une offre complète pour la prise en charge des obésités intermédiaires, proposant prise en charge nutritionnelle, éducation à l'activité physique, suivi psychologique, groupe de paroles, dans une approche pluridisciplinaire et complémentaire, à l'image de centres de l'obésité existant dans d'autres régions.
- Avec les mêmes outils, prévention collective de l'obésité de l'enfant dans les populations à risque, toujours pluridisciplinaire, mettant largement en valeur la dimension cognitivo-comportementale.
- Suites chirurgicales d'obésité morbide, pour les situations complexes.
- Prise en charge à moyen terme des complications de la chirurgie bariatrique liées notamment à la dénutrition.

Cette unité pourrait être couplée au SSR de rééducation cardiaque telle qu'il est envisagé dans le projet médical du centre hospitalier du Forez, avec des complémentarités évidentes. Elle s'adresserait non seulement aux patients du département, mais également à toute une portion de patients du Rhône, de l'Allier et du Puy-de-Dôme.

Projet de labellisation Centre de compétence des maladies rares endocriniennes Service Endocrinologie du CHUSE

Responsable médical du projet : Pr Natacha Germain, cheffe du service endocrinologie

Projet de labellisation du service comme centre de compétence pour toutes les maladies rares endocrinologiques (hypophyse, surrénales, gonades, réceptivité hormonale, troubles de la croissance, métabolisme phosphocalcique, insulino résistance, diabète atypiques...adulte et pédiatrie en partenariat avec le service de pédiatrie, Dr Odile Richard-Colmant) à l'intérieur de la filière MR endocrino FIRENDO dans le cadre de l'appel d'offre DGOS de re-labellisation des CRM et CCMR. Cette labellisation donnera une dimension CCMR à toute la filière endocrinologie du GH autour du centre de compétence endocrinologie du CHUSE.

Volet 6 = Réseau et plateforme d'appui et télémédecine

Réseaux et plateformes

Le **Réseau sante CAP2S** (Réseau de santé de Coordination et Appui aux Professionnels de la Santé et du Social) provient de la fusion de trois réseaux implantés dans la Loire, AMADIS, DEDICAS et le Réseau de Santé du Roannais. Le président est le Dr Luc Millot. Ses missions au sein du territoire du GH sont :

- Appui à la coordination pour organiser, avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires, planifier et suivre, si nécessaire, le parcours de santé et la prise en charge de patients en situation complexe.
- Elaboration d'une réponse graduée à la demande du ou des professionnels de santé (prioritairement soins primaires), des intervenants médico-sociaux, des familles.
- Favoriser le décloisonnement du système de santé et développer le lien ville-hôpital.
- Mise en œuvre de toute action complémentaire, qui viendrait renforcer les trois premières missions, notamment dans le cadre de la formation professionnelle (l'association est organisme de formation), de la prévention, de l'Education Thérapeutique, du développement de la pratique d'activités physiques et sportives ou de toute autre action relevant de la santé publique.
- Etendre son territoire d'intervention sur la base de celui des réseaux actuels et en tenant compte des moyens alloués.

Le groupe GH Loire Endocrinologie affirme la nécessité que tous les sites du GH à la plateforme territoriale d'appui CAP2S y compris Annonay.

Voir annexe

Oncoloire : Intégration de tous les patients GHT ayant un cancer thyroïdien dans le réseau Oncoloire par l'intermédiaire de la RCP (voir filière thyroïde).

Télémédecine

Le développement de la télémédecine est nécessaire au fonctionnement du GHT Loire Endocrino du fait de l'**éloignement des sites** mais aussi de par l'**utilisation historique du numérique et de la télémédecine dans la prise en charge du diabète et des surveillances des glycémies**.

Il sera développé au travers de points suivants :

- **Imagerie /PACS cloud et Nexus** à développer pour les RCP notamment
- **Visio conférence** pour RCP, réunion copil GHT, réunion de groupe de travail spécifique
- Développement du **zéro papier** au CHUSE
- Développement de **ZEPPRA, SISRA**
- **Surveillance du diabète connectée** à développer
- **Vidéo surveillance** en radiothérapie métabolique
- mission du **réseau CAP2S**.

Volet 7 = Articulation avec la ville (Endocrinologues nutritionnistes, médecins généralistes, autres partenaires médicaux et paramédicaux)

Constat

- Désertification en endocrinologue et nutritionniste de ville
- Faible attractivité de la région
- Faible attractivité de l'activité EDN en ville car mal rémunérée
- Des médecins généralistes intéressés par la maladie chronique
- Des réseaux existants

Objectifs : augmenter et améliorer l'offre de soins Endocrinologie diabétologie Nutrition en ville

Actions à mener

- **Augmenter le nombre d'endocrinologues nutritionnistes de ville : politique d'attractivité**
- **Favoriser et renforcer les compétences des médecins généralistes**
- **Développer des réseaux de soins au sein du GHT**

Augmenter le nombre d'endocrinologues nutritionnistes de ville : politique d'attractivité

- Décloisonner entre la ville et l'hôpital
- Mise en place d'une politique de recrutement d'assistant partagé pour favoriser
 - Pour leur permettre de développer leur propre réseau territorial local
 - Afin de pouvoir ensuite favoriser/faciliter leur envie d'installation en ville
- Favoriser le groupement des endocrinologues de ville
- Faciliter l'accès à la structure hospitalière pour les médecins de ville
 - Par des postes de vacataires financés par leur activité clinique
 - Par des demi-journées par semaine pour tous dans le service le plus proche de son installation
 - En leur offrant la possibilité d'être présent au RCP du CHUSE et du service proche
 - En leur permettant de faire hospitaliser directement les patients sans passer par un avis d'un médecin du service, avec la certitude qu'ils restent le médecin responsable du patient
 - Engagement fort du GHT à prendre le patient en urgence si besoin
 - Sur le modèle du fonctionnement en endocrinologie au CHUSE actuellement
 - Donner la possibilité aux médecins de ville de garder une activité universitaire s'ils le désirent

Favoriser et renforcer les compétences des médecins généralistes

- **Réaffirmer que le diabète fait partie de la spécialité endocrinologie.**
- Bon usage de DIU de diabétologie pour assurer un maillage de qualité de la prise en charge de proximité du patient
 - Terrain de stage en endocrinologie
 - Entretien avec le responsable de la formation
- Créer des protocoles de soins et de prise en charge partagés par tous au sein du GHT y compris la ville
- Favoriser la formation des internes de médecine générale :
 - Evaluer la faisabilité d'intervenir dans la formation de médecine générale
 - Favoriser les postes ouverts aux internes de MG dans les services d'endocrinologie du GHT
 - Proposer un séminaire de formation de 48 à 72 heures pour les étudiants en médecine générale à la faculté de médecine sur le diabète sur le même format que les formations faites pour les médecins des centres d'examen de santé
- Favoriser la formation des médecins généralistes en diabétologie nutrition : Organiser une journée de formation annuelle au sein du GHT tournant sur les sites géographiques du GHT
- Intégrer le CHUSE en tant que OGDPC

Développer des réseaux de soins au sein du GHT = voir plus haut

Volet 8 = Transition endocrinologie Pédiatrie/Adulte

Constat national et local

- Transition parfois difficile
- Fuite importante entre la prise en charge pédiatrie et adulte
- Facteurs multiples internes et externes

Objectifs : Fluidifier les parcours de soins transition pour permettre aux jeunes patients de faire un choix éclairé

Actions à mener

- **Mise en place d'un groupe de réflexion au sein du CHUSE sur la transition** coordonné par le Dr Odile Richard-Colmant, Mme Nesrine Marouani interne d'endocrinologie et titulaire du DESC de transition et les cadres de santé des services d'endocrinologie et de pédiatrie.
- **Elargissement de la réflexion à terme au GHT** en parallèle de l'élaboration du projet médical partagé GHT pédiatrie

Volet 9 = Coordination GHT

En accord avec le fonctionnement global du GHT, la filière GHT Endocrinologie Nutrition propose de mettre en place une **gouvernance** où la stratégie interne de chaque service est laissée à la discrétion du chef de service dans le respect du projet médical partagé.

- Chaque service du GHT assure son fonctionnement courant dont astreinte téléphonique, et la prise en charge de ses urgences.
- Chaque service du GHT assure la continuité des soins pour son service même lors des périodes de fermeture d'été et de fin d'année. Une organisation exceptionnelle pourra être discutée au cas par cas.
- Les transferts de prise en charge possibles sont définis dans le volet filière.
- En cas de prise en charge en urgence d'un patient ne relevant pas de son secteur, on privilégiera le transfert dans le service de secteur sauf si la prise en charge ne le permet pas.
- Un copil des responsables médicaux des sites est prévu 2 fois par an minimum.

CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GIER
HOPITAL de SAINT-CHAMOND
19, rue Victor Hugo
42403 SAINT-CHAMOND CEDEX
Service de Chirurgie

Secrétariat : 04.77.31.19.34
Fax : 04.77.31.19.78

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU 7 MARS 2017
Concernant la filière orthopédique – traumatologie du GHT Loire.

Etaient présents :

Le Professeur Frédéric FARIZON pour le CHU de Saint-Étienne
Le Docteur Cyril FALAISE pour l'Hôpital de Saint-Chamond, rapporteur et missionné par la CME du GHT.
Le Docteur Dr. Ghaleb BASHSHOUR pour l'Hôpital de Roanne.
Le Docteur Philippe DELUZARCHES pour l'Hôpital de Montbrison
Le Docteur Mahmoud LADIB pour l'Hôpital d'Annonay.

Deuxième réunion de la filière, le Dr Raou est remplacé par le Dr Bashshour.

L'ordre du jour est « la déclinaison opérationnelle du projet médical »

Les thèmes de la première réunion sont repris (cf CR du 2/11) et il est proposé:

- 1- La nécessité d'un poste d'Assistant partagé entre le CHU de Saint-Étienne et Roanne.
- 2- L'augmentation du nombre de poste d'interne de spécialité dans la filière qui passe de 2 par an, à 3 par an une année sur deux, soit 5 internes par deux ans, à réévaluer en fonction des débouchés, notamment du nombre de postes d'assistant.
- 3- L'organisation à Feurs d'une consultation alternée par les chirurgiens orthopédistes de Roanne et Montbrison. Avec l'établissement d'origine du consultant clairement présenté pour les patients afin que ceux-ci puissent choisir de se faire opérer sur Montbrison ou sur Roanne, en fonction de leur choix et de la proximité géographique.
- 4- Réaffirmer au sein du GHT la convention établie avec le SOS Main de Clermont à la Châtaigneraie pour les urgences, les avis secondaires sont orientés vers le Dr Falaise à Saint Chamond.
- 5- La généralisation de postes de Médecins Généralistes (orientation interniste, ou gériatre) dans les services de chirurgie orthopédique, afin de mieux prendre en charge les pathologies associées, notamment en traumatologie pour une population vieillissante et ainsi réduire les durées de séjour, améliorer l'encadrement des sorties notamment à domicile. Ce fonctionnement est déjà en place à Roanne et Firminy de manière très satisfaisante, il est demandé pour le CHU, Montbrison, Saint Chamond et Annonay.

6- Développement d'une filière de prise en charge des escarres (notamment sacrées) par le Dr DELUZARCHES à l'Hôpital de Montbrison.

7- Harmonisation des indications de centre de rééducation (MPR ou soins de suites) après chirurgie orthopédique, notamment prothétique et épaule, suivant les recommandations HAS pour éviter toute concurrence déloyale et permettre une meilleure adéquation des moyens aux besoins quelque-soit l'origine des patients : publique ou privée. La fluidité et les délais de prise en charge restent à améliorer pour les transferts de chirurgie orthopédique vers les soins de suites, notamment en cas d'éloignement géographique entre le lieu de vie et le service de chirurgie.

8- L'organisation de la prise en charge des urgences orthopédiques reste liée au devenir des plateaux techniques et des moyens en anesthésie. Elle sera rediscutée en fonction du nouvel audit sur la permanence des soins en Rhône-Alpes-Auvergne.

PROJET MEDICAL PEDIATRIQUE DE TERRITOIRE GHT LOIRE

12 mars 2017

PLAN :

- Description du contexte local de chaque établissement
- Evolutions prévisibles de la filière dans chaque établissement
- Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge au sein du GHT
- Structuration projetée de la filière du GHT
- Conséquences prévisibles sur les ressources humaines

1. Description du contexte local de chaque établissement

Centre Hospitalier Le Corbusier - Firminy :

Service de pédiatrie :

- Capacitaire initial de 18 lits variant en fonction de la saisonnalité depuis 2 ans : 06 lits en période estivale et de 15 lits en période hivernale
- Pas de secteur de néonatalogie
- Les effectifs médicaux sont au nombre de 3,1 ETP actuellement au lieu de 3,6 ETP dont un poste d'assistant partagé avec le CHU. A partir du 15 avril 2017 l'effectif passera à 2,1 ETP
- 6 internes répartis sur le service d'hospitalisation, la maternité et l'accueil des urgences infantiles.
- 1400 hospitalisations par an environ.

Urgences :

- Enregistrée aux urgences polyvalentes (UP) et prise en charge dans un espace dédié au sein des UP sous la responsabilité des pédiatres les jours ouvrables de 8 heures 30 à 18 heures 30 et des urgentistes sur les périodes de garde.
- Absence de lit d'UHCD pédiatrique
- Augmentation du nombre d'urgences pédiatriques de 5 500 en 2014 à plus de 8 000 en 2015.

Service d'Obstétrique :

- La maternité est de niveau 1 et comporte environ 1 480 naissances/an.
- Astreintes réalisées par les pédiatres et appel à l'intérim.
- Difficultés sur les astreintes avec parfois nécessité de recours à l'intérim médical.

Centre Hospitalier d'Annonay :

Service de Pédiatrie :

- Capacitaire : 15 lits de pédiatrie + 6 lits de néonatalogie.
- Effectif médicaux :

PROJET MEDICAL DE PEDIATRIE DU GHT LOIRE

- 3.6 ETP ; 3 PH temps plein + 0.6 équivalent temps plein avec 1 poste d'assistant généraliste.
- Le centre hospitalier accueille un interne de spécialité de pédiatre et souhaiterait pouvoir avoir un poste d'assistant partagé avec le CHU.
- **Activité :**
 - Néonatalogie : hospitalisations 200-250/an représentant 1000-1500 journées /an.
 - Pédiatrie : 1600 hospitalisations médicale/an, journées (Med + Chir) : 2500 /an
 - Cs Externes : 5500 /an
- Au niveau du service de pédiatrie générale, pas de consultation de surspécialité mais des possibilités éventuellement en neuro-pédiatrie.

Urgences :

- Les urgences pédiatriques sont enregistrées au niveau des urgences polyvalentes et transférées ensuite dans le service de pédiatrie. 5 250 passages médicaux en 2015 contre 3 500 en 2010. Pas de lits d'UHCD dédié à la pédiatrie.

Service d'Obstétrique :

- Maternité de niveau 2 A avec 750 à 850 naissances/an. Astreintes réalisées par les pédiatres

Centre Hospitalier du Forez - Feurs Montbrison :

Le Centre Hospitalier du Forez se comporte 2 établissements : Le CH de Montbrison et le CH de Feurs.

Su le site de Feurs se situe une maison périnatale. Elle assure les suivis de grossesses et accueille les femmes en post-partum.

Le CH de Montbrison dispose d'un service de Gynéco-Obstétrique et d'un service de Pédiatrie

Service de Pédiatrie :

- **Capacitaire : 18 lits**
Depuis quelques mois en fonction des variations saisonnières, on note une adaptation du nombre de lits entre 8 et 13 lits.
Consultations : allergologie, prise en charge de l'obésité, et pluridisciplinaire en lien avec le CHU
- **Effectifs médicaux : comprend 2 temps partiels à 0.8 et à 0.6 ETP ce qui fait 1.4 ETP officiellement ;**

Urgences :

- Après enregistrement administratif dans le service des urgences polyvalentes, la prise en charge des urgences médicales infantiles s'effectue en heures ouvrables dans le service de pédiatrie et la traumatologie s'effectue dans le service des urgences générales. La « séniorisation » des urgences est réalisée la journée par les pédiatres et la nuit par le médecin des urgences polyvalentes. Une Unité d'accueil des Urgences Pédiatriques a été récemment individualisée en semaine avec une amplitude horaire de 8h à 18h30 (ouverture le 14/11/2016).
- UHCD : Pas de lit dédié à la pédiatrie

PROJET MEDICAL DE PEDIATRIE DU GHT LOIRE

Service d'Obstétrique :

- Maternité de niveau 1 avec environ 900 à 950 naissances/an. Caractéristiques de la maternité pour l'année 2016 avec un taux de naissance positif à + 2.75 % contrairement aux autres données régionales ou de la GHT.
- Permanence des soins pour la maternité sous forme d'astreintes reposant sur les 2 Pédiatres + appel à l'intérim.

Centre Hospitalier Pays de Gier – St Chamond :

Pédiatrie :

- Pas de lit d'hospitalisation de Pédiatrie dans cet établissement.
- Développement des consultations de pédiatries spécialisées : consultations obésité, pédiatrie endocrinologie diabète et troubles mictionnels énurésie encoprésie.
- Effectif médicaux :
 - 1 ETP, 2 personnes 1 à 0.6 et 1 à 0.5 + des pédiatres vacataires à raison d'une vacation/semaine pour 2 praticiens ;

Urgences :

- Séniorisation en journée des urgences qui sont accueillies par le service des urgences polyvalentes de l'établissement mais pas de filière individualisée.
- Pas de lit d'UHCD pédiatrie.

Service d'Obstétrique :

- Maternité de niveau 1 avec 650 à 750 naissances. Sur l'activité de la maternité, baisse de l'activité surtout après le départ de plusieurs praticiens devant des rumeurs de fermeture
- Astreinte pour la maternité reposant sur 4 pédiatres.

Centre Hospitalier de Roanne :

Service de Pédiatrie :

- Capacitaire :
 - 18 lits d'hospitalisations complètes avec une variation saisonnière à 12 l'été ;
 - 4 Lits de surveillance continue pédiatrique ;
 - En néonatalogie : 3 lits de soins intensifs et 6 lits de néonatalogie.
- Activité :
 - La pédiatrie fait environ 2 400 entrées/an, dont 450 en surveillance continue.
 - La néonatalogie fait 381 entrées/an, dont 178 en soins intensifs
 - Cs Externes : 4427 /an
- Effectifs Médicaux :
 - 9 équivalents temps pleins (6 PH temps plein + 3 postes d'assistants)
 - 6 internes l'hiver et 5 internes l'été.
 - Gardes sur place pour assurer à la fois les urgences néonatales, l'unité de surveillance continue et les urgences pédiatriques.
- Consultations de surspécialité en diabétologie, endocrinologie, en néphrologie, rhumatologie, en neurologie, allergologie, cardiologie et orthopédie pédiatrique.

PROJET MEDICAL DE PEDIATRIE DU GHT LOIRE

Urgences :

- Les urgences sont assurées par le service des urgences polyvalentes de l'établissement pour la traumatologie et par le service de pédiatrie pour les urgences médicales et les autres urgences chirurgicales. Les urgences pédiatriques ont reçu 11100 urgences en 2016 dont 1800 hospitalisations.

Service d'obstétrique :

- La maternité est une maternité de niveau 2 B avec environ 2 000 naissances/an.

Centre Hospitalier Universitaire de St Etienne :

Services de Pédiatrie :

Le CHU accueille les mineurs en hospitalisation dans 2 unités distinctes :

- Le service de pédiatrie C dédié à la tranche d'âge des 0-6 ans, avec 21 lits.
Il existe une adaptation saisonnière du capacitaire pour ce service qui passe de 14 lits l'été à 28 lits l'hiver. 4 à 8 de ces lits, en fonction de la période, sont éligibles à la surveillance continue. Effectif médical : 3 équivalents temps pleins.
- Le service de pédiatrie B, pour la tranche d'âge des 6-18 ans, avec 14 lits.
Adaptation saisonnière : réduction du nombre de lit l'été de 14 à 7-10 lits pendant 6-8 semaines.
Effectif médical : 2 ETP

Ceci fait en moyenne 35 lits d'accueil pour la pédiatrie générale dans les 2 services du CHUSE.

Hospitalisation de jour dans une unité qui comporte 3 lits de médecine, ce qui est largement insuffisant à l'heure actuelle.

Les urgences pédiatriques :

Urgences à autorisation individualisée. L'année 2015 a accueilli 30 000 enfants de 0 à 18 ans.

Le service ne comprend que 2 lits d'UHCD ce qui est largement sous-dimensionné puisque le ratio recommandé est de 3 à 5 lits par tranche de 10 000 passages soit 9 à 15 lits ... L'équipe médicale des urgences pédiatriques est composée de médecins issus de la médecine d'urgence et de pédiatres.

Service d'Obstétrique :

C'est une maternité de niveau 3 avec 3200 à 3400 naissances/an, adossée à un service de réanimation néonatale de 10 lits et de 9 lits de soins intensifs néonataux.

2. Evolutions prévisibles de la filière dans chaque établissement

Les Enjeux dans la spécialité pédiatrique :

- La nécessité de développer une Pédiatrie de plus en plus spécialisée et performante pour assurer les prises en charge de référence sur notre territoire en particulier avec l'augmentation des pathologies chroniques de l'enfant tout en assurant la gestion des pathologies courantes mais potentiellement graves et souvent très désorganisatrices pour les structures de soins pédiatriques.
- Continuer à assurer les contraintes de permanence de soins ou de garde dans un contexte où la féminisation de la spécialité est forte et associée à une démographie médicale en forte baisse.

La filière Pédiatrique du GHT du territoire Loire Sud ne peut rester en l'état avec une offre de soin polyvalente très rapprochée sur les 3 établissements de ce bassin :

- Offre de soin importante en Loire sud avec des services de Pédiatrie proches : distants de 18 km et 20 mn entre le CH le CORBUSIER et le CHU de ST ETIENNE et de 40 km et 32 mn entre le CH du FOREZ et le CHU de ST ETIENNE (réf. Google Maps) ; les hôpitaux du Forez et du Corbusier sont associés à une maternité de niveau 1 permettant une très grande proximité avec leurs bassins d'attraction.

3. Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge au sein du GHT

- Nécessité de cohésion et de partage des rôles au sein du GHT Pédiatrique afin d'assurer une prise en charge coordonnée et de qualité pour les patients. Cet objectif induit une organisation et un partenariat entre les établissements du GHT afin de répondre au mieux à la demande de soins pédiatriques :
 - Nécessité d'un maillage territorial assurant une grande proximité pour les urgences et les pathologies courantes.
 - Maintien et Développement en plus d'une offre de surspécialités au nord du GHT sur le CH de Roanne et au Sud sur le CHU.
- Nécessité de conforter le CHU dans son rôle de référence et en particulier de permettre la stabilisation des surspécialités pédiatriques suivantes :
 - La cardiologie
 - La pneumologie
 - La neurologie
 - La gastroentérologie
 - La rhumatologie
 - La néphrologie
 - Les maladies métaboliques et la nutrition
 - L'allergologie
 - L'hématologie
 - L'endocrinologie et la diabétologie
 - La néonatalogie
 - La gynécologie pédiatrique
 - La dermatologie infantile
 - La Pédiatrie d'urgence et la réanimation
 - La maltraitance, enfance en danger et unité médico-judiciaire
 - La médecine physique et réadaptation

4. Structuration projetée de la filière pédiatrique du GHT

Les éléments proposés sur l'organisation de la filière pédiatrique au sein du GHT sont soutenus par l'ensemble de la communauté médicale pédiatrique des différents établissements.

Le groupe GHT Pédiatrique propose de structurer la filière pédiatrique selon les axes suivants :

Activité de Périnatalité :

- Une présence pédiatrique dans les maternités du GHT est un objectif de qualité indispensable pour une prise en charge optimale des nouveau-nés.
- Maintien des astreintes de pédiatres ou des gardes de pédiatres selon le niveau de maternité.
- Les activités de néonatalogie avec soins intensifs (Roanne) et néonatalogie (Annonay) qui sont bien structurées se poursuivent du fait entre autres de leur éloignement du CHU.
- Le Centre Hospitalier du Forez (Feurs Montbrison) : il faut permettre l'évolution du centre de périnatalité de proximité (CPP) du site de Feurs vers un CPP avec une Unité Mobile de Soins Périnataux (UMSP) reposant sur le rôle autonome de plus en plus important des sages-femmes dans le champ périnatal (pré et post natal). Ce CPP avec UMSP doit être piloté par le Centre Hospitalier du Forez. Il permettrait ainsi le suivi des nouveaux-nés avec une organisation structurée et coordonnée des retours à domicile des mères et des enfants. Dans un premier temps, une phase préalable d'application pourra être dédiée au territoire du CHF, avant d'étendre ce concept à l'ensemble du GHT.

Activité d'Accueil des Urgences :

- Dans les CH du GHT ne disposant pas d'urgences pédiatriques autonomes, les services d'urgences générales accueillent la population pédiatrique de façon à maintenir une proximité des soins pédiatriques urgents sur l'ensemble de notre territoire.
- La « séniorisation » des urgences est faite par le médecin urgentiste avec appui des pédiatres de son établissement.
- Des filières de prise en charge séparées des filières adultes sont identifiées en fonction des possibilités locales toujours en lien avec le service de Pédiatrie de la structure.
- Dans les CH disposant d'unités d'urgences pédiatriques autonomes, s'appuyant sur une garde pédiatrique individualisée, l'activité de ces unités doit être confortée que ce soit au SAU Pédiatrique du CHU, ou à l'accueil urgence pédiatrique de Roanne, vu le recours toujours plus grand de la population à ces unités.

Activité de Consultation :

- Consultation de Néonatalogie : Favoriser dans les établissements de proximité, les consultations de suivis du nouveau-né au 10^{ème} jour de vie comme cela est suggéré dans la réglementation. Celles-ci sont actuellement de réalisation impossible du fait la surcharge de travail des médecins et des sages-femmes libéraux.
- Consultation Pédiatrique : La délocalisation de certaines consultations spécialisées avec la possibilité de développer des suivis de pathologies chroniques, si les ressources médicales le permettent, dans certains

PROJET MEDICAL DE PEDIATRIE DU GHT LOIRE

établissements du GHT Loire est favorisée afin de limiter les déplacements de population.

Activité d'Hospitalisation conventionnelle :

- Les services des établissements d'Annonay et de Roanne ne modifient pas leur capacitaire.
- Sur le territoire Loire Sud une réduction globale du capacitaire d'hospitalisation de plus d'une dizaine de lits est validée : ainsi un passage de 36 lits à 24 - 26 lits est nécessaire tout en ayant l'objectif affirmé de maintenir des pédiatres sur chaque établissement.
- La répartition capacitaire proposée se décompose de la façon suivante :
 - Le capacitaire des services de Pédiatrie de Firminy et de Montbrison est identique et fixé à 6 lits de façon constante tout au long de l'année. Ces lits d'hospitalisation conventionnels permettront de répondre aux besoins d'hospitalisation de ces établissements.
 - Transfert d'une partie des lits sur un service de pédiatrie dit « de territoire » sur le CHU dont la capacité pourrait être fixée autour de 14 – 15 lits afin d'absorber les variations de flux saisonniers et de développer les surspécialités pédiatriques nécessaires.
- Le service « de territoire » pourrait être structuré pour un âge cible situé entre 4 et 12 ans. Cette cible devra être adaptée en fonction des besoins sur les flux de patient. Ces lits pourraient être positionnés dans le bâtiment E au niveau + 2 dans l'ancien service de Pathologie de la Grossesse à proximité des services de Pédiatrie B et C. Il sera nécessaire d'envisager des travaux de rénovation et d'adaptation des locaux à ce type d'activité.
- Au sein de ces lits, 4 lits dédiés à la Pédopsychiatrie pourraient être individualisés en dehors de périodes épidémiques car notre territoire ne dispose d'aucun lit d'hospitalisation en Pédopsychiatrie dans la tranche d'âge des 6 – 10 ans. Intérêt de la proximité des Urgences Pédiatriques et Psychiatriques, et la mutualisation en particulier des moyens éducatifs (scolarisation possible). Cette proposition de lits pédopsychiatrique au sein d'un service de pédiatrie est faite en parfaite concertation avec le groupe GHT Loire Psychiatrie.
- Dans cette configuration, un renfort pédopsychiatrique devra être parfaitement identifié sous forme de moyens donnés en particulier aux équipes de la liaison pédopsychiatrique. Des temps de pédopsychiatre, de psychologue et d'infirmier psy devront être dédiés pour ces lits situés au sein d'un service de pédiatrie. Ainsi l'activité de liaison pédopsychiatrique, pour répondre à ses missions et soutenir l'équipe de pédiatrie doit pouvoir mobiliser du temps infirmier, pour la possibilité d'une intervention soignante à type d'entretien ou de médiation thérapeutique, de façon quotidienne auprès de ces patients, de temps dédié à l'articulation avec les équipes de pédiatrie engagées dans les soins à l'enfant, la surveillance clinique, la gestion des demandes de la famille et des intervenants sociaux habituels,

ainsi que du temps médical permettant la tenue d'entretien avec l'enfant, avec chacun de ses parents, avec les éducateurs en situation de placement, l'organisation du travail de réseau à des fins d'organisation de la sortie et du projet de soin de l'enfant.

- Le service de Pédiatrie B sera réservé pour une population comprise entre 12 et 18 ans alors que le service de pédiatrie C s'occupera des moins de 4 ans.

5. Conséquences prévisibles sur les ressources humaines

L'objectif sur chaque établissement est le maintien de pédiatre(s) afin d'assurer tous les jours de l'année, l'activité liée aux lits d'hospitalisation, à l'urgence, à l'activité pédiatrique en maternité et au développement des consultations.

Le service de Pédiatrie de territoire devra faciliter l'accès des Pédiatres et des IDE ou PDE concernés par la réduction capacitaire ou par l'arrêt d'activité de périnatalité dans leurs établissements (Loire Sud) qui souhaiteraient avoir un temps de travail régulier dans ce service. Les modalités pratiques seront à définir avec les médecins concernés et les cadres supérieurs de santé.

Postes d'assistants partagés :

- Le GHT Pédiatrie demande la pérennisation des postes d'assistants partagés entre le CH de Roanne et le CHU. Il faut 2 postes ouverts en permanence, donc pérennes qui soient anticipés et fléchés de façon à pouvoir donner des perspectives à nos internes. L'idée est d'avoir en permanence 1 assistant sur Roanne et 1 assistant sur le CHU de façon à parfaire leur formation, que ces postes soient attractifs.
- Le Centre Hospitalier d'Annonay demande l'ouverture d'un poste d'assistant partagé avec le CHU et éventuellement la possibilité de délocaliser des consultations de surspécialités en particulier en neurologie. Il souhaite garder son poste d'interne DES de pédiatrie.
- En fonction de l'attractivité du service de Pédiatrie de Territoire pour les pédiatres des CH concernés, la création d'un poste d'assistant partagé pourra être étudié afin de compenser le temps manquant dans les structures d'origine. L'assistant participera alors aux contraintes d'astreinte pour les établissements du Corbusier et du Forez.

Formation médicale :

- Formation des internes : Pour permettre de stabiliser la démographie, de fournir aux établissements du GHT suffisamment de pédiatres, de développer les surspécialités, il a été convenu qu'il fallait **un minimum de 7 pédiatres par an** à former contre actuellement 5 lors de la dernière promotion.
- Formation aux Urgences du GHT : Le groupe GHT Loire pédiatrie doit pouvoir proposer un plan de formation cohérent pour accompagner la prise en charge des enfants dans les services d'urgences polyvalentes où il n'y a pas de garde pédiatrique de façon à ce qu'elle soit la plus optimale possible. Le groupe GHT Loire pédiatrie s'appuiera sur les pédiatres de chaque établissement et sur le

PROJET MEDICAL DE PEDIATRIE DU GHT LOIRE

réseau des urgences REULIAN afin structurer l'offre de formation médicale et paramédicale.

Enfin le GHT pédiatrie rappelle la nécessité de liens privilégiés avec la pédiatrie libérale qui est un relais important sur le territoire. Malheureusement la pédiatrie libérale est elle-même en grande souffrance. On rappelle qu'un accès au pédiatre libéral de garde est possible à proximité du service des urgences pédiatriques du CHU, les samedis dimanches et fériés sur une période courte de 9 heures à 13 heures tout au long de l'année. Cependant la pérennité de ce service est régulièrement remise en cause par le manque d'effectifs.

Services de pédiatrie signataires du document

Centre Hospitalier d'Annonay :

Centre Hospitalier du Forez :

Centre Hospitalier des Pays de Gier :

Centre Hospitalier de Roanne :

Centre Hospitalier Le Corbusier :

Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne :

GHT LOIRE

Un projet pour la pédopsychiatrie

(Version du 13 mars 2017)

Dr Anne-Laurence CAUDIE

Dr Cécile POLI

Dr Fabrice MOSCHETTI

La pédopsychiatrie est en difficulté pour accomplir ses missions de service publique quand les délais ou les listes d'attente s'allongent pour un rendez-vous dans un CMP et quand il en est de même pour un soin spécifique ou une hospitalisation. Après une brève description des forces en jeu qui concourent à cette situation, nous donnerons une analyse de l'organisation des soins sur le territoire pour ensuite élaborer quelques propositions, soit d'organisation, soit de projets de soins pertinents à développer.

1. CONSTATS ET ENJEUX

1.1. Une évolution sociétale

L'évolution des familles, avec notamment l'augmentation des familles monoparentales dont le nombre en 2005 a doublé par rapport à 1982¹ et ne cesse de croître, participe à l'envolée des demandes de consultations en CMP. Dans ces situations, les motifs invoqués sont des troubles réactionnels (et parfois tardifs) chez l'enfant à la séparation parentale ou encore des difficultés dans l'exercice (au sens juridique) ou la pratique de l'autorité parentale. Les recompositions familiales ultérieures avec transformation des fratries comme les nouvelles séparations conjugales motivent également nombre de consultations dont les symptômes d'appel restent peu spécifiques.

L'augmentation du nombre de consultations pour des troubles des apprentissages (avec un risque de médicalisation des difficultés scolaires) ou des troubles des conduites est tout aussi notable.

Cette problématique a bien été posée par les Etats généraux de la pédopsychiatrie organisés en avril 2014 : « La pédopsychiatrie publique connaît un accroissement considérable de son activité puisque le nombre d'enfants suivis au niveau national a plus que doublé en quinze ans. Ce sont près de 500 000 enfants qui sont vus chaque année par les structures de secteur infanto-juvénile et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP). Elle répond aux besoins des enfants et des familles ainsi qu'à ceux de nombreux professionnels de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence qui s'appuient sur nos structures soignantes. L'accès aux soins est devenu difficile du fait de cette affluence. »

¹ Source : Insee

1.2. Une évolution de la nosographie

L'évolution des critères diagnostiques, l'apparition de nouveaux troubles participent aussi à cette augmentation des demandes de consultation et de suivi. En trente cinq ans, le contenu du DSM est passé d'un peu moins de 150 troubles mentaux en 1982 à 400 actuellement dans sa 5^{ème} version. Les TOP² et DEI³ sont quelques exemples de ces nouvelles catégories. Sur le plan qualitatif, les critères changent également. Ainsi, pour le diagnostic de TDA-H il n'est plus nécessaire que les symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention soient « présents avant l'âge de 7 ans »⁴ mais seulement « avant l'âge de 12 ans »⁵, pour le diagnostic d'état dépressif majeur le DSM-5 supprime l'exclusion du deuil favorisant alors une médicalisation de ce dernier, etc.

1.3. Des pédopsychiatres trop peu nombreux

Sans vouloir expliciter ici les causes multiples de cette évolution, nous nous contenterons d'un constat qui est celui d'une dangereuse diminution du nombre de pédopsychiatres affectant plus particulièrement les villes de taille moyenne comme Roanne ou Montbrison sur notre territoire et dans tous les secteurs : centre hospitalier, CMPP, libéral et médico-social (IME, SESSAD, ITEP) [Annexe 1].

Les auditions de la mission sénatoriale d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France rapportent que « les universitaires de psychiatrie chargés de la formation des futurs pédopsychiatres sont moins nombreux au regard des autres disciplines médicales »⁶.

1.4. Une nécessaire reconsidération de l'offre de soins de premier recours en Santé mentale

Le premier recours en Santé mentale pour les enfants ou les adolescents est trop limité, ce qui place les CMP ou les CMPP en première ligne et à une époque, comme nous l'avons vu, où les motifs de consultation sont légions. Pour une grande partie de la population il n'est pas possible de financer (en dehors de quelques entretiens et encore) des séances auprès d'un psychologue en libéral.

Seulement certaines pathologies peuvent prétendre à une aide (après avis de la MDPH) pour permettre le financement (total ou partiel) de certaines rééducations en libéral (psychomotricité, ergothérapie).

² Trouble Oppositionnel avec Provocation

³ Désordre Explosif Intermittent

⁴ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM IV

⁵ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM 5

⁶ Les universitaires et internes alertent sur la « paupérisation » de la formation en pédopsychiatrie.

Les MDA⁷ proposent quelques accompagnements mais ils restent incomplets et limités, à la fois dans le temps ainsi qu'à certaines problématiques. Quoi qu'il en soit, rien n'existe de similaire dans la Loire pour les moins de 12 ans.

Sur ce terrain, le SAMEAD⁸ créé en 2011 à l'initiative de médecins généralistes et hospitaliers occupe une place importante mais sa pérennité n'est pas encore totalement assurée [Annexe 3].

1.5. La question de l'hospitalisation complète en pédopsychiatrie

Le virage ambulatoire a été très largement suivi par les services de pédopsychiatrie dès leur création mais aujourd'hui les limites et carences induites par ce choix sont clairement perceptibles à travers les longs délais d'attente ou les inacceptables maintiens à domicile de jeunes exclus de tout lieu et dont la pathologie est sévère (par exemple un autisme avec troubles associés).

Les établissements médico-sociaux peinent de plus en plus à accueillir des mineurs présentant des troubles du comportement et la pédopsychiatrie publique ne dispose que de moyens très réduits quand il s'agit de proposer une hospitalisation.

Le constat est national, les différentes fédérations hospitalières soulignent que « la question des adolescents est centrale pour les urgences or trop de lits [d'aval] destinés à l'accueil des adolescents ont été fermés »⁹. Dans la Loire, le nombre de lits et places pour 1000 habitants en psychiatrie infanto-juvénile est inférieur à la moyenne nationale¹⁰.

2. PRESENTATION DES SERVICES

[Annexe 2]

3. PRESENTATION DES FORCES ET FAIBLESSES DU TERRITOIRE

Les forces sont les suivantes :

- Développement de structures de soins ambulatoires (CMP, CATTP,...) sur l'ensemble du territoire ;
- Sectorisation du territoire permettant à chaque lieu d'être rattaché à une structure de soins publique ;
- Existence de centres de référence (pour l'autisme, les troubles spécifiques des apprentissages, les TCA) ;

⁷ Maison Départementale pour Adolescents

⁸ Service d'Aide Multiprofessionnelle pour Enfants et Adolescents en Difficulté psychologique

⁹ Les fédérations hospitalières témoignent d'insuffisances dans l'offre de lits en pédopsychiatrie. HOSPIMEDIA. 26/01/2017

¹⁰ Sources : ARS et Drees. Chiffres au 1^{er} janvier 2013.

- Expérimentation de nouveaux dispositifs de soins de premier recours en santé mentale tel que le SAMEAD. Après sa création en 2011 il s'est progressivement développé sur 4 communautés de communes ;
- Existence d'unités d'hospitalisation accessibles pour tout enfant ou adolescent ligérien âgé de 10 à 18 ans ;
- Collaboration étroite avec les services de pédiatrie ;
- Volonté de coopération entre les trois services de pédopsychiatrie de la Loire ;
- Travail en réseau avec les établissements médico-sociaux, le département (PMI, services de protection de l'enfance), l'éducation nationale, les MDA ;
- Existence de 4 CMPP (St Etienne, St Chamond, Firminy et Roanne) et de 4 CAMSP (St Etienne, Firminy, Roanne et Montbrison) dans la Loire.

Des faiblesses existent :

- Répartition inégale sur le territoire des structures ambulatoires (CMP/CATTP) avec un risque de métropolisation de la pédopsychiatrie (sur l'agglomération stéphanoise, Montbrison et Roanne). A Feurs, l'activité de CMP s'effectue à partir de moyens pris sur le CATTP (de fait, l'équipe est alors quantitativement insuffisante et aussi incomplète) ;
- Nombre de lits d'Hospitalisation Continue/Hab. inférieur à la moyenne nationale (0,9 lit et place/1000 Hab. contre seulement 0,6 dans la Loire) ;
- Risque d'une diminution du nombre de lits de pédiatrie et d'une moindre acceptation des mineurs présentant une pathologie mentale ;
- Pénurie médicale dans les deux CHG du Forez et de Roanne (postes vacants à Roanne et nombre insuffisant à Montbrison) ;
- Peu de relais possibles en libéral (3 pédopsychiatres installés pour l'ensemble de la Loire) ;
- Manque de psychiatres/pédopsychiatres dans les établissements médico-sociaux (de nombreux départs ne sont pas remplacés) ;
- Equipes de psychiatrie de liaison insuffisamment développées (le travail de liaison s'effectue par redéploiement de moyens à partir du CMP ou des urgences pédopsychiatriques, absence de financement spécifique) ;
- Absence d'HJ pour adolescents dans le centre et le nord du département ;
- CATTP pour adolescents sous-dimensionné sur le territoire sud Forez ;
- Absence d'unité départementale ou régionale spécifique (type DAPELA au CH du Vinatier ou USIDATU à l'hôpital de la Salpêtrière) permettant d'accueillir en hospitalisation des enfants ou adolescents autistes présentant des troubles associés sévères ;
- Le périmètre du GHT Loire correspond mal à la sectorisation psychiatrique ;
- Fermeture de la liste d'attente sur plusieurs CMPP de la Loire (Roanne, Firminy et St Chamond) avec réorientation des familles sur les CMP hospitaliers. Le même phénomène a été observé à Roanne quand en 2016 le CAMSP a annoncé qu'il allait devoir diminuer sa file active, avec pour conséquence une réorientation de nombreuses familles sur le Centre Hospitalier.

4. PROPOSITIONS POUR DE NOUVELLES ORGANISATIONS

4.1. Création d'un pôle pédopsychiatrique inter-établissements (Roanne – Feurs – Montbrison)

4.1.1. Principes généraux

- Il s'agit d'une **union** et non d'une fusion des services avec maintien de chaque chefferie ainsi que de la sectorisation comme elle est actuellement établie.
- Le principe de **solidarité** entre les services sera un point fort et sa traduction multiple (échanges, rencontres, équipe médicale territoriale, projets communs, mutualisation de l'offre d'hospitalisation en pédiatrie, etc.) au bénéfice de la population.
- Le pôle ainsi créé reste évolutif et travaillera en étroite collaboration avec le CHU de St Etienne.

4.1.2. Objectifs

- Créer une **équipe médicale territoriale** et assurer une **permanence médicale** en journée sur l'ensemble du territoire correspondant au pôle créé ;
- Revoir l'organisation des soins ambulatoires (CMP) entre Roanne et Montbrison ;
- Limiter l'isolement de chaque service, des professionnels et introduire une plus grande **mobilité médicale** au sein du pôle ;
- Rendre plus **attractive la pratique en pédopsychiatrie notamment pour les médecins** ;
- **Améliorer et sécuriser l'offre de soins** (formations thématiques au sein du pôle, supervision des équipes soignantes, etc.) ;
- Travailler des **projets et dispositifs communs** (Ex : Equipe de pédopsychiatrie de liaison) ;
- Poursuivre le partenariat commencé avec le dispositif **SAMEAD sur un plus grand territoire** (notamment en campagne).

4.1.3. Bénéfices attendus

- Meilleure couverture médicale sur l'ensemble du territoire ;
- Limitation des hospitalisations sur le CHU (notamment aux urgences) ;
- Amélioration de la qualité des soins ;
- Emulation et partage d'expériences, de compétences entre services.

- Accroissement de la diversité des approches thérapeutiques ;
- Meilleure coordination et utilisation des possibilités d'hospitalisation en pédiatrie (CH du Forez et de Roanne). Attention, la mise en place d'une équipe pédopsychiatrique de liaison avec des moyens spécifiques est nécessaire ;

4.2. Réorganisation des deux unités d'hospitalisation (UMPPA et UMPA) du CHU de St Etienne

Cette réorganisation qui est déjà en cours consiste à associer 2 lits de semaine à chacune des unités actuelles composées de 7 lits d'hospitalisation continue. Ceci est rendu possible grâce au dégel des 4 lits restant de l'ancienne unité d'hospitalisation pour enfants du Dr BERGER, fermée en août 2013. In fine, il ne s'agit pas d'un gain mais simplement d'un retour à la même capacité d'hospitalisation que la Loire connaissait avant 2013.

Bien que ce projet soit en cours de réalisation nous souhaitons le mentionner pour en souligner l'importance et assurer son suivi.

4.3. Création d'une commission de suivi des hospitalisations

Les objectifs de cette commission seraient :

- d'écrire une procédure d'hospitalisation des mineurs présentant un trouble mental en tenant compte des différents lieux possibles (pédopsychiatrie, urgences, pédiatrie, services de psychiatrie générale), de leurs limites et de leurs articulations.

- de rendre compte des difficultés rencontrées dans l'organisation des soins quand elles constituent une perte de chance ou un risque non négligeable pour la santé des mineurs.

- d'élaborer des propositions permettant d'améliorer la qualité des soins (diminution du délai d'attente pour une hospitalisation,...).

5. PROJETS A DEVELOPPER POUR LE TERRITOIRE

Il s'agit ici de projets de soins nécessitant un financement spécifique total ou partiel. Certains sont encore en cours d'élaboration, d'autres ont déjà été présentés à l'ARS. Nous souhaitons les mentionner car ils répondent aux faiblesses constatées de notre territoire.

5.1. Concernant la filière urgence

Il existe trois lieux d'accueil pour les urgences pédopsychiatriques :

- les urgences psychiatriques du CHU (4 lits sont dédiés aux adolescents, pour toute la Loire) ;
- les urgences pédiatriques ;
- les CMP.

Pour répondre au flot des urgences il est malheureusement parfois nécessaire de déprogrammer des consultations ou suivis. La création ou le renfort d'équipes dédiées aux soins non programmés (CMP et urgences pédiatriques) ainsi qu'au travail de liaison dans les services où les mineurs sont hospitalisés (pédiatrie, éventuellement les services de psychiatrie générale) paraît plus que nécessaire.

5.2. Renfort et réorganisation des CMP

Il s'agira d'effectuer une analyse plus précise des zones manquant de soins ambulatoires pour une meilleure répartition sur le territoire. Ce travail prendra en compte les possibilités (ou non) pour le SAMEAD de se développer, notamment à distance des grandes villes. Ces soins de premiers recours dispensés par des professionnels libéraux en coordination avec un pédopsychiatre sont faciles à organiser et ont l'avantage d'intégrer les médecins généralistes qui souhaitent s'investir dans le champ de la santé mentale.

Le modèle selon lequel toute première demande devrait être reçue par un médecin est à la fois irréalisable actuellement et non justifié devant la diversité des motifs de consultation. Nous travaillerons d'autres organisations comme l'implication des équipes soignantes dans les entretiens de première évaluation (déjà effectif pour certains CMP ligériens).

5.3. L'hospitalisation de jour pour les adolescents

Comme nous l'avons écrit plus haut, il n'existe pas de places en hôpital de jour pour adolescents dans le centre et le nord de la Loire. Malheureusement, l'état de la démographie médicale dans les services pédopsychiatriques du Forez et de Roanne ne rend pas aisée les avancées. La création d'un pôle inter-établissements pourrait déjà être une aide et permettre de réfléchir à quelques projets novateurs et si possible communs (unité d'accueil alternatif, séjours thérapeutiques, etc.).

ANNEXE 1

Evolution du nombre de pédopsychiatres (ou psychiatres) intervenant dans des structures de soins, médico-sociales, socio-judiciaires ou installés en libéral

ROANNE		
	2002	2017
Service de pédopsychiatrie (CH de Roanne)	5 (4,2 ETP)	4 (3,4 ETP)
CMPP	3	1 (plus un médecin généraliste à temps partiel)
Sauvegarde de l'enfance	1	0
Etablissements médico-sociaux (territoire du Pays roannais)	6 (temps partiel)	3 (temps plus que partiel)
Secteur libéral	1	0

MONTBRISON – FEURS		
	2002	2017
Service de pédopsychiatrie (CH du Forez)	3	3 (2,8 ETP)
Sauvegarde de l'enfance	?	?
Etablissements médico-sociaux	4 temps très partiels	1 à 2 temps très partiels (départ des Dr MURATEL, VAZEILLE ¹¹ et GRANAT)
Secteur libéral	1	0

¹¹ Bien que retraité, le Dr VAZEILLE a gardé une petite activité médico-sociale.

ANNEXE 2

	CH ROANNE	CH FOREZ	CHU ST ETIENNE
FILIERE ENFANT	<p>Activité CMP et 1 CATTP 3-12 ans</p> <p>2 HDJ 2-6 ans et 6-12 ans (2 fois 8places)</p>	<p>Activité CMP et 1 CATTP 6-12 ans de 6 places</p> <p>1 HDJ 12 places 4-12 ans</p> <p>Consultations troubles précoces CTP (-4ans)</p>	<p>Activité CMP et CATTP répartie en trois équipes de soins 1 HDJ séquentiel enfants 12 places</p> <p>1 HDJ soutenu enfants 15 places</p> <p>Possible AFT</p>
FILIERE ADO	<p>1 CATTP ADO 12-18 ans</p> <p>Gpes mono ou bi hebdomadaires</p>	<p>1 CATTP ADO 12-18 ans</p> <p>Groupes éphémères et d'urgence, en soutien par exemple à la liaison</p>	<p>1 CMP CATTP ado (CCA)</p> <p>1 HDJ ados (8 places)</p> <p>1 MDA (12-21ans)</p>
<p>7 lits départementaux hospitalisation de pédopsychiatrie programmée 10-14 ans et</p> <p>7 lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie programmée 14-18 ans</p>			
Filère urgences	<p>Hospitalisations en pédiatrie (85% des hospitalisations annexes/ HC >16 ans difficiles en psy adulte)Activité de liaison avec les moyens du secteur</p>	<p>Hospitalisations en pédiatrie (1/3 activité d'hospitalisation totale en pédiatrie) et activité de psy de liaison avec les moyens du secteur</p>	<p>Hospitalisations en pédiatrie</p> <p>1 équipe de psy de liaison Un mi-temps médical qui se partage l'activité des urgences pédopsychiatriques et de la liaison, et 2 IDE pour la liaison pédopsychiatrie et psy adulte.</p>
	1 Equipe mobile	1 équipe mobile : action sur structures médocosociales, puis sociales	
4 lits départementaux d'urgence pédopsy 12-18 ans			
FILIERE AUTISME			<p>1 HDJ enfants 12 places : jardin d'enfant thérapeutique (-6ans)</p> <p>1 CATTP spécialisé.</p> <p>Une unité d'évaluation sur le Sud Forez (CRA Rhone Alpes)</p>
FILIERE PERINATALITE	<p>1 équipe petite enfance (psychomot, IDE, psyché, inf pédopsy)</p>	<p>En cours de constitution : accueil et conseil des troubles précoces</p> <p>Consultations troubles précoces CTP (-4ans) et psychos de la maternité.</p> <p>Ref pédopsy</p>	<p>1 Consultation périnatale au CHU ; 0,2 RHP pédopsy (0,2 Pédopsy pris sur le temps d'équipe mobile de pédopsychiatrie)</p> <p>Equipe mobile: interventions précoces en pré et post-natal au domicile</p>

ANNEXE 3

Présentation du SAMEAD



Objectifs du SAMEAD

- Offrir des soins spécialisés de proximité (et à moindre coût pour les familles) ;
- Diminuer l'effet d'engorgement des structures spécialisées (secteurs de pédopsychiatrie, CAMPS/CMPP) et donc améliorer leur délai d'attente ;
- Permettre aux médecins généralistes volontaires d'approfondir leurs connaissances concernant certains troubles ou certaines pathologies mentales de l'enfant et de l'adolescent.

Les ressources humaines

Les professionnels libéraux (tous à temps partiel)

- 6 psychologues
- 2 psychomotriciens
- 1 art thérapeute

Les professionnels salariés

- 1 infirmière coordinatrice (1 ETP)
- 1 secrétaire (0,5 ETP)
- 1 médecin coordinateur (0,20 ETP)

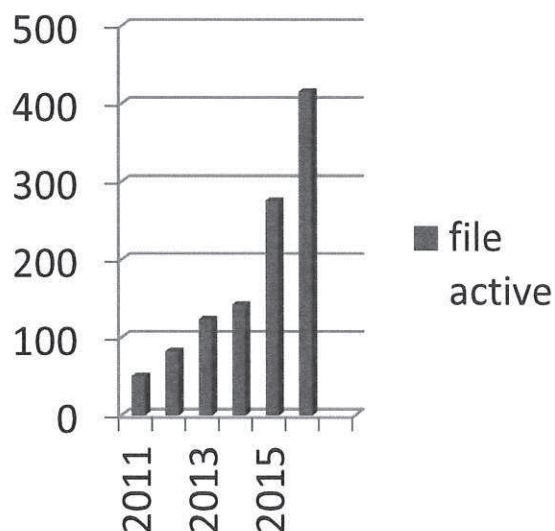
Les professionnels mis à disposition

(1/2 journée par mois)

- 1 pédopsychiatre du CH de Roanne
- 1 pédopsychiatre du CH du Forez

Fin 2014, création d'une association loi 1901 SAMEAD plus intercommunautaire, indépendante des MSP mais regroupant tous les partenaires impliqués.

Le financement du dispositif est assuré par l'ARS.





Le Collège Pharmaceutique du GHTLoire coordonne un « Projet Pharmaceutique de Territoire » (PPT) basé sur le partage d'expériences et guidé par une volonté forte de démarches innovantes. Articulée autour du parcours du patient, la réflexion est en cohérence avec les projets médicaux des autres filières. La Pharmacie Clinique est au centre du dispositif, tout au long du parcours de soins d'un patient acteur de sa santé, pour optimiser et sécuriser sa prise en charge. Ce Projet est décliné en 6 axes :

Axe I : Maillage territorial et Parcours patient

- Structurer les organisations autour du « parcours du patient » avec une prise en charge médicamenteuse sécurisée et optimisée (bon usage des produits de santé - efficacité économique), une présence pharmaceutique renforcée dans les unités de soins ainsi qu'un lien Ville-Hôpital et médico-social actif.
- Organiser et formaliser un maillage pharmaceutique de bassin et de GHT efficient, conforme à la réglementation, répondant aux besoins de la population et garantissant une présence pharmaceutique dans chaque établissement afin d'assurer une prise en charge homogène et équitable.
- Prendre en compte l'existant, les restructurations et les réflexions en cours et à venir :
 - ♦ Le CH du FOREZ, (Fusion des CH de Montbrison et de Feurs) fonctionne avec deux PUI.
 - ♦ Directions communes et 2 PUI : les CH de Firminy et de Claudinon, le CHAN et le CH de Serrières.
 - ♦ Directions communes avec projet de fusion des établissements et PUI unique pour les EPS : D'Amplepuis, Thizy et Cours (PUI unique sur le site de THIZY en 2018), De St-Symphorien/Coise, St-Laurent-de-Chamousset et Chazelles-sur-Lyon (Validation par l'ARS en cours).
- Garantir la permanence pharmaceutique 24h/24h pour tous les établissements. Des astreintes sont en place dans la majorité des MCO. Une garde d'interne est en place au CHU de Saint-Etienne.

Axe II : Convergence des Achats des produits de santé (décembre 2020)

- Tenir compte des enjeux économiques (151 millions € en 2015) et des impacts sur la qualité des soins et les équipes soignantes.
- Mettre en œuvre un dispositif efficient reposant sur le groupement UNIHA (médicaments et produits de santé hors DMS). Les marchés Pharmavienne et Pharmaloire, en cours, ne seront pas renouvelés à terme, les rattachements aux procédures UNIHA à venir sont anticipés et les établissements adhèrent à la centrale d'achat UNIHA si besoin.
- Créer une organisation territoriale portée par la pharmacie DMS du CHU pour les achats des dispositifs médicaux.
- Construire le socle d'un livret thérapeutique commun des produits de santé du GHTLoire pour un parcours patient optimisé et une harmonisation des pratiques.

Axe III : Système d'information

- Contribuer activement à la convergence des systèmes d'informations.
- Déployer le module de prescription du logiciel EASILY dans chaque établissement.
- Participer au paramétrage d'EASILY et au choix des outils informatiques des PUI.
- Elaborer un dossier pharmaceutique uniforme et « échangeable ».
- Sécuriser un espace informatique « GHTPharmacie » d'information et de veille réglementaire.

Axe IV : Pharmacie Clinique

- Assurer l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance pour tous les patients, à minima une revue des prescriptions (Analyse de Niveau I).

- Installer le Dossier Pharmaceutique (DP) « officinal » dans tout le GHTLoire.
- Développer la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient pour réaliser une revue des thérapeutiques (Analyse de Niveau II, critères de sélection des patients à déterminer dans un 1^{er} temps).
- Mettre en place le conseil pharmaceutique en y intégrant les outils de l'éducation thérapeutique.
- Renforcer le lien ville-hôpital.
- Accompagner la démarche par des actions de formation.

Axe V : Mutualisation des moyens

- Mutualiser les moyens dans le cadre de conventions de sous-traitance, réglementaires et efficaces, notamment pour les stérilisations, les URC, la Pharmacotechnie et la préparation des doses à administrer. Les moyens humains dégagés seront redéployés pour développer la pharmacie clinique.
- Anticiper les dates d'obsolescence des gros matériels pour une dynamique commune de renouvellement des équipements (autoclaves, isolateurs, stockeurs, automates...).
- Partager la réflexion sur les besoins en équipements pour de nouvelles activités.

1) Automates de dispensation nominative

L'automatisation de la préparation des doses à administrer et celle du « sur-conditionnement » permettent de lutter efficacement contre les erreurs médicamenteuses, peu interceptées à l'étape d'administration lorsque la préparation est manuelle. La démarche est graduée :

- Automatiser la préparation des doses à administrer pour l'ensemble des lits d'EHPAD, SLD, SSR ou SSIAD-HAD, de Psychiatrie et des unités sanitaires (16 EPS totalisant plus de 5500 lits) :
 - ♦ Démarrer une phase test avec l'achat d'automates pour l'USLD du CHU et un autre établissement.
 - ♦ Programmer les interfaces (EASILY, GEF et GAP) pour préparer et généraliser le déploiement.
- Définir les zones géographiques et les sites où les automates seront mutualisés.
- Implanter progressivement d'autres automates parallèlement à l'avancée du déploiement d'EASILY.

2) Reconstitutions des anticancéreux injectables (URC)

- Evaluer la pertinence de nouvelles coopérations au niveau territorial.
- Mettre en place la robotisation d'une partie de la reconstitution et étudier d'autres modes de fabrication.

3) Pharmacotechnie

- Structurer la pharmacotechnie autour de l'établissement référent de chaque bassin.
- Étudier un dispositif final construit autour de la PUI du CHU.

4) Stérilisation

- Pérenniser le groupe coopératif existant depuis 2004 sur l'activité de stérilisation autour des services autorisés : CHU de Saint-Etienne, CH d'Annonay, CH Firminy, CH du Gier, CH de Roanne.
- Mettre en place de nouvelles coopérations par convention de sous-traitance sur le mode de ce qui existe depuis 2005 entre le CHU et l'ICLN : CH du Forez par le CHU (Échéance « ARS », septembre 2017).
- Généraliser la Convention d'assistance mutuelle de dépannage (modèle CHUSE et CH du Gier).

Axe VI : Recherche, Enseignement, Formation :

- Prévoir l'évolution des effectifs : Pharmaciens (y compris universitaire), internes en pharmacie et Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH).
- Rédiger un « référentiel de pratiques GHTLoire ».
- Renforcer les compétences par des formations et organiser la formation continue des PPH autour du projet (conciliation médicamenteuse...)
- Inciter à la réalisation et à la publication de travaux scientifiques.

Mme Nathalie BORGNE	Pf Eric FAKRA Dr Roland REIP Dr Serge SILLITTO Dr Dominique STRAUB	Dr Sylvie BRUN Dr Caroline MESCHI Dr Phuc N'GUYEN
---------------------	---	---

La filière psychiatrie et addictologie est actuellement confrontée au problème de la diminution des effectifs médicaux dans une période où la demande de soins s'accroît, notamment dans les bassins touchés la raréfaction de l'offre de première ligne. Une évolution de la structuration de l'offre de soins devient une nécessité, posant la question de la graduation des soins et de l'évolution des métiers.

Volet PSYCHIATRIE

1. Etat des lieux de la filière de prise en charge

1.1.1 Les forces :

a. Une organisation sectorielle historique du territoire

Le territoire est organisé en secteur géographique depuis les années 60, pour garantir un accès de proximité et une continuité des soins sur l'ensemble du territoire, avec un panier de soins qui toutefois n'a jamais été défini précisément, et n'est pas totalement égalitaire, à l'échelon territorial ou régional.

Néanmoins « le secteur » permet d'avoir un maillage à « échelle humaine » autorisant un partenariat avec le champ social et médico-social. Il a démontré sa pertinence.

L'évolution s'est faite vers des regroupements de secteurs ou le développement d'activités transversales intersectorielles pour obtenir une meilleure lisibilité du dispositif ou des économies d'échelle. (Cf annexe)

b. Des équipes mobiles et des soins ambulatoires diversifiés

Classiquement, la mise en place du « travail de secteur » a été de permettre la réalisation de Visites à Domicile (VAD) et a constitué avec le développement des CMP avec des antennes de consultations sur les lieux mal desservis, un réseau permettant un dépistage précoce et une continuité des soins pour prévenir les rechutes.

Progressivement, des équipes mobiles fléchées par filières (Liaison MCO, Géro-psy, AICS...), se sont développées et « les équipes de secteur » polyvalentes deviennent progressivement des équipes mobiles thématiques ou de bassin. Une offre de soins diversifiée est développée, le plus souvent à partir du CMP devenu pivot de l'organisation du secteur. Un décentrement de l'hospitalisation continue vers les soins ambulatoires s'opère. Cette évolution est soutenue par nos tutelles.

c. Une expertise dans les soins « précarité »

Des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité existent sur l'ensemble du territoire en lien étroit avec le dispositif PASS.

d. Des professionnels para-médicaux spécialisés

La spécialisation porte à la fois sur les techniques de soins qui nécessitent parfois plusieurs années de formation (TCC, Systémique, Psychanalyse...), et sur l'organisation des soins (Infirmier d'accueil et d'orientation pour les soins non programmés, pratique du case-management...)

e. Une créativité dans les pratiques

Elle a toujours été présente en psychiatrie permettant le développement de pratiques innovantes. Elle constitue la face positive de la non homogénéité de l'offre de soins.

f. Une offre hospitalière de soins privés importante sur le territoire

Le territoire comporte un nombre de lits privés équivalent à l'offre publique ce qui autorise une complémentarité aisée.

1.1.2 Les faiblesses :

a. L'organisation sectorielle s'oppose à une offre graduée des soins au sein du territoire. Elle est à définir en termes d'expertise.

b. Une inégalité est présente dans l'offre de soins et elle accentuée par la démographie médicale inégale

c. Il existe parfois peu de communications « intersectorielles »

d. Le découpage de la sectorisation ne coïncide pas le territoire

e. Les interfaces inter-dispositifs sont parfois difficiles à réaliser. L'absence d'articulation longitudinale des soins favorise les ruptures de parcours. L'exemple d'un mineur avec trouble de la personnalité et conduite addictive est révélateur. Le patient relève-t-il de la pédopsychiatrie, de l'addictologie ou de la psychiatrie adultes ?

1.1.3 Les opportunités :

a. La prise en charge globale du patient est un principe partagé.

b. Le travail pluri-partenarial avec le champ médicosocial, social, la justice et les collectivités territoriales, est une habitude.

c. La pratique de la Psychiatrie au sein d'hôpitaux multi activités permet d'organiser facilement **des collaborations avec les pôles d'autres disciplines et entre les pôles de psychiatrie**

d. La santé mentale est prise en compte en terme de santé publique avec la participation à des actions coordonnées entre psychiatres et autres acteurs de la santé mentale, par exemple dans la participation aux Conseils Locaux de Santé Mentale

e. Les postes médicaux partagés augmentent l'attractivité du territoire

1.1.4 Les risques :

a. La Métropolisation délétère de l'offre des soins est déjà présente et risque de se renforcer si aucune mesure n'est prise pour augmenter l'attractivité des postes médicaux partagés, pour faciliter l'accession à la recherche et la création de maquettes de carrière.

b. L'accessibilité des soins de proximité peut être perdue notamment par la fermeture des antennes liées notamment à la diminution des effectifs médicaux, et la spécialisation des équipes. L'organisation de visioconférences, de RCP, de téléconsultations, du suivi des « perdus de vue », et d'échanges connectés avec les patients, peut être une réponse ;

c. La mutualisation fait craindre la perte de moyens

- d. **L'imposition d'un logiciel unique multidisciplines** s'il ne comporte pas les **mêmes fonctionnalités que les produits spécialisés en psychiatrie et une interopérabilité** avec ceux utilisés par les Hôpitaux Spécialisés fait craindre un isolement et une perte d'informations (Dossier patient, données d'activités pour benchmarking...)
- e. **La diversité excessive de l'offre peut conduire à un étiolement du soin.**

1.2 Etat et perspectives de la démographie médicale

La filière est actuellement fragilisée par la diminution des postes pourvus, en partie en raison du renouvellement des générations et aux choix des nouveaux praticiens : installation en libéral, préférence pour les villes universitaires...

En 2017, **13% des postes ne sont pas pourvus en psychiatrie adultes** et 23% en pédopsychiatrie, avec une aggravation possible dans les 5 ans à venir avec les départs attendus. La densité globale de psychiatres pour le territoire est de **6,4 psychiatres publics pour 100,000 habitants** avec une répartition inégale : **8 pour 100000 habitants à St Etienne, 4,7 pour 100000 habitants pour le Forez, et 6,6 pour 100000 habitants pour Roanne.** (cf annexe)

L'offre libérale est sinistrée dans certains bassins du territoire et peu dense ailleurs : 7,8 pour 100000 habitants pour Saint Etienne, 0,5 pour 100000 habitants pour le Forez et 2 pour 100000 habitants pour Roanne.

Une attention particulière est à porter sur la filière de l'internat.

A ces chiffres s'ajoute sur plusieurs bassins, **l'effondrement de la réponse en première ligne**, avec la raréfaction ou la disparition des Médecins Généralistes dans les zones de déserts médicaux.

La réponse en soins psychiatriques non programmés devient un soin de première ligne. A titre d'exemple la file active de Roanne est passée de 3500 patients en 2015 à 4600 patiente en 2016.

1.3 Collaborations existantes et points à améliorer

Des filières d'excellence existent et sont réparties sur le territoire : Centre de Thérapie Familiale Systémique (labellisé au niveau européen), Centre régional TCA, Psychiatrie Légale et Carcérale, SOINS aux AICS Addictologie intégrée, Troubles de l'humeur.

Les collaborations existent avec les Centres Ressources de niveau 2 : TCA, Autistes adultes, Réhabilitation, CRIAVS et sont à développer

La graduation des soins est à améliorer en addictologie, pour les troubles de l'humeur et la création d'un centre psychoéducatif territorial.

La télémédecine et les visioconférences sont à promouvoir

1.4 Contexte macro de la filière

L'évaluation réalisée par l'ARS sur la DAF place le territoire dans les établissements éligibles à rebasage. (indice < 0,92) (Cf compte rendu réunion ARS de janvier 2017).

La prise en compte des indices de précarité du territoire est à développer

2. Propositions du groupe de travail pour les 5 ans à venir et actions

1. Améliorer la gestion des ressources médicales

- **Etablir une prospective et un suivi annuel de la démographie médicale** avec une anticipation des difficultés par site
- **Augmenter l'attractivité des postes, notamment sur le plan qualitatif** en proposant **une prévention des risques psychosociaux**, en favorisant l'exercice collégial, la mobilité volontaire, les exercices partagés notamment en addictologie, psychiatrie légale, psychogériatrie, et à temps partiel.
- **Améliorer la permanence des soins** par l'établissement de protocoles de recours pour prévenir l'exercice isolé, (hospitalisation de mineurs en urgence, règles communes pour le suivi au long cours des patients placés en Etablissements...)
- **Améliorer la gestion des internes** en établissant notamment des maquettes attractives

2. Renforcer le niveau de recours et d'excellence pour les cas complexes ou en lien avec d'autres troubles, par la création **d'une graduation des soins** dans les domaines de :

- **L'Addictologie**
- **La psychiatrie du sujet âgé**
- **Les dépressions/schizophrénies résistantes**
- **La crise suicidaire avec généralisation du rappel des suicidants**
- **La détection précoce des troubles psychiatriques émergents, notamment chez les adolescents**
- **La pathologie de la périnatalité et des femmes enceintes**
- **La réponse aux co-morbidités somatiques**

et de la création de **RCP par visio conférence** pour les patients à symptomatologie exceptionnelle, les patients chroniquement aigus, les patients à troubles psycho-comportementaux d'origine neurologique, les patients médico-légaux en irresponsabilité pénale, les adolescents difficiles...

3. Développer la Psychiatrie Légale

- **Soins en milieu pénitentiaire (USN, liens avec UHSA et SMPR, PFR)** Etude de la création d'une équipe médicale territoriale
- **Soins sous contrainte (contention, isolement, fugue)** Etablissement de procédures communes sur le territoire, en accord avec les textes en cours.
- **Consultations de médecine légale (victimologie)** Création d'un groupe de travail pour établir l'état des lieux des réponses sur le territoire et proposer une réponse graduée

4. Améliorer l'organisation des soins sur le territoire

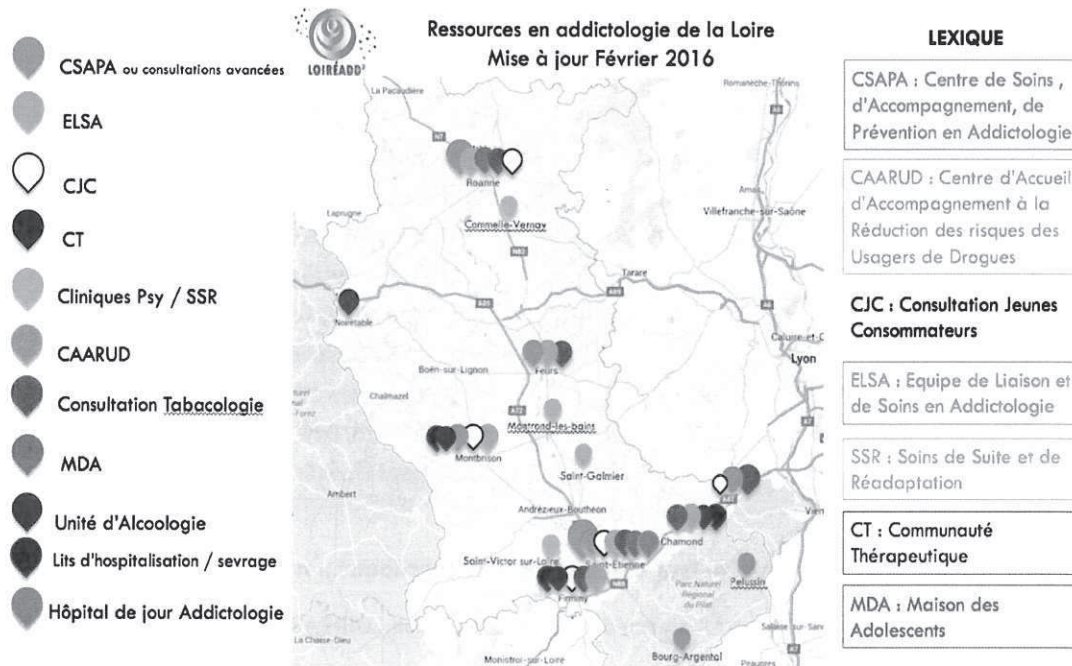
- **Création d'un groupe de travail permanent pour le pilotage de la filière** analysant notamment les données PMSI et l'approche qualitative.
- **Redéfinition des secteurs en lien avec les soins de recours et d'excellence du GHT avec valorisation des spécificités et des compétences locales** pour définir éventuellement, une graduation des soins
- **Maintien de la Permanence des Soins (Gardes et astreintes sur le territoire.)** Etablissement d'un protocole commun du traitement des urgences sur le territoire : règles sur le domicile, hospitalisation d'un mineur...

- Suivre la mise en place et le recours à la Télémédecine et aux visioconférences par la création d'un groupe de travail spécifique

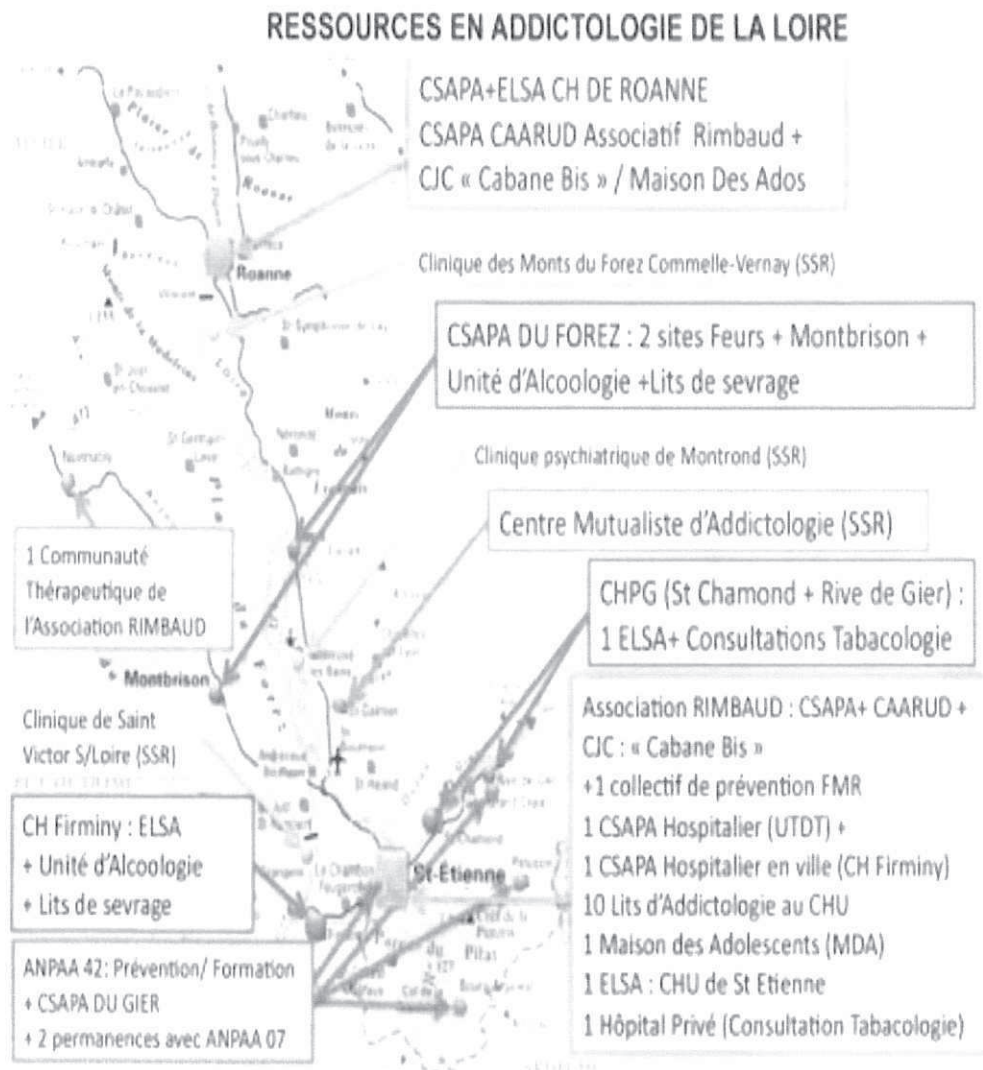
Volet ADDICTOLOGIE

1. Etat des lieux de la filière de prise en charge

Sur le territoire la filière addictologie est organisée en **réponse graduée sur 3 niveaux**, en conformité avec les textes, avec un dispositif diversifié.



	ETP DEDIES	ETP POURVUS	DIFFICULTES TERRAINS
--	------------	-------------	----------------------



La pratique d'une prise en charge globale et d'un parcours coordonné pour le patient est la règle.

Des échanges permanents ont lieu par l'intermédiaire de l'association LOIREADD' qui regroupe l'ensemble des intervenants du territoire.

La démographie médicale constitue un point de faiblesse, avec des postes non pourvus en lien avec le renouvellement des générations.

CHU			
CORBUSIER	Unité sevrage : 1 ETP ELSA : 0.5 CSAPA : 1 ETP HDJ total : 0.2 TOTAL : 2.7 ETP	POSTES POURVUS	Trois jours d'ouverture hebdomadaire seulement pout l'HDJ
FEURS/MONTBRISON	CSAPA Feurs : 0.9 ETP CSAPA Montbrison : 0.6 ETP	CSAPA Feurs : postes pourvus CSAPA Montbrison : 0.4 ETP non pourvus	0.4 ETP non pourvus à Montbrison
ROANNE	CSAPA : 0.3 ETP ELSA : 1 ETP TOTAL : 1.3 ETP	POSTES POURVUS	Délais de consultation : (2.5 mois) Pérennité (2 médecins proches de la retraite)
PAY DU GIER	ELSA : 1 ETP dont 0.3 ETP tabaco CSAPA : 0.2 ETP	POSTES POURVUS	
ANNONAY/ BOURG ARGENTAL	ELSA (alcool/tabac) : 0.8 ETP CSAPA (alcool/tabac) : 0.8 ETP CSAPA Toxicomanie : 0.2 ETP TOTAL: 1.8 ETP	POSTES POURVUSprep	Peu de temps CSAPA Toxicomanie

Les échanges avec les autres disciplines sont à développer.



Qualité sécurité des soins PMT

*Lise Delbecque, Marie-Julie Françon, Pascale Oriol,
Michel Roy,
Guillaume Andre, Nathalie Borgne*

.....

29/11/2016

1

Projet Médical Partagé - Méthodologie

POUR LA FIN 2016

- DIAGNOSTIC DE LA FILIERE
 - PERSPECTIVES
- OBJECTIFS MEDICAUX
- ORGANISATION D'UNE OFFRE DE SOINS GRADUEE



-> Avenant à la convention
constitutive du GHT

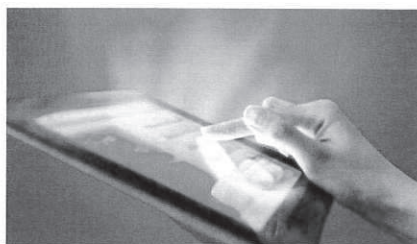


-> Point d'étape transmis à l'ARS

POUR LE 1^{er} JUILLET 2017

- ORGANISATION DETAILLEE DE L'OFFRE DE SOINS
- PILOTAGE DE LA FILIERE
- MODALITES DE SUIVI

Projet Médical Partagé – Les 5 axes transversaux



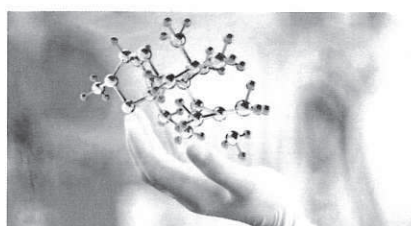
DIM de territoire

Dossier patient

**Gestion des
emplois médicaux**

**Qualité et sécurité
des soins**

**Recherche et
formation**



Projet Médical Partagé – Les 24 filières

5 Plateaux techniques	8 Transversales	11 Pathologies
Blocs	Urgences et SNP	Cardio-vasculaire
Anesthésie	Cancérologie	Respiratoire
Imagerie	Hygiène / Infectiologie	Métabolisme
Biologie	Douleur	Rein et Greffe
Pharmacie & DMS	Gériatrie	Psychiatrie
	SSR / MPR	Pédopsychiatrie
	Soins palliatifs	AVC et neurodégénératif
	Médecine interne	Pédiatrie Périnatalité
		Ophtalmologie
		Orthopédie
		Rhumatologie

Projet initial

Loi Santé

SROS

Méthodologie : co-construction

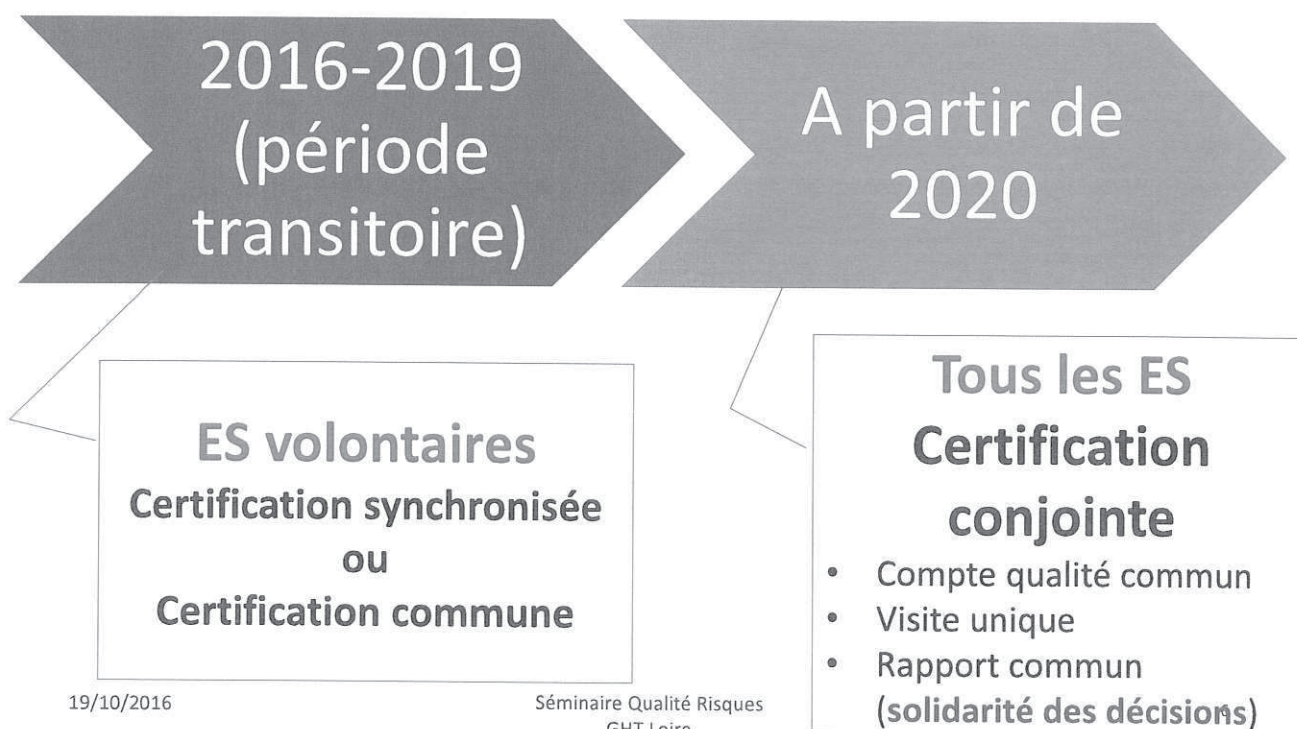
1. S'appuyer sur les travaux existants
2. La démarche de certification, figure imposée
3. S'inspirer des travaux des groupes filières PMT
4. Mise en place de groupes multi-disciplinaires GQR

19/10/2016

Séminaire Qualité Risques
GHT Loire

5

Certification HAS en mode GHT



19/10/2016

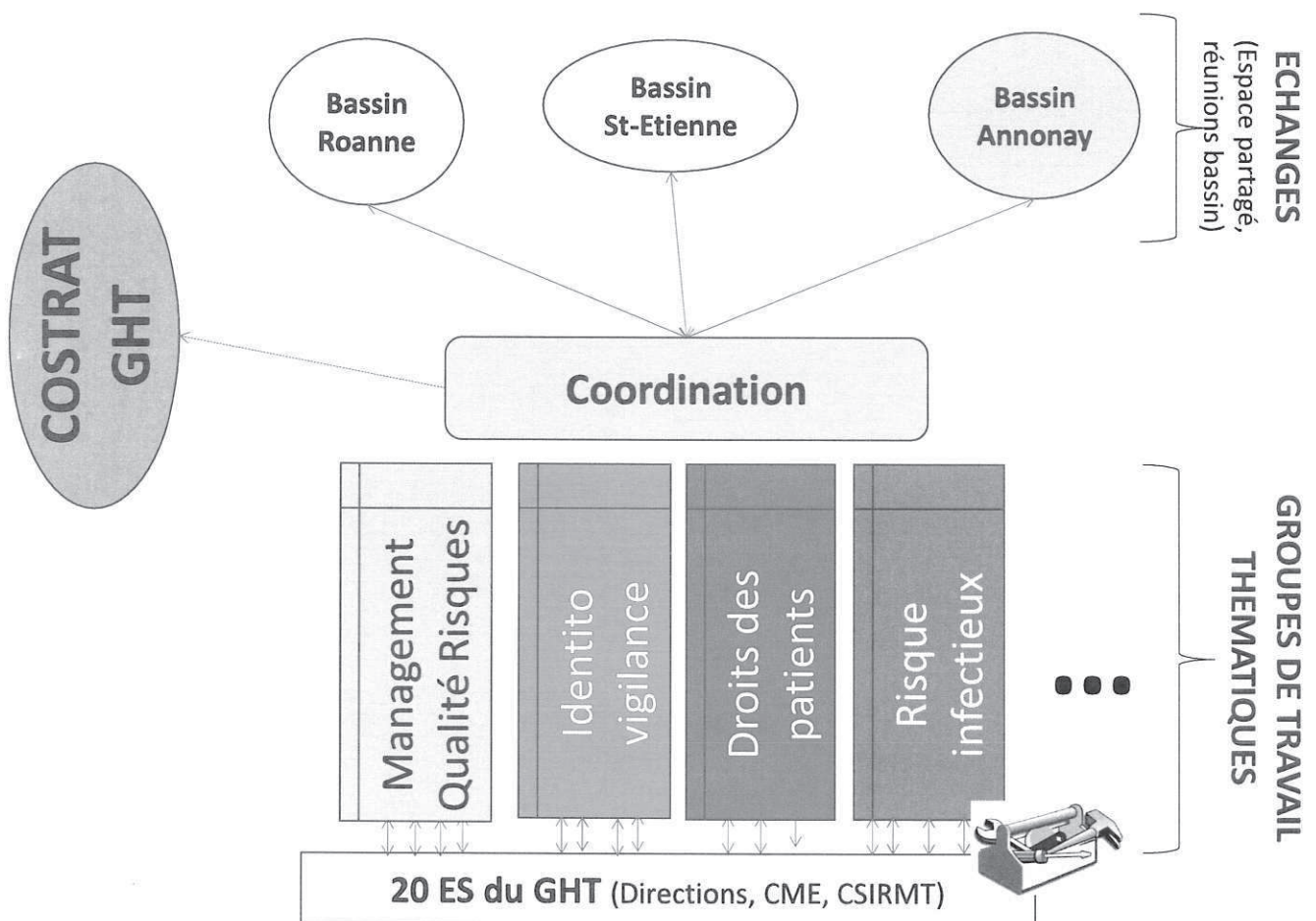
Séminaire Qualité Risques
GHT Loire

GHT et Certification synchronisée

Calendrier resserré



Convention avec la HAS pour signature



Groupes de travail thématiques

Groupes de travail



- *Droits des patients*

Risque(s) ou priorité(s) de travail commun(s) :

- **Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance** (*procédure signalement commune, recueil du consentement, information du patient, personne de confiance, dignité, tenues des patients, communication...*)
- *Référent(s) : Dr Corinne MOMPLOT(Gier)/Françoise GILLIER(ICLN)*
- *Prochaine réunion : 12/12/2016 à 13h (site Bellevue)*

- *Risque infectieux*

Risque(s) ou priorité(s) de travail commun(s) :

- Risque de transmissions croisées par défaut d'application des précautions standards
- Risque d'antibiorésistance (BHRe, BMR, pression de prescription...)
- *Référent(s) : Dr Benoît MOTTET (Roanne)*
- *Prochaine réunion : 28/11/2016 à 9h30 (site Bellevue)*

19/10/2016

11

- *Identitovigilance*

Risque(s) ou priorité(s) de travail commun(s) :

- Charte d'identification commune
- Présentation commune des étiquettes patient
- Procédure mutation des patients inter-ES
- Cellule d'identitovigilance GHT
- Mise en commun d'outils (affiches, grilles d'audits, supports de formation....)
- *Référent(s) : Blaise CHAMARET (Gier)/ Dr Pascale ORIOL (CHU)*
- *Prochaine réunion : 06/12/2016 à 13h30 (site Bellevue)*

- *Management Qualité Risques*

Priorité(s) de travail commun(s) :

- **Culture sécurité signalement**
- EPP (méthode, outils, formations..)
- Tableau de bord indicateurs (outil de pilotage)
 - *Gestion documentaire*
 - *Gestion de crise*
 - *Coordination / impact démarche Qualité*
- *Référent(s) : Cédric COUTRON (Gier)/Pierre-Joël TACHOIRES (CHU)*
- *Prochaine réunion : 15/11/2016 à 14h30 (site Bellevue)*

Groupe PMT, objectifs médicaux à 5 ans

Les objectifs médicaux ci-dessous sont à décliner dans chacun des 4 thèmes GQR et dans les filières médicales

- 1. Pérenniser et renforcer la diffusion des bonnes pratiques de gestion des risques.**
 - Simplifier et mettre en commun les outils (socle de protocoles, information, formations).
 - Inciter au respect des règles et développer les EPP (Intégrer les étudiants en médecine, les internes, les instituts de formation, ...)
- 2. Prévenir la rupture de la continuité des soins tout au long du parcours patient :**
 - Développer le lien ville hôpital, lien hôpital-hôpital (prescription, fiche de liaison...),
 - Sécuriser la pré et post hospitalisation
- 3. Analyser les pratiques :**
 - Développer les revues de pertinence des soins (actes de biologie, imagerie, prescriptions produits sanguins, paracétamol, IPP...),
 - Renforcer et partager les RMM, RCP, EPP, CREX, REMED
- 4. Mettre en place un groupe de pairs :**
 - Partager les expériences et mutualiser les compétences GDR, pour pouvoir proposer des interventions croisées
 - Organiser une fois par an un séminaire qualité-gestion des risques avec 1 tête d'affiche et des ateliers pratiques.
 - Coordonner les Vigilances au niveau GHT, (exp : 1 Csth commun /an...)
- 5. Prévention des risques liés aux matériels et équipements :**
 - Mettre en place d'un groupe achat utilisateurs GHT



GH+

LOIRE

Groupement Hospitalier de Territoire

« Des femmes et des hommes au service de votre santé »

Merci de votre attention

RECHERCHE ET FORMATION AU SEIN DU GHT : BILAN D'ETAPE NOVEMBRE 2016

Suite à au premier Séminaire Stratégique Médical du GHT Loire qui s'est tenu le 29 avril dernier au Palais des congrès de Saint-Etienne avec l'objectif affiché de définir une ébauche de projet médical partagé, un atelier a été dédié à la recherche clinique et à la formation à l'échelle du territoire.

Les participants de cet atelier appartenaient aux différents établissements de la région impliqués dans des soins associés à de la recherche et étaient représentatifs des différentes formes de recherche clinique développée au sein du territoire. Ils ont contribué à formaliser des constats et des attentes sous la forme de cinq objectifs identifiés comme prioritaires :

- 1- développer la culture recherche au sein du GHT,
- 2- identifier des thèmes transversaux de recherche à l'échelle du territoire,
- 3- définir des moyens pour une recherche clinique territoriale,
- 4- former à la recherche au sein du GHT,
- 5- et mettre en place un guichet territorial unique pour rendre accessible la recherche clinique au plus grand nombre.

1- Développement de la culture recherche au sein du GHT

La première étape propose de développer une culture recherche transversale au sein du GHT. En dehors de quelques initiatives, la recherche clinique reste trop centrée sur l'établissement avec le constat que l'on a davantage œuvré par le passé à établir des ponts inter-régionaux qu'à fédérer la recherche clinique au sein du territoire. Le préalable à cette nouvelle démarche consiste donc à (i) identifier une personne ressource par établissement, (ii) recenser l'existant et (iii) communiquer sur la démarche en interne au sein de chaque établissement (CME, Direction, pôles, groupements de services ...). Une fois cet état des lieux terminé, la communication au sein du GHT pourrait s'établir dans le cadre d'un **séminaire de recherche clinique du territoire** dont l'objectif serait de dégager des synergies susceptibles de rassembler les énergies des chercheurs cliniciens à l'échelle du GHT. Au terme de ce séminaire, il conviendrait de proposer des actions communes dont certaines sont ébauchées à titre d'exemples dans le paragraphe suivant.

2- Identification de thèmes transversaux de recherche à l'échelle du territoire

Sous l'angle thématique, il est fondamental d'identifier quelques sujets de recherche partagés susceptibles à la fois de s'appuyer sur les points forts de notre recherche et de rassembler un maximum de praticiens et d'établissements autour de projets fédérateurs à l'échelle du territoire. Les exemples suivants ont été cités : vieillissement, handicap, soins de suite, maladies chroniques, cancer, prévention vaccinale ... À échéance de trois ans, il conviendrait d'aboutir au **dépôt d'au moins deux PHRC territoriaux**, si possible en coordination avec des projets infirmiers car il apparaît fondamental d'associer les paramédicaux à cette démarche de recherche territoriale.

3- Définition de moyens pour une recherche clinique territoriale

Une autre étape essentielle consiste à définir les **moyens humains et matériels à partager** pour développer une recherche clinique territoriale. Les pistes qui ont été proposées sont multiples :

- création d'une allocation territoriale dans le cadre de l'appel d'offres local,
- mise en place d'un groupe de travail multidisciplinaire (chercheurs, soignants, directions ...) destiné à organiser la répartition des moyens dans le cadre de projets territoriaux,
- mutualisation d'une équipe mobile d'ARC (un peu sur le modèle de l'équipe opérationnelle d'hygiène inter-hospitalière),
- voire la constitution d'une équipe transversale de recherche capable de mettre à la disposition de l'ensemble des équipes médicales du territoire des outils (statistiques, méthodologiques, épidémiologiques ...) communs.

4- Formation à la recherche au sein du GHT

La **formation à la recherche** au sein du GHT est également apparue comme un enjeu majeur. A cet effet, il a été proposé :

- l'organisation d'un colloque annuel délocalisé de la recherche territoriale,
- la mise en place d'une interface web dédiée à la diffusion de toutes les actions de recherche au sein du territoire (formations, projets, réunions ...)
- et l'instauration de séminaires de formation à la recherche clinique à l'attention des directeurs, des médecins et des soignants.

Il a été suggéré de placer ces actions de formation et de diffusion des connaissances et des idées sous l'égide d'IFRESIS dans le cadre du campus Santé-Innovation de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne.

5- Mise en place d'un guichet territorial unique

Une attente forte des acteurs de la recherche clinique du GHT Loire est la mise en place d'un **guichet territorial unique** pour rendre accessible la recherche au plus grand nombre. Ce guichet unique est plébiscité par l'ensemble des établissements. Il serait adossé au pôle recherche du CHU. Son objectif serait de centraliser les projets émanant de tout le territoire, de fédérer les chercheurs des différents établissements du GHT et de renforcer la lisibilité de leurs initiatives.

Cette démarche très globalisante a fait l'objet d'un large consensus entre tous les participants de l'atelier. La recherche clinique apparaît comme un ferment fédérateur capable de stimuler l'ensemble de l'initiative GHT. Dès que le projet GHT sera un peu mieux formalisé, il conviendra de réfléchir à la meilleure façon de capitaliser cette attente très forte dans le domaine de la recherche clinique et de la formation.

PROPOSITIONS D'ACTION

Date	21/02/2017
Objet	Filières Rhumatologie et filière commune Rhumatologie/SSR/MPR
Acteurs	<i>Th THOMAS, H LAURENT, JM MARC, S MIRLICOURTOIS, P CALMELS, F BALLEREAU</i>
Rédacteur	<i>Th THOMAS</i>

Etat des lieux de la filière Rhumatologie sur le territoire :

Offre de soins hospitalière en Rhumatologie limitée à un service spécialisé au CHUSE (HC+HDJ) et un service de Médecine à orientation rhumatologique au CH Gier et un service de Médecine Polyvalente avec compétences en Rhumatologie au CH Roanne (débutant). Activité de consultations uniquement dans les autres établissements, assurée par un médecin du CHU au CH Annonay. Plusieurs départs à la retraite de médecins hospitaliers sur les 5 ans.

Forte réduction de l'offre de soins libérale ces dernières années et devant se poursuivre dans les 5 années prochaines notamment sur les bassins d'Annonay, de Roanne et de Saint-Etienne.

Hors zone du GHT, offre de soins libérale également en forte réduction. 2 rhumatologues temps partagés pour activité ambulatoire dont 1 PH du CHUSE (2 jours). Coordination via webconférences avec les médecins traitants pour le Nord Lozère. Correspondance via staff en visioconférences mensuelles avec le CH Valence.

Forces et faiblesses de la filière Rhumatologie :

- Une vraie problématique de démographie médicale.
- Une spécialité transformée, devenue très hospitalière : traitements biologiques des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) à prescription initiale hospitalière obligatoire, développement de l'échographie ostéo-articulaire, de la densitométrie, demande de recours pour les pathologies osseuses avec imagerie interventionnelle.
- Des délais de consultation qui s'allongent entre 4 et 6 mois en contradiction avec les recommandations d'un diagnostic et un traitement précoces, notamment dans les RIC.
- Une concurrence avec Lyon, avec deux pôles de rhumatologie (Lyon Est et Lyon Sud).

Forces et faiblesses de la filière Rhumatologie/SSR/MPR :

- Existence de 4 grands axes thématiques communs Rhumatologie / MPR : Rachis / Pathologie du pied / Arthrose hors rachis / Rhumatismes inflammatoires
- Difficulté pour les services de rhumatologie à accéder à des SSR entre SSR-MPR trop spécialisé (CHUSE) et patients de rhumatologie trop lourds pour SSR polyvalents.
- Offre de programmes de réentraînement à l'effort pour lombalgies en MPR largement insuffisante. Orientation des malades de rhumatologie vers CMA et Massues à Lyon.

Une démarche territoriale indispensable, les propositions du groupe de travail :

Objectif d'organisation en Rhumatologie : consultations, plateau technique et hôpital de jour sur les sites de Annonay, Roanne, Saint-Chamond et Saint-Etienne, un service d'hospitalisation spécialisé de recours au CHUSE. Développer la prise en charge en ambulatoire.

Création d'une équipe médicale de territoire via des postes d'assistants partagés de Rhumatologie : 4 jours CH / 1 jour au CHU, avec participation à des staffs, activité de sur-spécialité, possibilité d'activités multisites (par exemple Gier-Firminy-CHUSE) ; recrutement d'un médecin titulaire au CH Roanne.

Activités de sur-spécialités en Rhumatologie : élément d'attractivité jugé important pour les jeunes médecins. En tenant compte de l'existant, il serait possible d'envisager les sur-spécialités suivantes : CH Ardèche-Nord : oncologie d'organes ; CH Gier : maladies hématologiques, oncologie, pathologies main ; CHUSE : pathologies inflammatoires complexes, pathologies osseuses, oncologie, consultations ciblées pied, épaule ; Pathologie du rachis avec MPR (cf plus bas) ; techniques spécifiques (aponévrotomie à l'aiguille)

Animation de filière faite au CHU : couplée par exemple à RCPs ou colloques pour les cas difficiles qui permet l'entretien des compétences.

Développement de la filière Rhumatologie /SSR / MPR:

- Répartition des activités spécialisées entre les différentes équipes MPR avec un adressage facilité par des consultations d'orientation.
- Identification de 3 filières communes à travailler :
 - **Rachis**, à l'évidence filière à traiter en priorité du fait du volume d'activité et de l'intérêt à faire émerger une filière structurée avec une équipe spécifique sur le GHT Loire pour les programmes réentraînement à l'effort ; capitaliser sur les relations avec les sociétés d'orthoprothésistes ; projet d'acquisition d'un EOS ; rachis mécanique avec MPR/rhumatologie/neurochirurgie/centre de la douleur/réseau de réinsertion COMETE ; rachis inflammatoire/infectieux/tumoral avec rhumatologie/SSR.
 - **Cancérologie** (notamment CH Claudinon et CH Gier) ;
 - **Syndrome douloureux chronique** (en lien avec les structures douleur), filière pour laquelle une approche multidisciplinaire est nécessaire ;
- Parcours patient plus fluide entre les services de rhumatologie, les structures MPR et les structures SSR plus polyvalentes ; par exemple possibilités de mutation entre SSR et MPR si l'état du patient le nécessite (corset ou adaptation du domicile).

COMPTE-RENDU DE REUNION

Date, lieu	06 mars 2017	Salle Bessat, Hôpital Nord CHUSE
Objet	Projet Médical Partagé – Filière Soins Palliatifs	
Participants	Nadine AUGUSTE, Patricia BLANC, Laure GIRARD, Pascale VASSAL	
Excusés	Maryline BOUCHARDON, Marie BOUCHER, Isabelle CARIERE, Marc CEALIS Daniele GUBIAN PAYRE, Floriane LOCTIN, Stéphanie MORISSON, Mariana PERNEA, Fabrice PETASSOU, Frédéric RENOUX, Cécile RUCH, Vincent THOUVENIN	
Rédacteur	P. VASSAL	

1/ Etat des lieux de la filière de soins palliatifs

- ⇒ 1 unité de soins palliatifs (USP) au CHU de St Etienne de 8 lits
- ⇒ 5 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) en 2016

EMSP	Médecin	IDE	Psycho	CS	Secrétaire	A.S	Esthé	Nouveaux patients
CH Annonay	1	1,2	0,8	0	0,8	0	0	300
CHU SE	1,8	1,7	0,5	0,5	0,5	0	0	443
CH Forez	2,35	2,65	1,5	0,5	0,8	0,5	0,2	600
CH Roanne	1,8	3	1	0	1	1	0	600
CH Gier (St Chamond, Firminy)	1,6	2	1	0	0,5	0,5	0	445 (file active)

- ⇒ Des lits identifiés soins palliatifs (LISP) : **43** LISP dans le GHT Loire
 - 12 au CHUSE : 3 en gériatrie et en pneumologie, 2 en gastro entérologie, 1 en dermatologie, 1 en unité médicale intensive, 1 en chirurgie ORL, 1 en médecine interne
 - 8 au CH Georges Claudinon service SSR dépendant du CH le Corbusier
 - 3 au CH du GIER dans le service de court séjour de gériatrie les Charmilles
 - 6 à l'institut de cancérologie de la Loire (ICLN)
 - 5 au CH de Roanne avec 5 en oncologie
 - 7 au CH du Forez : 4 lits sur le site de Feurs en médecine orientation gastro-entérologie et 3 sur le site de Montbrison en médecine orientation cancérologie-neurologie
 - 4 au CH d'Annonay dans le service de gastro entérologie

2/ Demandes ou souhaits exprimés

2- 1 Bassin de proximité de Roanne :

- CH de Roanne : après discussion avec le directeur de Roanne, le Dr Bouchet demande en priorité des lits identifiés de soins palliatifs sur le MCO au nombre de **3 LISP**. Il souhaiterait également 2 LISP sur le SSR de l'hôpital, à Bonvert.
- Le CHI de Thizy les Bourgs et Cours la Ville : Le CPOM signé en 2015 de même que l'autorisation accordée pour l'activité SSR actent d'un besoin de 3 lits en soins palliatifs au CHI. Depuis le regroupement des lits sanitaires, l'activité tend vers une reconnaissance plutôt de **5 lits** sur les 77 installés.
- Le CH de Charlieu demande par l'intermédiaire du Dr Petassou la reconnaissance de LISP car il travaille avec l'EMSP de Roanne et reçoit régulièrement des patients relevant de SP.

2 – 2 Le bassin de proximité de Saint-Etienne

- Le CH Saint Laurent de Chamousset : Dr Thouvenin a également évoqué une forte activité en soins palliatifs et souhaiterait la reconnaissance de LISP
- Le CH Chazelles sur Lyon avec un médecin et une IDE formés en SP a présenté à plusieurs reprises des demandes de LISP à l'ARS mais pas réponse positive
- L'hôpital local Maurice André à Saint Galmier souhaiterait avoir quelques LISP dans son USLD, deux médecins formés en SP
- L'EMSP de Saint Chamond souhaiterait
 - o développer son activité à domicile et en EHPAD mais ne peut pas le faire actuellement car n'a pas assez de personnels
 - o être indépendante par rapport à l'EMSP de Firminy
- L'USP du CHUSE voudrait que l'USP ait deux lits supplémentaires pour passer de 8 à 10 lits d'hospitalisation, taille classique pour un service de soins palliatifs

2-3 Le bassin de proximité d'Annonay

3/ Des propositions : trois axes

3-1 Clinique : PEC et accompagnement du patient et de son entourage

Réfléchir par rapport au patient et penser à une prise en charge structurée et continue du patient au plus près de chez lui ;

Comment mettre en place une coordination de proximité ?

3-1-1 A domicile

Objectifs :

- Favoriser le maintien à domicile des patients en fin de vie dans de bonnes conditions
- Penser à une articulation entre les soins de ville, les services d'HAD et les EMSP

Pas d'intervention des EMSP à domicile pour le sud du GHT Loire : bassin de St Etienne et Annonay : donc piste de réflexion à améliorer d'autant plus que l'axe 3 du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie : *développer les prises en charge en proximité : favoriser les soins palliatifs à domicile y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux*

Mesure 8 : soutenir les professionnels et les aidants dans la PEC et l'accompagnement en SP

Action 8-1 : organiser la sortie d'hospitalisation en SP : amélioration des conditions de coordination entre professionnels

Action 8-2 : faciliter la mise en œuvre des SP à domicile par les professionnels de santé de ville : faciliter le recours par les médecins généralistes et les IDE aux expertises

3-1-2 En EHPAD ou dans les établissements médico-sociaux

Objectifs

- Maintenir les patients en EHPAD jusqu'à leur décès : lieu de vie et de mort,
- Eviter l'hospitalisation et le décès du patient âgé dans les services des urgences
- Collaborer avec les médecins traitants et médecins coordonnateurs
- Assurer une permanence des soins jour et nuit : IDE

Manque des IDE dans la plupart des EHPAD donc problématique pour la continuité des soins que l'on comble par la mise en place d'HAD

Intervention des EMSP dans de nombreux établissements

Mesure 9 : Développer les SP en établissements et services sociaux et médico-sociaux

Action 9-1 : favoriser la présence infirmière la nuit dans les EHPAD afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie

3-1-3 A l'hôpital

Objectifs

- Développer les filières d'aval : LISP en SSR voire en USLD
 - Réfléchir aux difficultés sur des filières spécifiques : comme les tumeurs cérébrales ou les maladies neurodégénératives
 - Prendre en compte une démographie médicale délicate, notamment dans les petits centres
 - Développer l'interdisciplinarité
-
- **LISP en court-séjour** : le nombre est jugé suffisant, mais la répartition mérite d'être réétudiée pour assurer l'accès de tous les patients nécessitant une prise en charge en soins palliatifs (par exemple : accès plus simple quand le LISP se trouve dans un service de médecine polyvalente que dans un service spécialisé).
 - **LISP en SSR/USLD/EHPAD** : assurer la bonne utilisation des lits existants. Etudier conjointement et à l'échelle du GHT les lits qui pourraient être identifiés : lits qui accueillent d'ores et déjà des patients relevant d'une prise en charge palliative mais ne sont pas reconnus comme tel.

Elaboration d'une cartographie coordonnée et graduée des besoins

3-2 Formation

Développer différents niveaux de formation

- Formation de sensibilisation
- Formations diplômantes : DU et DIU en soins palliatifs
- Formations initiales
 - formation étudiants de médecine de 3ème cycle socle commun
 - IFSI
- Formations continues

3-3 Recherche

PROJET MEDICAL TERRITOIRE GROUPE GHT LOIRE « SSR MPR »

Il est proposé de présenter ce projet médical selon un regroupement par secteur, intégrant ainsi les complémentarités de proximité nécessaires en termes de filière, d'organisation fonctionnelle en particulier de ressources médicales et paramédicales, tout en évoquant les besoins de recours gradués au niveau territorial.

BILAN - ETAT DES LIEUX PAR ETABLISSEMENT

ROANNAIS :

HL St Just la Pendue :

SSR : 12 lits polyvalents dont 4 lits EVC
+ EHPAD 82 lits et 14 places d'Accueil de Jour

CHI Thizy les Bourgs-Cours, centre Hospitalier de Proximité :

Médecine 10 lits, 5 sur Thizy et 5 sur Cours, SSR : 52 lits
SSR 77 lits, 25 sur Cours, 52 sur Thizy : 25 lits
+ Unité USLD 30 lits à Cours, 251 lits EHPAD : 80 lits sur Cours, 58 sur Thizy, 113 sur le Bourg de Thizy, + SSIAD 29 p + accueil de jour 10 places + consultation médicales MG sur Thizy.
+ EHPAD 251 lits au total + +
Filière complète et PDS (permanence des soins) organisée

HL Amplepuis :

Pas de lits de SSR + 141 lits EHPAD (120 lits sur le site même, 19 installés (21 autorisés) sur le site des Glycines + 10 places d'accueil de jour
Fusion du CHI Thizy les Bourgs- Cours et d'Amplepuis est en cours et sera complète fin 2018.

HL de Charlieu :

SSR : 35 lits polyvalents
+ EHPAD (85 p) + SSIAD (49 p)

CH de Roanne :

Site Bonvert :

Gériatrie : SSR 76 lits PAPD (+90 lits USLD, UHR +58 lits UHPAD dont 3 lits hébergement temporaire) et 80 EHPAD + 1 lit hébergement temporaire + 8 p accueil de jour sur site AURELIA
MPR : SSR 30 lits (20 en locomoteur déclassé faute de balnéothérapie et 10 en neuro) + 2 places HTP

1- Forces :

- Pour St Just la Pendue : proximité, unité EV/EPR = compétence, la seule unité EV/EPR du nord du département, soins palliatifs, possibilité d'entrée directe (sans passage urgence) - permanence médicale difficile d'astreinte résolue actuellement
- Pour Thizy-Bourg-Cours la ville : regroupement sur un seul site Thizy pour 2017, des 10 lits de médecine et des 77 lits de SSR, 3 lits dédiés en soins palliatifs autorisés (non financés), filière complétée avec à terme 392 lits d'EHPAD (fusion avec CH d'Amplepuis), une PDS organisée, la proximité de CH Roanne.
- Pour Roanne, offre de lits gériatriques avec activité variée en médecine, soins post opératoires, soins palliatifs en lien avec EMSP du centre hospitalier de Roanne.
- Pour Charlieu, une activité polyvalente assurant un accès pour tout type de patients.

- *Projet de transfert du MPR sur le site principal CH Roanne avec mise à niveau du plateau technique et augmentation de places HDJ et réflexion en cours sur l'activation de l'autorisation SSR cardio-vasculaire HTP (non financée).*

2- Faiblesses :

- Pour Cours-Thizy, recrutement de praticiens difficile (récemment atteint) et manque plateau technique, essentiellement pas de service de Radiologie
- Pour St Just la Pendue, petite taille du SSR, et difficulté de PDS.
- Pour Charlieu, difficultés sur la ressource médicale suffisante, le besoin de soins palliatifs dédiés et un plateau technique pauvre.
- Pour Roanne, difficultés de recrutement et fidélisation des médecins, kinésithérapeutes et personnels de rééducation sur un plateau technique obsolète. Difficultés à optimiser l'aval du SSR.

PLAINE DU FOREZ

HL de Boën sur Lignon :

SSR : 15 lits polyvalents
+ EHPAD 140 lits

HL St Bonnet le Château :

SSR : 22 lits polyvalents
+ USLD (30 p) et EHPAD 78 lits et 80 à Usson en Forez
Direction commune avec EHPAD d'Usson en Forez. PH 1 ETP

CH du Forez :

SSR : 60 lits dont 10 gériatriques (PAPD),
+ EHPAD : (130 p à Feurs, 210 p à Montbrison)

1- Forces :

- Pour CH Boën, un SSR polyvalent, différentes pathologies, soins palliatifs, liens avec CH du Forez - permanence médicale assurée par médecin de coordination - libéraux et garde avec CH Forez.
- Pour CH St Bonnet, filière interne et de proximité SSR, USLD et EHPAD, équipe pluridisciplinaire (réadaptation, gériatrique, soins palliatifs), lien sans partenariat spécifique avec CH Firminy et Forez.
- Pour CH Forez, filière interne en aval du court séjour - activité très associée au pôle gériatrique (UMG, CS gériatrie, PASA, évaluation des troubles de la mémoire, EHPAD).

2- Faiblesses :

- Pour CH Boën, difficultés de ressources paramédicales, petite taille du SSR, pas de projet particulier de rapprochement avec CH du Forez.
- Pour CH St Bonnet, amélioration PDS (médecins libéraux et PH + 10% de médecin de coordination à l'EHPAD + garde médicale), et pas de projet partagé avec Montbrison ou Firminy.
- Pour CH Forez, ressenti de difficultés d'aval en MS. Une autorisation de SSR cardio-vasculaire non mise en activité actuellement. Réflexion en cours pour activité en HTP. Fuite SSR spécialisé en secteur SSR privé.

Regroupement des lits de SSR sur un seul site à Feurs pour CH Forez ; nécessité d'une collaboration-organisation fonctionnelle avec HL de Boën et St Bonnet. Développement SSR cardio-vasculaire.

MONTS DU LYONNAIS :

HL St Laurent de Chamousset :

SSR : 20 lits polyvalents
+ EHPAD 140 lits / 2 sites : St Laurent et Haute-Rivoire + SSIAD
Rapprochement pour un seul SSR sur St Symphorien. Direction commune avec St Laurent.

HL St Symphorien sur Coise :

SSR : 30 lits polyvalents

+ EHPAD 101 lits + SSIAD

Rapprochement entre St Symphorien et St Laurent. EHPAD sur St Laurent.

HL Chazelles sur Lyon :

SSR : 24 lits polyvalents

+ EHPAD 96 lits + accueil de jour + SSIAD

1- Forces :

- Pour St Laurent, proximité population, activité gériatrique et soins palliatifs, présence médicale 2,4 ETP mais ressenti d'un certain isolement et intérêt du rapprochement avec St Symphorien.

- Pour St Symphorien, proximité population, réponses aux besoins, intérêt du regroupement, aussi vers Chazelles, présences médicales.

- Pour Chazelles, présence d'une astreinte et PDS, important équipement paramédical, participation à la filière AVC ; bonnes relations ville-hôpital ; lien avec l'USLD de St Galmier.

2- Faiblesses :

-Pour St Laurent, besoins en géronto-psychiatrie – attention pour astreinte médicale car trajets.

-Pour St Symphorien, intérêt du regroupement, mais besoins médicaux à adapter.

-Pour Chazelles, pas de praticien hospitalier, activité médicale assurée par les généralistes, problématique de l'aval, en fonction des besoins de la population.

Direction commune des 3 établissements. Regroupement des lits de SSR avec adaptation de la permanence de soins par ressources adaptées de praticiens hospitaliers.

BASSIN STEPHANOIS, GIER ET ONDAINE :**CH du Gier :**

Sites : St Chamond (Site Antoine Pinay) et Rive de Gier (site Marrel)

SSR gériatrique de 25 lits sur le site de Saint-Chamond (Unité B1 Antoine Pinay)

SSR site Marrel Rive de Gier : SSR : 40 lits MPR (15 neuro et 25 loco) + 25 lits de polyvalents + 10 places HDJ MPR

+ EHPAD 400 lits

CH Le Corbusier de Firminy :

SSR : 68 lits (40 PAPD, 12 UCC, 16 polyvalents).

SSR : 2 places cardio-vasculaires HTP

+ USLD 90 lits et EHPAD 60 lits

CH Georges Claudinon :

SSR : 89 lits (21 EV/EPR, 26 PAPAD, 10 neuro, 8 soins palliatifs, 10 onco, 14 orthop complexe).

+ EHPAD : 174 lits autorisés.

Direction commune avec Firminy

CHU de St Etienne :

Site Bellevue : MPR adulte :

SSR : 30 lits (neuro+++ et locomoteur) + 10 p. HTP + 2 p. HTP MCO + consultations.

Activités spécialisées et de recours MPR avec diverses possibilités d'interventions techniques et soins + Unité socio-professionnelle (Comète) + Unité commune SRPR (post réanimation sur le *site de Nord-12* lits) (GCS CM de l'Argentière) + Unité Rachis ambulatoire troubles statiques enfant-adulte. Equipe mobile EMT3R – lien médico-social Personnes Handicapées.

MPR pédiatrique :

SSR : 10 lits (MPR pédiatrique) + 2 p. HTP + HTP MCO + consultations.

Activité MPR spécialisée neuro, orthopédie + lien médico-social Personnes Handicapées.

Site la Charité : MPR Gériatrique 1 unité SSR avec 10 places neuro et 16 PAPD et 5 places SSR HTP Neuro et 10 SSR HTP PAPD

SSR : au sein activité gériatrique ; MCO, HTP mémoire, HTP fragilité, 4 unités mixtes court-séjour/SSR dont 3 unités et une unité cognitivo-comportementale sur la Charité et 1 unité sur hôpital Nord, une UMG interne, une UPEPS intervenant à domicile (troubles cognitifs) et une unité extra-hospitalière pour EHPAD.

+ USLD : 160 places (*site Bellevue et Charité*)

1- Forces :

- CH Gier : structure MPR avec prise en charge spécialisée et diversifiée : rachis, obèse, équilibre, AVC, cancer sein, amputation. Bon plateau technique et paramédical. Consultation. Simulation conduite.

- CH Corbusier : filière gériatrique bien développée et complète - astreinte médicale - prise en charge des Alzheimer - HDJ évaluation gérontologique – Filière de proximité (Loire-Hte Loire).

- CH Claudinon : activités SSR spécialisées neurologique et oncologique et partenariat ICLN (oncologie) et CHU (neurologie) et Firminy (gériatrie).

- CHU : plateau technique et ressources/compétences médicales et paramédicales de recours pour adultes et enfants pour le territoire et au-delà au niveau régional (Loire - Hte Loire – Drôme – Ardèche) (Rapatriement MPR pédiatrique sur site Nord pédiatrie 2020). Intérêt comme structure de formation initiale et continue avec encadrement adapté.

2- Faiblesses :

-CH Gier : pas de garde mais astreinte avec St Chamond. Manque psychologue.

-CH Corbusier : manque de paramédicaux (ergo, orthophoniste) et difficultés d'aval.

-CH Claudinon : difficultés pour l'activité neurologique (MPR) (graduation de la prise en charge nécessaire)- ressources médicales et paramédicales peu stables.

-CHU :

MPR adulte : insuffisance d'accès comme SSR de recours pour le territoire drainé – difficulté d'aval gradué avec autres SSR polyvalents en relais et de positionnement de centre de référence – manque lits / demande interne et de recours – manque places / besoins en HTP – positionnement de recours à identifier au sein GHT et partie de la région ;

MPR pédiatrique : seule unité SSR pédiatrique capacité HC limitée, difficultés pour intervention sur le territoire et suivi au passage adulte.

Nécessité d'établir un meilleur fonctionnement viable et gradué de l'offre MPR/SSR en aval du CHU et ICLN, pour certaines filières (neurologiques, cancérologique, enfants, ...) avec une identification d'unités SSR spécialisées, de recours territorial, comme structures de référence (adulte-enfant), en proximité des plateaux techniques CHU/ICLN. Prise en compte du contexte concurrentiel privé et de l'absence d'avancement du partenariat Centre Médical Argentière.

NORD ARDECHE :

HL de St Félicien :

SSR : 24 lits polyvalents

+ 11 lits médecine

+ 104 places EHPAD + 4 places Hébergement temporaire (plus MR de la Louvesc)

1 ETP médecin = assure SSR + en partie lits de médecine + coordination EHPAD (0,3 ETP

EHPAD St Félicien et 0,2 ETP Louvesc non pourvus) + grande partie astreinte.

HL de Serrières :

SSR : 33 lits polyvalents

+ EHPAD 69 lits

1 ETP médecin

CH ARDECHE NORD - CHAN Annonay :

SSR : 23 lits spécialisés PAPD, lien direct avec l'activité MCO de gériatrie (filière gériatrique).

Pas activité SSR polyvalents qui se fait sur Serrières

+ EHPAD 200 lits

1- Forces :

- HL Serrières : Direction commune CH Annonay et lien pôle gériatrie Annonay (équipes mobiles - remplacement et astreintes). Accès population d'Annonay, de Romans et de Vienne. Diversité de prise en charge.

- HL Saint-Félicien : structure avec lits médecine, SSR, EHPAD, consultations avancées – bénéfiques à la population – lien avec CH Annonay.

- CH Annonay : SSR dans filière gériatrique.

2 - Faiblesses :

- HL Serrières : difficulté de kinésithérapie

- HL St Félicien : Insuffisance ressource médicale et fragilité (fin 2017)

Regroupement fonctionnel médical autour de CH Annonay pour pérenniser la présence médicale et l'organisation de la permanence des soins (PDS).

Par ailleurs, pour le GHT **certaines faiblesses** :

Peu d'activité SSR HTP : MPR : CH Gier, CH Roanne et CHU ; Cardio-vasculaire : CH Annonay et CH Corbusier ; PAPD : CHU.

Pas de SSR public avec mention spécialisée en affections respiratoires, oncologie, affections métaboliques, affections cardio-vasculaires (HC), affections de l'appareil locomoteur sur le secteur de Roanne, et aucune mention spécialisée sauf PAPD sur Montbrison-Feurs, Annonay et aucune sur Monts du Lyonnais

BILAN – ETAT DES LIEUX - DIFFICULTES GENERALES

- **Nombreux établissements SSR (19) sur le GHT, pour certains uniquement SSR dans le domaine sanitaire, avec taille critique (moins de 30 lits) (sur 8 structures) mais établissement médico-social EHPAD souvent rattaché, voir lits de médecine.**

- **Fragilité de la ressource médicale et de ce fait de la permanence des soins dans plusieurs structures, induisant divers montages avec les médecins de ville et service de garde ou régulation 15.**

- **Difficultés d'attractivité médicale et de renouvellement avec quelques situations potentiellement très difficiles à court terme.**

- **Difficultés d'attractivité paramédicale, et souvent faibles ressources paramédicales et techniques identifiées dans le champ même de la réadaptation fonctionnelle.**

- **Partenariat plus ou moins fortement développé selon les secteurs pour une mise en commun de ressources et de compétences ou même pour un projet de restructuration ou de réorganisation. Il y a une insuffisance des filières de prise en charge rapporté aux besoins. Les patients vont là où il y a de la place.**

- **Absence de certaines compétences de SSR spécialisés sur la globalité du territoire et/ou accès difficile (secteur privé ou ESPIC ou autre territoire ou autre GHT).**

- **Difficulté d'une organisation SSR/MPR graduée et identification centre de référence sur CHU en lien avec autres SSR pour rééducation-réadaptation adulte.**

- **Nécessité d'une organisation pour l'accueil et le suivi d'enfant (SSR et/ou MPR) sur l'ensemble du territoire et gestion du passage enfant/adulte pour le handicap.**

- **Difficultés d'accueil SSR de patients pour des prises en charges trop complexes, trop coûteuses et pour des patients ayant une difficulté d'aval.**

- **Difficultés d'aval médico-social en particulier handicap lourd et moins de 60 ans (voir de 70 ans).**

FORCES (F)/FAIBLESSES (f) - OPPORTUNITÉS/RISQUES – SELON LES SECTEURS

ROANNAIS :

F = partenariat - collaborations inter-établissements existantes/champ personnes âgées et polyvalent

F = regroupement du SSR sur un seul site de Thizy

F = présence d'autorisations SSR mention spécialisés (neuro, cardio et unité EV/EPR), mais pas de locomoteur

F = contributions aux filières identifiées : PA- AVC

f = SSR cardio-vasculaire non activé et locomoteur déclassé (balnéo) sur CH de Roanne-Bonvert

f = HTP peu développé

f = effet petite taille St Just malgré unité EV-EPR, difficulté PDS avec ressource médicale fragile pour St Just et Charlieu

f = difficulté pour accueil des enfants de 15 ans à 18 ans

Opportunités

- projet à 2 ans SSR neuro et locomoteur sur le site principal CH Roanne, réflexion sur identification de lits en SSR polyvalent et de places en SSR métabolique

- projet activité cardio – intégration filière neuro avec UNV

- projets : groupe PAERPA – hôtel hospitalier

Risques

- difficultés de stabiliser les ressources médicales – manque de ressources paramédicales

- difficultés aval médico-social

- besoin d'une unité cognitivo-comportementale

- difficulté PDS St Just la Pendue et devenir structure (taille) – et prise en charge EV-EPR ??

PLAINE DU FOREZ

F = regroupement Montbrison – Feurs en CH du Forez / Tout SSR et PA sur un seul site (Feurs)

F = bonnes ressources médicales actuelles et stabilité ; ressource kinésithérapie correcte

F = filière PA complète et complément offre SSR polyvalent ; UMG en intra et sur EHPAD

F = bonne fluidité patients CH Forez et HL St Bonnet le Château et Boën sur Lignon ; accès facile au plateau technique, aux spécialités du CH, aux équipes mobiles

f = contexte géographique : fuites de patients vers SSR privés

f = SSR spécialisés neurologie et locomoteur dans secteur privé

f = autorisation SSR cardio-vasculaire non activée

f = rareté de compétences de paramédicaux rééducation, notamment orthophonistes

f = CH du Forez en restructuration qui nécessitera sûrement une adaptation de la filière gériatrique

f = pérennité de la permanence des soins sur St Bonnet le Château et sur Boën sur Lignon

Opportunités

- ouvrir l'activité SSR cardio-vasculaire HTP

- consolider accueil et activité SSR et Gériatrie sur site de Montbrison (limiter le taux de fuite)

- nécessaire de traiter l'organisation de la PDS de manière structurée sur St Bonnet et Boën.

Risques

- difficultés d'aval du SSR

- activités à flux tendu : perte d'activité dès l'absence d'un praticien

- pas de SSR spécialisé, neuro-locomoteur ou autre (hors PAPD) public sur le secteur (Plaine – Monts du Forez – Monts du Lyonnais)

MONTS DU LYONNAIS :

F = regroupement de l'activité SSR sur un seul site : acté pour St Laurent sur St Symphorien – regroupement possible secondairement de CH Chazelles sur Lyon – certaines fonctions actuellement en commun et partagées

f = ressource médicale non adaptée au regroupement SSR (plus pour Chazelles car médecins de ville)

Opportunités

- territoriale sur cette zone géographique active et en développement
- projet médical à établir (en cours) dans un contexte de regroupement fonctionnel et en particulier SSR

Risques

- ressources médicale à stabiliser –recrutement propre des établissements (PH) et pas pour partie sur praticiens de ville – pérennité de PDS
- pas de SSR spécialisés public sur le secteur (Monts du Lyonnais)

SAINT-ETIENNE – ONDAINE – GIER :

F = importante activité SSR avec diversité de mentions spécialisées et d'activités (oncologie – soins palliatifs – neurologie – locomoteur – EV/EPR – Pédiatrie (CHU- Claudinon - Gier) :

F = plateau technique important et ressources techniques et médicales de recours territorial sur plusieurs sites

F = filières gériatriques intra et extrahospitalières sur 3 sites (Firminy – Gier – CHU) :

F = SSR de cardio-vasculaire HTP Le Corbusier – répondant au besoin local et activité rééducation cardio-vasculaire en activité MCO sur CHU (site Nord)

f = difficultés pour la stabilisation ressources médicales et plateau technique de rééducation à Claudinon et plus globalement de ressources paramédicales

f = CHU : taille insuffisante peu viable du SSR adultes – difficultés majeures de fonctionnement de filières très spécialisées en aval MCO CHU et en suivi (BM – cérébro-lésions graves) bien que SSR MPR de recours au CHU pour le territoire et pour partie région ARA dans le cadre de filières MCO-SSR- Ville identifiées

f = difficultés d'aval SSR médico-social patients adultes dépendants et médicalisés moins de 60 ans et même 70, et manque partenariat SSR – USLD

Opportunités

- pour développer un regroupement fonctionnel avec le SSR du CH Claudinon des activités : 1) SSR mention spécialisée neurologie, locomoteur adulte avec la MPR CHU ; 2) SSR cancérologie (voir même projet SSR oncologie) avec ICLN et CHU ; au sein du CHU en intra-site Bellevue entre MPR Adulte et MPR PA (cadre du projet de relocalisation Charité)
- pour le développement d'une filière aval cancérologie (filiale aval difficile sur ARA) avec CH Claudinon et autres partenariat ville (par ex. HAD - partenariat HAD et Rééducation/Réadaptation et équipe mobile 3R)
- pour améliorer un fonctionnement avec plus de fluidité et de complémentarité SSR polyvalent pour CH Firminy – CH Claudinon – CH Gier et le CHU (parcours adulte et PA – Loire Sud)

Risques

- difficulté de la permanence médicale – gestion des astreintes (en particulier sur Claudinon)
- manque d'attractivité médicale même en spécialité MPR en l'absence de développement technique et d'équipe partagée
- difficultés de recrutement général des ressources paramédicales
- concurrence importante du secteur SSR privé
- absence de lisibilité du projet de partenariat sur l'implantation CM Argentière (ESPIC) sur ce secteur (site Bellevue – projet de plus de 10 ans) ce qui bloque la réflexion sur le secteur

ANNONAY :

F = partenariat entre CH Annonay dans champ des personnes âgées et polyvalent / expérience de collaborations / partage de ressources / aval des patients (+ Serrières et besoins pour St Félicien)

F = SSR de cardio-vasculaire HTP – répond au besoin local

f = accès difficile au SSR neuro-locomoteur / proximité de CH St Vallier MPR mais accès difficile

f = fragilité de la permanence médicale Saint Félicien actuelle et plus à court terme et pour partie à Serrières

Opportunités

- équipe médicale partagée : Annonay–Serrières puis aussi à voir pour Saint Félicien, pour aller vers création d’une équipe partagée entre Annonay, Serrières et St Félicien et organisation des astreintes
- implication équipe mobile rééducation/réadaptation/réinsertion sur le territoire Annonay
- possible direction commune Annonay – Serrières – St Félicien

Risques

- *difficultés de stabilisation des ressources médicales, d’attractivité et organisation de la PDS.*

OPPORTUNITES – RISQUES - CONTEXTE MACRO DE LA FILIERE

Ressources :

- Problématique du renouvellement et de l’attractivité médicale mettant en jeu actuellement et à venir la permanence des soins.
- Problématiques de l’offre et de l’attractivité de ressources paramédicales pour des projets de rééducation et même de réadaptation fonctionnelle avec maintien ou amélioration de l’autonomie, enjeux premiers du rôle des SSR.
- Problématiques médico-techniques et de fonctionnement du/des plateaux techniques (niveau d’équipement faible, non valorisation actuelle et incertaine, nécessité de ressources partagées et mises en place, niveau de la concurrence secteur privé et ESPIC, ...).
- Problématique d’une organisation graduée entre SSR de recours, spécialisés et polyvalents.
- Problématique de l’absence de certaines autorisations de SSR spécialisés.

Organisation :

- Problématique du regroupement et/ou de la réorganisation d’établissements avec offre suffisante et diverse de la spécialisation SSR sur le territoire et/ou orientation nouvelle d’établissements dans un contexte de nombreux établissements, de taille petite, d’enjeu du financement à l’activité, d’orientation vers le soin ambulatoire en SSR.
- Problématique de faibles ressources partagées : médicale – paramédicale – plateaux techniques – équipes mobiles.
- Problématique du partage d’informations : dossier aval MCO – SSR inter-établissements - fluidité de parcours – usage d’outils (ViaTrajectoire sanitaire et MS – dossiers partagés – connaissance des ressources).
- Problématique de l’aval domicile et/ou MS : difficultés d’aval du SSR – domicile ou structures MS sur l’ensemble du territoire, répartition territoriale des ressources.
- Problématique de l’organisation graduée en moyens, en flux et en gravité, entre CHU et autres établissements.

PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL - PROJET MEDICAL

POINTS A DEVELOPPER

1- Partage de ressources

L’état des lieux a permis :

- d’identifier les ressources existantes en SSR, souvent mal connues de tous les acteurs d’où le besoin de les identifier ;
- d’identifier les collaborations entre établissements en particulier les possibilités de recours à certaines compétences (équipes mobiles : hygiène, soins palliatifs, douleur, ...) avec une certaine disparité selon les établissements.

Il est proposé un travail de référencement des ressources médicales, paramédicales, techniques et fonctionnelles (unités ou centres référents dans le champ du SSR) et de collaborations sur l’ensemble du territoire et son accès à tous les professionnels.

2- Equipe Mobile – Handiconsult

Equipe mobile territoriale 3R (EMT3R) financée par l'ARS, à déployer à partir de 2017 sur le territoire Ouest. Possibilité d'interpeler l'EMT3R, sur différentes indications concernant l'objectif de la prise en charge rééducation, réadaptation, réinsertion, chez les patients de tous âges, en sanitaire, médico-social ou à domicile, par un professionnel, pour avis médical, technique, social en lien avec le handicap, et pour l'orientation et le parcours de soin et de santé.

Projet Handiconsult en cours de réflexion pour le territoire, dispositif qui vise à organiser l'accueil de personnes handicapées au niveau des soins courants ou de recours, sur des services spécialisés et des plateaux techniques.

3- Organisation accueil d'enfants

Faire des propositions pour :

- faciliter l'accueil d'enfants de 15 à 18 ans dans des SSR adultes qui n'ont pas la spécificité pédiatrique. Par exemple : accueil dans un SSR « non pédiatrique » sous la responsabilité du praticien et du directeur, validé par ARS, après avis de l'équipe référente de SSR MPR pédiatrique ;
- identifier les ressources de prise en charge des enfants handicapés (suivi des maladies chroniques évolutives, suivi post chirurgical, techniques innovantes thérapeutiques (appareillage, toxine) et réduire les ruptures de parcours (équipe mobile pédiatrique) et organisation sur les suivis post-chirurgie sur l'ensemble du GHT (équipe mobile MPR pédiatrique, HAD, consultations, ...)
- organiser la transition enfant-adulte dans la prise en charge MPR sur l'ensemble du territoire et en lien avec le secteur médico-social.

4- Filière rhumatologie

Organisation de :

- la prise en charge rééducation/réadaptation des affections rhumatologiques (rachialgies chroniques, arthrites inflammatoires, podologie, appareillage) et sa répartition sur le territoire (mise en commun de moyens et/ou de programmes (essentiellement rachialgie chronique)) ;
- l'accès au SSR de patients présentant une affection rhumatologique cancérologique, une pathologie chronique inflammatoire évoluant vers une dépendance avec la prise en compte d'un besoin associé de prise en charge médico-sociale –(dépendance = placement) ou soins palliatifs.

5- Filière escarre

Organisation au sein du GHT d'une filière Escarre avec les différents acteurs du MCO (dermato-chirurgie-infectieux), du SSR spécialisé (MPR ou SSR neurologique), du SSR de proximité et de l'HAD. Cette organisation induit d'identifier les structures pouvant y contribuer, la nécessité d'une formation aux soins de l'escarre, d'une harmonisation et disponibilité des produits dans le cadre de l'harmonisation des PUI, et bien sûr l'accord de patients.

6- Filière neurologique

- AVC : travail et action avec la filière AVC de territoire : accès aux SSR neurologiques, polyvalents ou gériatriques selon les référentiels (recommandations, parcours), accès aux soins et techniques (appareillage, toxine, bilans spécialisés), consultations de suivi post SSR, besoins médico-sociaux (EV/EPR ; handicap lourds ; bed-blockers,...) (accueil MS dans un contexte de réorganisation des établissements) ;
- Lésions médullaires : organisation graduée de recours à proximité sur la prise en charge post-aigue et le suivi des lésions médullaires – identification des besoins et de l'offre partagée, offre de soins et de rééducation SSR de proximité et ambulatoire selon les étiologies ;
- Autres affections : identification des besoins, des ressources et organisation de filière de suivi de recours et de proximité, graduée, sur affections neurologiques chroniques : SEP – Parkinson.

(RE)ORGANISATION DE L'OFFRE

Elle peut être envisagée sous des **aspects de regroupements fonctionnels** (par ex. notion d'équipe de territoire) **ou géographiques ou de reconversion** de sanitaire vers médico-social **ou de type d'activité** (HC vers HTP (virage ambulatoire)).

CHI Thizy Les Bourgs – Cours - CH Amplepuis :

Regroupement Thizy les Bourgs-Cours pour 2018, sur le site de Thizy. Secondairement regroupement CH d'Amplepuis – CHI Thizy, Thizy s'occupant de l'ensemble du sanitaire fin 2018 (médecine et SSR) dans le cadre d'un hôpital de proximité en une seule entité juridique.

HL St Just la Pendue – CH de Roanne – HL de Charlieu :

- **HL de Saint-Just la Pendue** : Soumis à une injonction par rapport à la PDS, a apporté une réponse. Il est proposé de constituer un groupe de réflexion pour un travail en commun avec le CH de Roanne : définition des rôles et activités pour chaque établissement, en sécurisant le fonctionnement des SSR et des EV/EPR. Un renforcement du médico-social à St Just La Pendue et une activité sanitaire ciblée, sont aussi des éléments à prendre en compte.

- **CH de Roanne** : pour la MPR : projet de transfert en 2 étapes :

* 1ère étape 2018 = relocalisation sur le site principal (bâtiment Jean Bernard) à capacité identique à l'actuel et récupération de l'autorisation SSR spécialisé locomoteur avec le nouveau plateau technique mis en place (balnéothérapie) ;

* 2ème étape : reconstruction sur site de l'ancienne maternité avec MPR (objectif + 10 lits et + 8 places) et une partie du SSR gériatrique ; l'autre partie du SSR gériatrique étant transférée à la place de la MPR sur le bâtiment Jean Bernard (au-dessus du court séjour gériatrique) et réutilisant le plateau technique).

- **HL de Charlieu** : rôle et positionnement territorial SSR Charlieu nécessaire – aval du CH de Roanne et de Clinique du Renaison, plus autres établissements. Besoin médicaux : intérêt d'un poste partagé avec CH Roanne pour une présence totale de 1,5 ETP pour Charlieu.

HL St Symphorien sur Coise – HL St Laurent de Chamousset – HL Chazelles sur Lyon :

Regroupement entériné de St Laurent et de St Symphorien : maintien d'un EHPAD sur St Laurent et du SSR sur St Symphorien, direction commune. Projet architectural et médical à mettre en place.

Possibilité tout-à-fait envisageable sur le plan médical du regroupement de Chazelles avec St Symphorien/ St Laurent.

Le regroupement apparaît possible et logique pour le SSR, sous les conditions de la présence médicale.

HL de St Bonnet le Château :

Projet de restructuration : maintien des SSR et de l'USLD, dans un nouveau bâtiment accolé à l'hôpital actuel ; constitution d'une maison médicale pluridisciplinaire avec consultations spécialisées avancées, contribution des praticiens de ville à la PDS. Projet établi par la Direction et proposition en cours auprès ARS.

Sur l'organisation des équipes médicales et leur fonctionnement :

CH Annonay - HL de Serrières – HL de St Félicien :

Nécessité de renforcer les ressources médicales pour Serrières et St Félicien et besoin pour PDS – lien avec équipe gériatrie CH Annonay.

Thizy les Bourgs-Cours-Amplepuis : Organiser les ressources médicales dans le contexte du regroupement et poste assistant partagé non pourvu.

Roanne-Charlieu : Poste partagé pouvant être envisagé pour renforcer présence médicale à Charlieu

St Symphorien-St Laurent-Chazelles : Adapter les ressources médicales au projet de regroupement.

CHU MPR et Claudinon SSR neurologique : Postes partagés MPR envisagés en 2017.

ICLN et Claudinon SSR polyvalent orientation cancérologie : Postes détachés en l'état.

De manière globale sur le GHT, l'intérêt sur le fonctionnement d'équipes médicales partagées est de pouvoir :

- organiser des staffs communs, d'échanger sur des bonnes pratiques ou des protocoles, la Permanence Des Soins ;
- avoir la possibilité de pontage entre SSR et une autre structure, sur un SSR plus spécialisé voire MCO, ce qui peut favoriser le lien entre deux établissements et faciliter la filière MCO/SSR ;
- Envisager, pour le praticien, la fonction d'équipe de territoire dans le cadre d'un profil de carrière avec une évolution de carrière bien identifiée au-delà de cette fonction.

La gestion de deux unités d'hospitalisation sur deux sites différents est peu attractive et peu pérennisable pour un même médecin.

Dispositions de suivi.

Transmission des propositions au collège médical.

Point à échéance de 6 mois.

Groupe de travail :

Dr Alain FERRAND, SSR polyvalent, CHI St Laurent de Chamousset
Dr Aurélie MARTINEAU, SSR polyvalent, hôpital le Corbusier, Firminy
Dr Bachir SAHI, MPR adulte, hôpital du Gier
Dr Béatrice BALANDRAUD, SSR polyvalent, centre hospitalier du Forez, site de Feurs
Dr Blandine DE LAVIGERIE, médecin à Claudinon, représentant l'ICLN
Dr Cédric CHOL, SSR MPR gériatrique, CHU de St Etienne
Dr Christian GIBERT, SSR polyvalent, hôpital Chazelles sur Lyon
Dr Christian MADJAR, SSR polyvalent, hôpital St Félicien
Dr Claude DELSOL, SSR polyvalent, CHI Thizy les Bourgs-Cours la Ville
Dr Dominique BONNET, SSR polyvalent, hôpital St Just la Pendue
Dr Fabrice PETASSOU, SSR polyvalent, hôpital de Charlieu
Dr Frédéric RENOUX, SSR gériatrique, centre hospitalier Roanne
Dr Karim HAMDACHE, SSR polyvalent, hôpital St Bonnet le Château
Dr Lucien GERBAULET, SSR polyvalent, hôpital de Serrières
Dr Marie-Ange BLANCHON, SSR MPR Gériatrique, CHU de St Etienne
Dr Marie-Charlotte D'ANJOU, Coordination SSR pédiatrique secteur 6
Dr Marie-Julie FRANCON, MPR adulte, hôpital Claudinon
Dr Marie-Thérèse TOURNEBIZE, SSR polyvalent, hôpital Boën sur Lignon
Dr Serge MIRLICOURTOIS, MPR adulte, centre hospitalier de Roanne
Dr Vincent THOUVENIN, SSR polyvalent, CHI St Laurent de Chamousset
Dr Patrick BECHETOILLE, SSR cardio-vasculaire, centre hospitalier Annonay
M. Hervé CHAPUIS, Directeur Pôle Support, CHU de St Etienne
Dr Véronique BENVENUTO, SSR polyvalent, hôpital le Corbusier, Firminy
Pr Pascal GIRAUX, MPR adulte, CHU de St Etienne
Pr Paul CALMELS, Coordination SSR adulte territoire Ouest
Pr Vincent GAUTHERON, SSR MPR Pédiatrique, CHU de St Etienne

PROJET TERRITORIAL DES URGENCES - GHT LOIRE

Participants au groupe de travail :

Pr **Alain Viallon** SAU Adulte CHU de Saint-Etienne, **Dr François Giraud** et **Dr Eric Ezingoard** SAMU CHU de Saint-Etienne, **Dr Olivier Mory** SAU Pédiatrique CHU de Saint-Etienne, **Dr Thomas Guerin** SAU-SAMU CH de Roanne, **Dr Philippe Guillot** et **Dr Irène Laval** CH Ardèche-Nord-Annonay, **Dr Mikaël MARTINEZ** SAU, Hôpital du Forez-Montbrison-Feurs, **Dr François BALLEREAU** SAU Hôpital Le Corbusier-FIRMINY, **Dr Hisham Jamous** et **Dr Josiane Reynaud** SAU Hôpital du Gier-Saint Chamond, **Dr Abdesslam Redjaline** réseau REULIAN, **Mme Aurélie Channet** Directrice des affaires médicales CHU de Saint-Etienne, **Mr Michaël BATTISTI** directeur de la stratégie CHU de Saint-Etienne, **Mr Dominique HUET** directeur, CH de Roanne

Dates des réunions du groupe :

06/10/2016
23/01/2017
07/03/2017
11/04/2017

LIMINAIRE

Depuis le mois de juin 2014, l'organisation des Urgences et des Soins non programmés a déjà fait l'objet de discussions nourries dans le cadre du **Projet Médical de Territoire Loire Sud (PMT)**. Deux préconisations font consensus :

- **Recentrer les structures d'Urgences sur leur cœur de métier en créant en contiguïté des centres de soins non programmés de Médecine Générale**
- **Adapter l'ouverture des structures d'Urgences à l'activité réelle en ouvrant une réflexion, sans a priori, relative à leur ouverture nocturne.**

Dans ce contexte et à l'heure de la création du projet médical partagé du GHT Loire, il convient :

- d'une part de **finaliser le PMT Loire sud** concernant les Urgences avec les quatre établissements concernés (CHU de Saint-Etienne, CH Le Corbusier-Firminy, Hôpital du Forez et Hôpital du Gier)
- d'autre part **d'intégrer à cette démarche les autres établissements, support des structures d'urgences, du GHT Loire** (CH de Roanne et CH d'Ardèche Nord -Annonay) afin de finaliser le versant Urgences du projet médical du GHT Loire.

Pour une bonne compréhension de la problématique et afin de prendre en compte le mode actuel de recours aux soins non programmés dits urgents et de proposer une réponse adaptée aux besoins exprimés par la population, il convient d'intégrer qu'une structure d'urgence peut être conçue de la façon suivante :

- Un service de Consultation de Soins Non Programmés (CSNP):

Prise en charge des consultations relevant de la médecine de ville, **chez des** patients se présentant aux Urgences de l'hôpital le plus souvent par carence de la médecine générale ou de la permanence de soins ambulatoire

- Un Service d'Accueil des Urgences (SAU) :

Prise en charge des consultations non programmées relevant de la spécialité de médecine d'urgence

- Un service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) :

Prise en charge des urgences avec défaillance uni ou multi viscérale engageant immédiatement ou à court terme le pronostic vital, nécessitant des mesures de soins actifs ou de réanimation ;

- Un service d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) :

Prise en charge des patients relevant d'une surveillance, d'un bilan complémentaire de réalisation rapide ou d'une hospitalisation de moins de 24h.

Par glissement de fonction, ces services ont dorénavant comme principale activité la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation mais pour lesquelles il n'a pas été trouvé de lit d'aval après leur passage aux Urgences

- Un Service Mobile d'urgences et de Réanimation :

Autorisé à certaines structures d'Urgences, ces équipes mobiles visent maintenir les populations à moins de 30 min de soins médicaux d'urgences

Ces multiplications de tâches au sein des structures d'Urgences, dans un contexte de charge de travail sans cesse croissante, également responsable d'une certaine perte d'attractivité à l'exercice de cette spécialité (malgré « la nouvelle définition » du temps de travail aux urgences), nous conduisent à imaginer et à proposer de **nouvelles organisations de la prise en charge des soins urgents au sein de notre territoire.**

En parallèle, la médecine d'urgence du territoire connaît une réelle carence en ressource médicale. Depuis 2010/2011, le secteur privé du territoire réorganise et développe ses structures d'Urgences pour répondre notamment à 2 enjeux majeurs :

- Améliorer la qualité de service rendu à sa patientèle, lui garantissant un accueil 24h sur 24, et dans le même temps augmenter son recrutement notamment à destination des plateaux de chirurgie (pour mémoire, le secteur privé de Loire Sud réalise 50% de l'activité chirurgicale du territoire...);
- Anticiper la réforme du SROS volet Urgences menée par l'ARS pour 2016 qui laissait entrevoir le non renouvellement de certaines autorisations notamment pour les plus petites structures.

Faute de modifications législatives, ces autorisations ont été reconduites en 2017. On rappelle que ces structures privées, en concurrence direct avec les deux plus gros établissements publics du GHT-Loire, ont exercé un jeu de débauchage très incisif (voir déloyal) avec salaires incomparables et conditions de travail plus attractive. Quant aux missions d'intérêt général qu'entendent effectuer ces structures privées, nous sommes en droit d'en discuter le bien fondé.

A ce jour, ces restructurations ont engendré le « débauchage » de **presque 30 Praticiens Urgentistes du Service Public vers le Secteur Privé.**

OBJECTIFS

La proposition d'une nouvelle organisation doit être territoriale et respecter un certain nombre d'enjeux :

- Préserver un recours aux soins urgents le plus équitable possible sur le territoire
- Améliorer le niveau des prises en charge aux urgences
- Structurer le parcours de soins entre les services d'urgences mais aussi entre les établissements de soins.
- Renforcer l'attractivité des emplois médicaux et paramédicaux dans les structures d'urgences
- Contribuer à l'amélioration du rapport coût/efficacité des structures de soins.
- Faire de nos structures un lieu privilégié pour l'enseignement de la médecine d'urgence
- Poursuivre la recherche en médecine d'urgence

METHODE

1 Typologie médicale et répartition

Ces cinq secteurs d'activité d'un service d'urgence permettent d'identifier deux types de ressources médicales issues de deux spécialités différentes :

- **Des Médecins Urgentistes** pour assurer le fonctionnement des SAU et SAUV et SMUR, cœurs de métier de la Médecine d'Urgence
- **Des Médecins Généralistes** pour assurer le fonctionnement de la Consultation de Soins Non Programmés (CSNP).