

JUIN 2017

Le Projet Médical et de Soins Partagé (PMSP)



Table des matières

1. Fiche d'identité du CH de Langeac	7
2. Fiche d'identité du CH d'Yssingeaux	12
3. Fiche d'identité du CH Emile ROUX du Puy en Velay.....	17
4. Fiche d'identité du CH du Pays de Craonne-sur-Arzon.....	22
5. Fiche d'identité du CH de Brioude	28
Préambule méthodologique	34
1. Les objectifs médicaux	34
2. Les objectifs de soins	37
Axe 1 : La coordination du parcours de soins	37
Axe 2 : L'utilisateur et ses proches.....	38
Axe 3 : Assurer la qualité et la continuité des prises en charge	38
Axe 4 : Les professionnels et l'encadrement	38
Axe 5 : Développer la recherche paramédicale sur le territoire	39
3. Les Objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	39
• Améliorer la qualité et la sécurité des parcours patients au sein du GHT43 : objectif prioritaire	39
• Améliorer la satisfaction des patients et garantir le droit des patients.....	40
• Assurer une sécurisation toujours plus forte du parcours patients	40
• Développer une évaluation permanente de nos pratiques	40
• Permettre l'acquisition d'une Culture qualité, gestion des risques commune.....	40
4. L'organisation par filière d'une offre graduée des soins	41
4.1 Les thèmes transversaux.....	41
✓ Les alternatives à l'Hospitalisation Conventionnelle (Hôpitaux de jour, Hôpital de Semaine, chirurgie ambulatoire, Hospitalisation A Domicile).....	41
✓ L'éducation thérapeutique des patients (ETP)	42
✓ La prise en charge de la douleur	44
✓ La prévention	46
✓ Le renforcement du lien ville-hôpital.....	46
✓ La permanence des soins et la continuité des soins	47
✓ Les activités de prises en charge médico-sociales	48

✓ L'hygiène hospitalière	48
4.2 Les filières	49
✓ Filière gestion de crise	50
1. Contexte.....	50
2. Synthèse des axes de travail identifiés	51
3. Présentation détaillée.....	52
Axe 1 : Améliorer l'organisation de la réponse aux situations de crise au sein du GHT	52
✓ Filière « situations aiguës »	53
1. Contexte.....	53
2. Diagnostic.....	54
3. Synthèse des axes de travail identifiés	56
4. Présentation détaillée des axes de travail	58
Axe 1 : Fluidifier la filière des urgences coronariennes en prenant en compte les évolutions prochaines de l'offre de soins sur le territoire du GHT 43.....	58
Axe 2 : Fluidifier la filière des urgences neurovasculaires sur le territoire du GHT 43	59
Axe 3 : Fluidifier la filière des urgences psychiatriques sur le territoire du GHT 43	60
Axe 4 : Fluidifier la filière des urgences poly-traumatologique sur le territoire du GHT 43.....	61
Axe 5 : Fluidifier la filière des urgences chirurgicales sur le territoire du GHT 43.....	62
Axe 6 : Fluidifier la filière des urgences pédiatriques chirurgicales sur le territoire du GHT 43	62
Axe 7 : Fluidifier la filière urgences pour la prise en charge des populations en situation de fragilité (personnes âgées, personnes avec un handicap, populations précaires...).....	63
✓ Filière solidarité et fragilité	64
1. Filière gériatrique	65
1. Contexte.....	65
2. Evolution prévisible de la filière	68
3. Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge.....	69
4. Synthèse des axes de travail identifiés	71
Axe 1 : Permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique	74
Axe 2 : Créer une dynamique pluri-professionnelle des acteurs de la filière sur le territoire	77
Axe 3 : Rendre visible et lisible les parcours de soins	78
2. Filière SSR	79

1. Préambule.....	79
2. Description du contexte.....	79
3. Situation actuelle pour la population.....	80
4. Organisation et fonctionnement actuel.....	82
5. Volumétrie qualitative et quantitative.....	84
6. Evolution prévisible de la filière.....	86
7. Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge.....	87
8. Synthèse des axes de travail identifiés.....	91
Axe 1 et 2 : Identification SSR 43.....	92
Axe 3 : PMSI.....	92
Axe 4 : Coopérations.....	92
Axe 5 : Cellule de gestion de cas complexes.....	92
Axe 6 : « Via Trajectoire ».....	93
3. Filière pédiatrique.....	94
1. Contexte.....	94
2. Synthèse des axes de travail identifiés.....	99
Axe 1 : Filière urgences pédiatriques.....	101
Axe 2 : Règles de fonctionnement du service de pédiatrie.....	106
Axe 3 : Enfants vulnérables et accueil Mère / Enfant.....	110
4. Filière psychiatrique.....	112
5. Filière addictologie.....	113
1. Contexte.....	113
2. Diagnostic et enjeux de la filière addictologie.....	114
3. Synthèse des axes de travail identifiés.....	120
6. Filière handicap.....	123
1. Synthèse des axes de travail identifiés.....	126
Axe 1 : Construire une culture commune de l'accompagnement à la santé des personnes en situation de handicap.....	128
Axe 2 : Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.....	129
Axe 3 : Renforcer la coordination des acteurs.....	130
Axe 4 : Développer les coopérations pour une meilleure réponse aux besoins de santé des personnes en situation de handicap.....	130

✓	Filière médico chirurgicale	132
	1. Filière spécialités d'organes	132
1.	Synthèse des axes de travail identifiés	134
	Axe 1 : Optimiser les parcours patients en chirurgie au sein du GHT	135
	Axe 2 : Renforcer le positionnement du GHT en chirurgie sur le département.....	136
	2. Filière pathologies tumorales	137
1.	Synthèse des axes de travail identifiés	139
	Axe 1 : Optimiser les parcours patients atteints de pathologies tumorales	140
	Axe 2 : Renforcer le positionnement du GHT sur le département sur les pathologies tumorales.....	140
	3. Filière RNCV	142
1.	Synthèse des axes de travail identifiés	143
2.	Synthèse des projets de prise en charge des risques neuro-cardio-vasculaires.....	145
5.	Filière projets supports : biologie médicale, imagerie médicale, biomédical, pharmacie	150
✓	Filière biologie	150
✓	Filière imagerie	153
✓	Filière biomédicale	154
1.	Synthèse des axes de travail identifiés	157
✓	Filière pharmacie	160
1.	Synthèse des axes de travail identifiés	164
	Axe 1 : Organiser la continuité des soins pharmaceutiques	166
	Axe 2 : Renforcer l'offre de soins pharmaceutiques	166
	Axe 3 : Améliorer la qualité et lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse	167
6.	Les conditions de mise en œuvre de l'association du CHU portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L.6132.3	168
7.	Les principes d'organisations territoriales des équipes médicales et paramédicales communes ...	169
8.	La qualité de vie au travail	170
9.	Les modalités de la mise en œuvre et de l'évaluation du PMSP	171
	ANNEXES	172
	Annexe 1 : Base de travail initiale du PMSP du GHT 43	173
	Le bassin Yssingelais	174
	Le bassin de santé du Puy En Velay	194

Le bassin de santé du Brivadois	204
Annexe 2 : Convention passée avec le CHU de Clermont-Ferrand le 22 mai 2017	216
Annexe 3 : Liste des abréviations	225

INTRODUCTION

PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS ET DU CONTEXTE TERRITORIAL

1. Fiche d'identité du CH de Langeac

Présentation FHF :

Centre Hospitalier Pierre Gallice (Langeac)



Statut : public

Catégorie : CH

Standard : 04 71 74 59 00 **Fax :** 04 71 77 09 64

Adresse administrative :

rue du 19 mars 1962 BP 32 43300 Langeac

Direction de l'hôpital

Président du conseil de surveillance : Mme Marie-Thérèse ROUBAUD

Directeur général : Mme Valérie BOTTE

Président de la CME : M. Philippe SARROU

AVIS PATIENTS  (0 avis)

Capacité : 160

Téléphone :
04 71 74 59 00

Adresse :
Rue du 19 mars 1962 BP 32 43300 LANGEAC

2 SSIAD DU CH LANGEAC

INDICATEURS QUALITÉ 
AVIS PATIENTS  (0 avis)

Capacité :
86

Téléphone :
04 71 74 09 85

Adresse :
Rue du 19 mars 1962 BP 32 43300 LANGEAC

3 Pierre Gallice

INDICATEURS QUALITÉ



AVIS PATIENTS



(0 avis)

Capacité :

65

Téléphone :

04 71 74 59 00

Adresse :

rue du 19 mars 1962 BP 32 43300 Langeac

Équipements

- > radiologie numérisée : 1

Capacité

- > Médecine : 25
- > Chirurgie : 0
- > Psychiatrie : 0
- > SSR : 0

Données Générales :

Les Moyens Humains 2015 :

Personnels Médicaux	4 agents (au 31/12)	2 ETPm rémunérés
Personnels Non Médicaux	241 agents (au 31/12)	221.28 ETPm rémunérés

Les Budgets 2015 :

Budget principal		3 984 524 €
Budgets annexes	USLD	2 514 262 €
	EHPAD	6 346 189 €
	SSIAD	1 193 457 €

Les Capacités 2015 :

	<u>225 lits</u>	<u>+ 92 places</u>
Médecine	25 lits	
USLD	40 lits	
EHPAD	160 lits	
Accueil de jour		6 places
SSIAD		76 places
ESA		10 places

Les Activités 2015 :

M.C.O.

Répartition de l'activité en CAS	Nombre de Séjours	IP DMS	C.A. T2A 100%
X : Autres (Médecine hors séances)	428	1,62	1 539 824

Case Mix en Catégorie Majeure	Nombre de journées	Nombre de Séjours
Affections du système nerveux	488	26
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	60	5
Affections de l'appareil respiratoire	844	58
Affections de l'appareil circulatoire	587	32
Affections du tube digestif	272	19
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	12	2
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	487	24
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	264	22
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	264	19
Affections du rein et des voies urinaires	216	20
Affections de l'appareil génital masculin	15	1
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	32	6
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	7	7
Maladies infectieuses et parasitaires	21	2
Maladies et troubles mentaux	254	22
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	123	5
Soins de contrôle chirurgicaux	394	24
Soins Palliatifs	278	19
Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation,	0	9
Attentes de placement, symptômes	926	106

U.S.L.D.

Nombre de lits :	40
Nombre de Journées :	14 299

E.H.P.A.D.

Nombre de lits :	160
Nombre de Journées :	57 682

S.S.I.A.D.(+ESA) :

Nombre de lits :	86
Nombre de Journées :	27433
Séances d'ESA réalisées :	1020

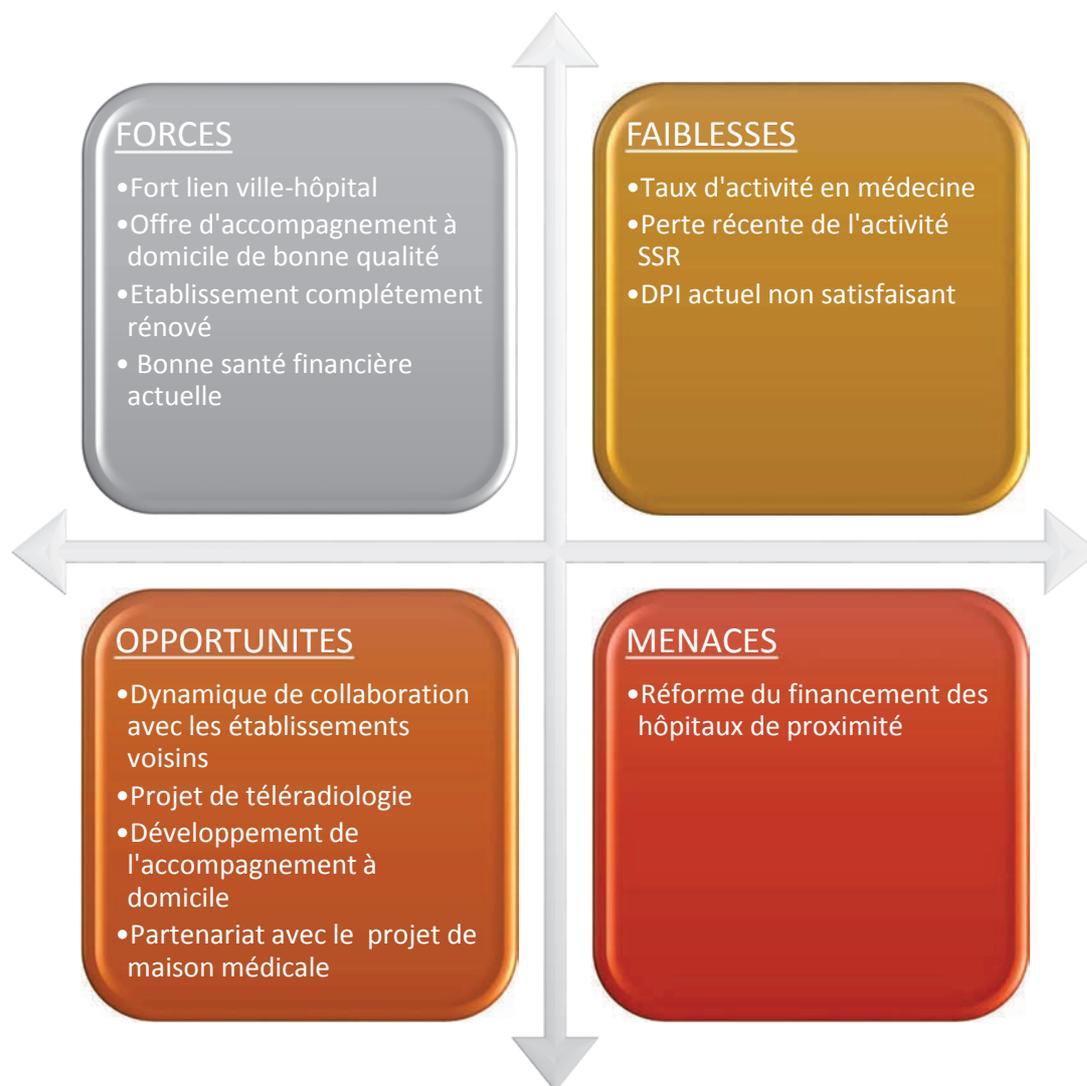
Offre de soins spécialisée sur :

- Des consultations avancées en addictologie, douleur, cardiologie, ophtalmologie, en collaboration avec le CHER du Puy En Velay,
- Des consultations de diététiques et dans le cadre du Réseau Diabète-Obésité 43,
- L'imagerie avec une salle de radiologie fonctionnelle.

Les coopérations :

- Groupement de coopération sanitaire Lafayette (CH Langeac/SSR Oussoulx)
- Groupement de coopération sanitaire Système d'Information Médicale Partagée en Auvergne (GCS SIMPA)
- Groupement d'intérêt public CPAGE
- Groupement d'intérêt économique Blanchisserie Inter-hospitalière du Val-d'Allier (GIE BIVA)
- Centre hospitalier Emile ROUX : conventions de consultations avancées, consultations de médecine du travail, Département d'information médical commun, convention portant sur les admissions précoces post court séjour et post urgences.
- Centre hospitalier de Brioude : mise à disposition du médecin coordonnateur, participation à la filière gériatrique, convention portant sur les admissions précoces post court séjour et post urgences.
- CHU de Clermont Ferrand et le pôle Santé République : convention portant sur les admissions précoces post court séjour et post urgences.
- Accord cadre soins palliatifs
- Convention avec le Réseau diabète-obésité
- Direction commune avec Saugues

Le diagramme de SWOT :



2. Fiche d'identité du CH d'Yssingeaux

Présentation FHF :

Centre Hospitalier (Yssingeaux)

Statut : public

Catégorie : CH

Standard : 04 71 65 77 00 **Fax :** 04 71 65 77 91

Adresse administrative :

B.P. 57 20, avenue de la Marne 43202 Yssingeaux

Direction de l'hôpital

Président du conseil de surveillance : Bernard GALLOT

Président de la CME : Jean-Michel PAILLES

Directeur : Sylvie TOURNEUR

Directeur6adjoint : Cédric Ponton

Capacité

- > Médecine : 25
- > Chirurgie : 0
- > Psychiatrie : 0
- > SSR : 15

Données Générales :

Les Moyens Humains 2015 :

Personnels Médicaux	2 agents (au 31/12)	1.60 ETPm rémunérés
Personnels Non Médicaux	355 agents (au 31/12)	231.34 ETPm rémunérés

Les Budgets 2015 :

Budget principal		7 513 430.24
Budgets annexes	USLD	1 724 905.44
	EHPAD	6 399 469.06
	SSIAD	669 721.18

Médecine	15 lits
Soins de Suite et Réadaptation	30 lits

USLD – EHPAD	171 lits + 10 places
SSIAD	44 places

Les Activités 2015 :

M.C.O.

Répartition de l'activité en CAS	Nombre de Séjours	IP DMS	C.A.
C : Chirurgie			
O : Obstétrique			
N : Nouveaux-nés			
X : Autres (Médecine hors séances)	301	1.59	1 312 666
K : Actes peu invasifs			

CM	Effectif	%	Nb Journées	% journées
01 Affections du système nerveux	27	7,9	706	8,5
02 Affections de l'oe'œil	1	0,3	7	0,1
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	10	2,9	192	2,3
04 Affections de l'appareil respiratoire	26	7,6	563	6,8
05 Affections de l'appareil circulatoire	30	8,8	554	6,6
06 Affections des organes digestifs	46	13,5	807	9,7
08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	108	31,6	3 379	40,5
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	10	2,9	185	2,2
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	11	3,2	301	3,6
11 Affections de l'appareil génito-urinaire	15	4,4	261	3,1
18 Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	1	0,3	28	0,3
19 Troubles mentaux et du comportement	16	4,7	383	4,6
23 Autres motifs de recours aux services de santé	41	12	973	11,7
Total	342	100	8 339	100

S.S.R.

Nombre de Séjours :	342
Nombre de Journées :	8339
DMS :	21 jours

Racine de GHM	Effectif	%
01-Affections du système nerveux	20	7%
03-Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	3	1%
04-Affections de l'appareil respiratoire	40	13%
05-Affections de l'appareil circulatoire	20	7%
06-Affections du tube digestif	15	5%
07-Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	3	1%
08-Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique	32	11%
09-Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	13	4%
10-Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	23	8%
11-Affections du rein et des voies urinaires	6	2%
12 - Affections de l'appareil génital masculin	1	0%
16-Affections du sang et des organes hématopoïétiques	3	1%
18-Maladies infectieuses et parasitaires	2	1%
19 - Maladies et troubles mentaux	42	14%
20 - Ethylisme avec dépendance	1	0%
Soins de contrôle chirurgicaux	12	4%
Soins Palliatifs, avec ou sans acte	36	12%
Symptômes et convalescence	26	9%
Total	298	100%

U.S.L.D.

Nombre de lits :	30
Nombre de Journées :	10 763

E.H.P.A.D.

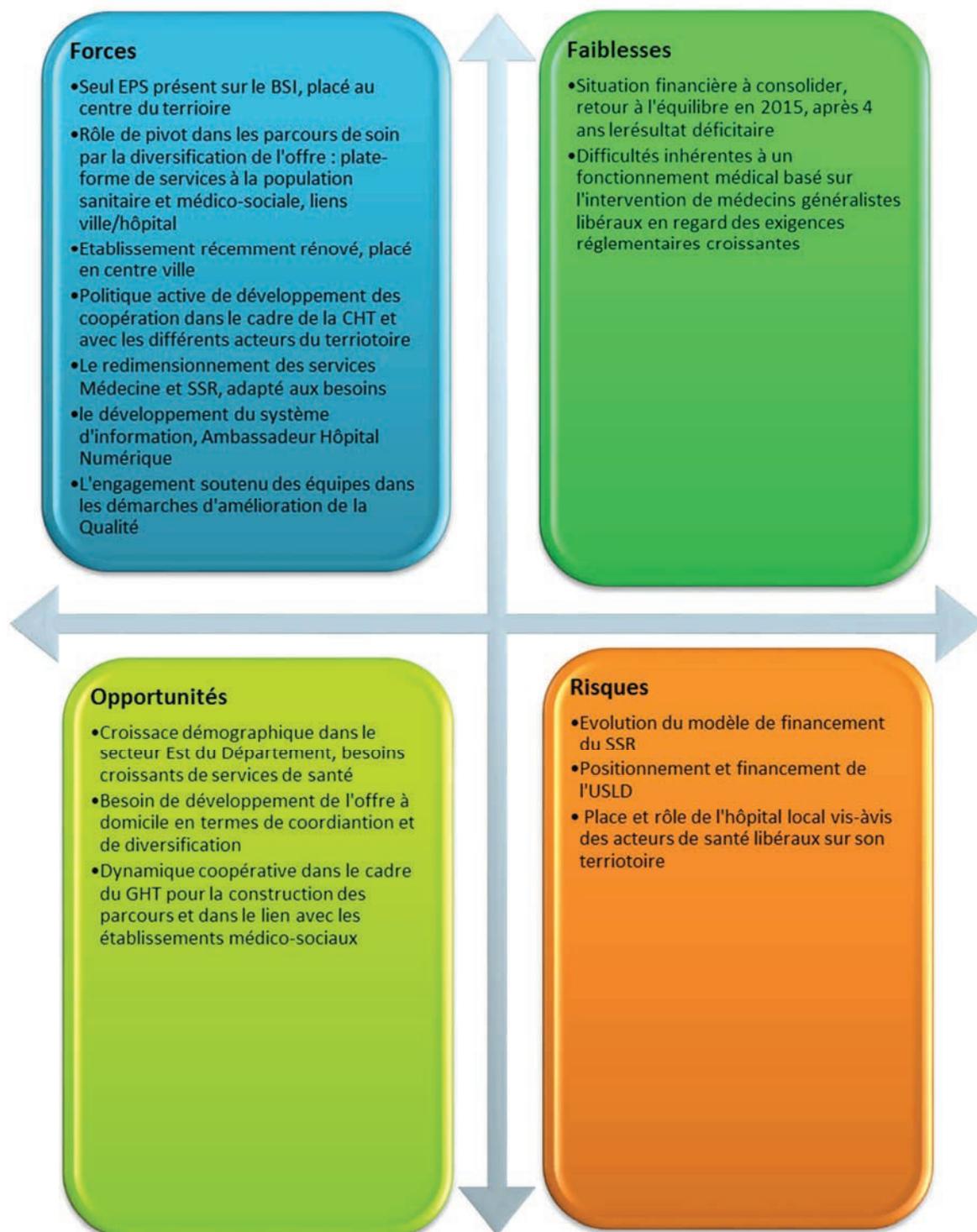
Nombre de lits :	141
places	10
Nombre de Journées :	52 847

Les coopérations :

Une cinquantaine de conventions de coopération, de portées différentes sont en fonction. Concerne l'ensemble des champs d'activités. Notamment :

- Convention de direction commune avec la MR de Saint Maurice de Lignon
- Conventions dans le cadre de la CHT et/ou avec le CHER : consultations avancées, biomédical, douleur et soins palliatifs, LIN etc.
- GCS43
- GIE blanchisserie
- GCS PUI avec Etablissements médico-sociaux
- Convention AURA
- Convention Traitement du linge avec EHPAD
- Conventions associations de bénévoles

Le diagramme de SWOT :



3. Fiche d'identité du CH Emile ROUX du Puy en Velay

Présentation FHF :

Centre hospitalier Emile Roux (Le Puy-en-Velay)



Statut : Établissement public
Catégorie : CH

Standard : 04 71 04 32 10 **Fax :** 04 71 04 33 70

Site internet : <http://www.ch-lepuy.fr>

Adresse administrative :
12, bd du Docteur Chantemesse - BP 20352 43012 Le Puy-en-Velay

Direction de l'hôpital

Président du Conseil de surveillance : M. Laurent WAUQUIEZ

Directeur : M. Jean-Marie BOLLIET

Président de la CME : Dr Marc BOUILLER

Équipements

- > scanner : 1
- > irm : 1
- > radiologie numérisée : 2

Capacité

- > Médecine : 265
- > Chirurgie : 112
- > Psychiatrie : 0
- > SSR : 66

URGENCES

* Urgences générales

* SAMU

MATERNITÉ

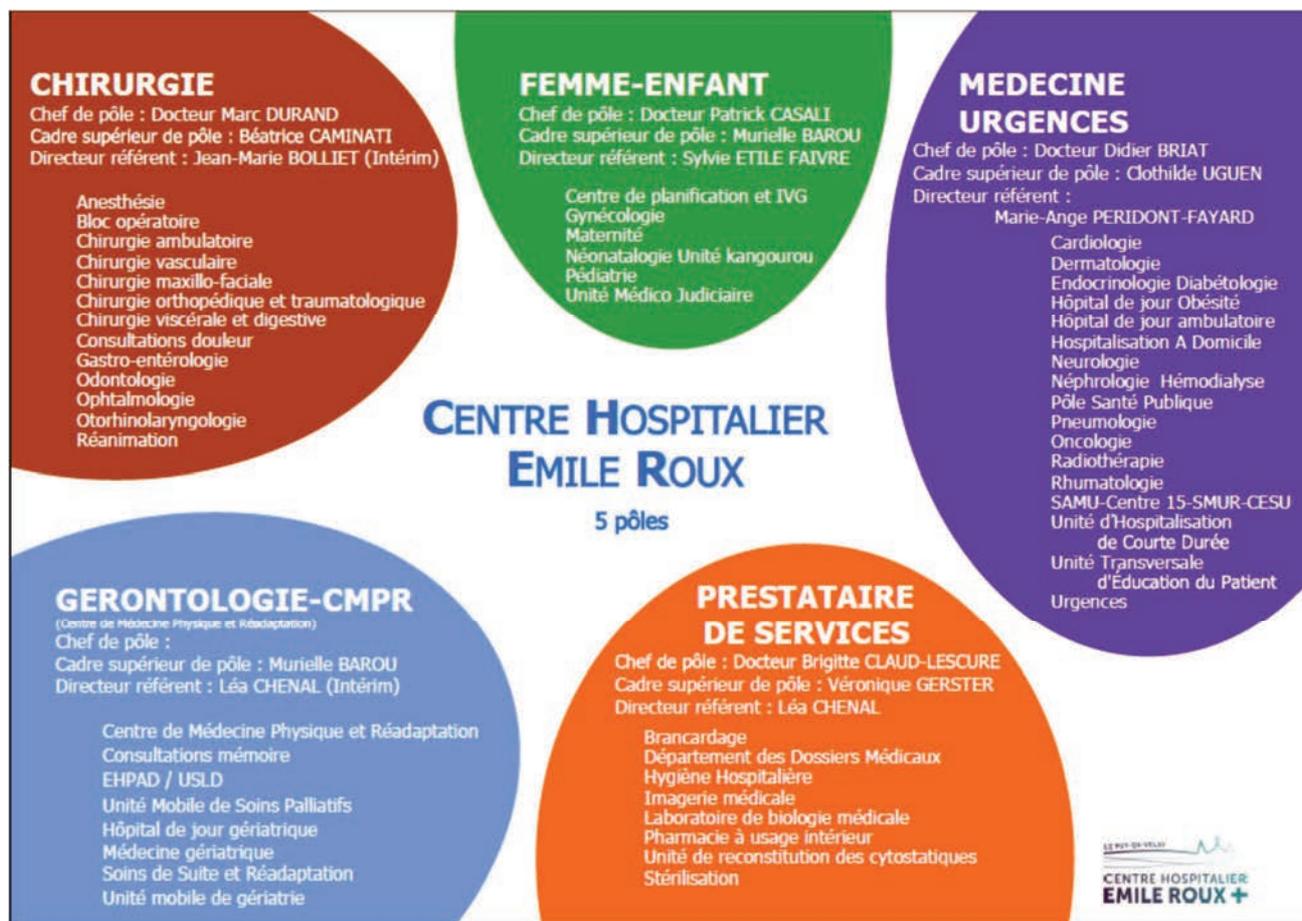
Niveau : **NIV2**

1153 accouchements par an

25 lits

3 salles de travail

Taux de césarienne : **16.56%**



Données Générales :

Les Moyens Humains 2015 :

Personnels Médicaux	140 agents (au 31/12)	121 ETPm rémunérés
Personnels Non Médicaux	1 456 agents (au 31/12)	1 362 ETPm rémunérés

Les Budgets 2015 :

Budget principal	117 081 270€
Budgets annexes	USLD 3 129 264 € EHPAD 1 685 823 € IFSI 2 355 007 € CSAPA 453 908 € DNA 181 €

Les Capacités 2015 :

Médecine	487 lits	+ 83 places
Chirurgie	212 lits	+ 57 places
	97 lits	+ 17 places

Obstétrique	21 lits	
Soins de Suite et Réadaptation	32 lits	+ 9 places
CMPR	25 lits	
USLD – EHPAD	100 lits	

Les Activités 2015 :

M.C.O.

Répartition de l'activité en CAS	Nombre de Séjours	IP DMS	C.A. T2A 100%
C : Chirurgie	5 600	0.98	17 732 708 €
O : Obstétrique	2 084	0.95	3 446 906 €
N : Nouveaux-nés	1 237	1.07	1 870 390 €
X : Autres (Médecine hors séances)	13 475	1.00	33 814 132 €
K : Actes peu invasifs	1 948	0.99	2 149 363 €

Répartition des séances

Chimiothérapie	3 286		1 275 888 €
Hémodialyse	8 393		2 920 107 €
Radiothérapie	8 239		1 709 522 €
Transfusions	479		298 433 €

S.S.R.

Nombre de Séjours :	766
Nombre de Journées :	20 621
DMS :	26.92 jours

Case Mix en Catégorie Majeure

	Nombre de journées	Nombre de Séjours
Affections du système nerveux	6 833	214
Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	6 432	232
Autres motifs de recours aux services de santé	2 168	97
Affections de l'appareil respiratoire	1 047	42
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	1 025	52
Affections de l'appareil génito-urinaire	766	29
Troubles mentaux et du comportement	675	27
Affections de l'appareil circulatoire	661	25
Affections des organes digestifs	576	26
Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	159	7
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	115	8
Affections de l'œil	105	4
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	59	3

U.S.L.D.

Nombre de lits :	55
Nombre de Journées :	19 288

E.H.P.A.D.

Nombre de lits :	45
Nombre de Journées :	16 97

4. Fiche d'identité du CH du Pays de Craponne-sur-Arzon

Statut : public

Catégorie : CH

Standard : 04.71.01.10.00 **Fax** : 04.71.03.39.60

Adresse administrative :

Rue de la Ratille - B.P. 31 - Craponne sur Arzon (43500)

Le Centre Hospitalier du Pays de Craponne sur Arzon est un établissement public de santé autonome juridiquement et financièrement, en direction commune depuis 2006 avec le Centre Hospitalier Emile Roux du Puy en Velay.

Le Centre Hospitalier est composé d'un hôpital et d'un EHPAD, conçus dans le respect des dernières réglementations, avec une attention particulière au développement durable et à l'accessibilité des locaux. Il bénéficie de locaux clairs et agréables, adaptés aux personnes dépendantes ou se déplaçant en fauteuil roulant. Le Centre Hospitalier dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI).

L'établissement est distant d'une quarantaine de kilomètres des centres hospitaliers du Puy en Velay :

- Le Centre Hospitalier Emile Roux ;
- Le Centre Hospitalier Sainte-Marie spécialisé dans les pathologies psychiatriques.

Il est également entouré de plusieurs établissements publics et privés sanitaires et médico-sociaux.

L'accompagnement et les soins sont dispensés par des équipes pluridisciplinaires. Chaque agent participe à la prise en charge globale et adaptée aux besoins des usagers. Les compétences de chaque professionnel sont mises au service de la personne âgée dans le but d'assurer des prestations de qualité dans les domaines de l'accueil, de l'hôtellerie, des soins, des activités d'animation et de la maintenance.

La préparation des repas est entièrement réalisée sur place. Les menus sont élaborés par l'équipe de restauration et la diététicienne dans le respect des principes de l'équilibre nutritionnel. Ils tiennent également compte des habitudes alimentaires locales et de la saisonnalité.

Autres prestations : animation, espace snoezelen, pédicure, blanchisserie, boutique, salon de thé, salon de coiffure.

Direction de l'hôpital

Direction du conseil de surveillance : M. Maurice BEYSSAC

Directeur général : M. Jean-Marie BOLLIET

Président de CME : Dr Serge PIROUX

Capacité en 2015

- Médecine : 15 lits (21 lits à compter du 19/11/2016)
- SSR : 6 lits (cessation de l'activité SSR le 19/11/2016)
- Chirurgie : 0
- Psychiatrie : 0

Le Centre Hospitalier propose aussi des consultations avancées en addictologie, diététique et douleur. Une offre de service de télémédecine, notamment en dermatologie et douleur sera disponible en 2016 et 2017.

Données Générales :

Les Moyens Humains 2015

au 31/12/2015 :

Personnels Médicaux	2 agents (au 31/12)	0.64	ETPm rémunérés
Personnels Non Médicaux	141 agents (au 31/12)	129.53	ETPm rémunérés

Les Budgets 2015 :

Budget principal :	2 181 402 €
Budget annexe EHPAD	5 744 580 €

Les Capacités 2015 : 153 lits + 6 places

Médecine	15 lits
Chirurgie	0 lits
Obstétrique	0 lits
Soins de Suite et Réadaptation	0 lits
CMPR	0 lits
EHPAD	132 lits
UHR	14 lits
PASA	14 places
Accueil de jour	6 places

Les Activités 2015 :

M.C.O.

Répartition de l'activité en CAS	Nombre de Séjours	IP DMS	C.A. T2A 100%
M : Médecine	365	1.38	1 174 178 €

Case mix en catégorie majeure	Nombre de séjour	%
Affections du système nerveux	9	2%
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	3	1%
Affections de l'appareil respiratoire	49	13%
Affections de l'appareil circulatoire	27	7%
Affections du tube digestif	22	6%
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	4	1%
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	39	11%
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	23	6%
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	15	4%
Affections du rein et des voies urinaires	26	7%
Affections de l'appareil génital masculin	1	0%
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	8	2%
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	4	1%
Maladies infectieuses et parasitaires	1	0%
Maladies et troubles mentaux	17	5%
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	2	1%
Traumatismes, allergies et empoisonnements	5	1%
Brûlures	2	1%
Attentes de placement, symptômes	33	9%
Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée	1	0%
Séances de chimiothérapie non tumorale (séances thérapeutiques)	5	1%
Séances de transfusion	10	3%
Soins de contrôle chirurgicaux	46	13%
Soins Palliatifs	13	4%
Total séjours	365	100%

S.S.R.

Nombre de Séjours :	102
Nombre de Journées :	2123
DMS :	22 jours

Case Mix en catégorie majeure	Nombre Séjour	%	Nb de journées
01 Affections du système nerveux	5	5%	92
04 Affections de l'appareil respiratoire	7	7%	150
05 Affections de l'appareil circulatoire	19	19%	445
06 Affections des organes digestifs	7	7%	108
08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	32	31%	813
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	4	4%	53
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	2	2%	30
11 Affections de l'appareil génito-urinaire	10	10%	134
16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	1	1%	26
19 Troubles mentaux et du comportement	4	4%	75
23 Autres motifs de recours aux services de santé	11	11%	197
Total	102	100%	2 123

E.H.P.A.D.

Nombre de lits :	132
Nombre de Journées :	48 238

Coopérations

L'établissement accorde une grande importance à développer ses partenariats dans le cadre d'un travail en réseau avec ses différents partenaires et à s'inscrire pleinement au sein des différentes stratégies territoriales d'offres de soins.

- Le Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute-Loire (GHTHL)
- Le GCS SSR 43 qui regroupe les mêmes établissements que ceux de la GHT, auquel s'ajoute le SSR d'Oussoulx,
- Le réseau diabète,
- Les partenariats avec la médecine libérale,
- De nombreuses conventions lient le CHPCA au Centre Hospitalier Emile Roux dans le cadre de la direction commune,
- Le partenariat avec le Centre Hospitalier Emile Roux relatif aux consultations avancées douleur et addictologie,
- Le partenariat avec le Centre Hospitalier de Sainte Marie,
- Le partenariat avec la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA),
- Le partenariat avec l'association du pôle de santé (APSPCA), notamment sur le projet Azalée sur la prise en charge des pathologies chroniques
- Le partenariat avec l'association AQS43 qui gère la maison médicale de garde implantée dans les locaux du CHPCA.

Diagramme de SWOT



5. Fiche d'identité du CH de Brioude

Présentation FHF :

Centre hospitalier (Brioude)

Statut : public

Catégorie : CH

Standard : 04 71 50 99 99 **Fax :** 04 71 50 99 98

Site internet : <http://www.ch-brioude.fr>

Adresse administrative :

2 rue Michel de l'hospital | BP 140 43100 BRIOUDE

Le Centre Hospitalier assure la gestion, par convention, de l'EHPAD de Paulhaguet. Un service d'autodialyse fonctionne par convention avec l'Association d'Utilisation du Rein Artificiel (AURA) en Auvergne.

Adhésion à la Communauté Hospitalière Altaligérienne.

Etablissement référent de la filière gériatrique au niveau du bassin intermédiaire de santé de Brioude

Direction de l'hôpital

Président du conseil de surveillance : Jean-Jacques FAUCHER

Président de la CME : Mme Aline BONNET

Les différents sites de l'établissement

Centre hospitalier

INDICATEURS QUALITÉ



AVIS PATIENTS



(5 avis)

Capacité :

174

Téléphone :

04 71 50 99 99

BP 140 43100 BRIOUDE

2 rue Michel de l'hospital CS 70060 43102 Brioude
Cedex

2 Service de soins a domicile

INDICATEURS QUALITÉ 
AVIS PATIENTS  (0 avis)

Capacité :
50

Téléphone :
04 71 50 86 63

Adresse :
2 rue Michel de l'hospital CS 70060 43102 Brioude
Cedex

Équipements

> radiologie numérisée : 2

Capacité

> Médecine : 54
> Chirurgie : 40
> Psychiatrie : 0
> SSR : 40

CHIRURGIE

- Chirurgie générale et digestive
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie ophtalmologique
- Chirurgie ORL
- Chirurgie vasculaire
- Urologie
- Chirurgie dentaire
- Gastro-entérologie
- Chirurgie Dentaire
- Chirurgie esthétique
- HandiConsult

CONSULTATIONS EXTERNES

- Médecine Interne
 - Néphrologie (AURA)
 - Neurologie
 - Cardiologie
 - Rhumatologie
 - Dermatologie
 - Plaies chroniques
 - Hôpital de jour
 - Centre Périnatal CH d'Issoire
- Consultations Gynécologie, Pédiatrie, Pré et Post Accouchement*

MEDECINE SOINS DE SUITE & GERIATRIQUE (TETE DE FILIERE DU BSI)

- Médecine et Soins de Suite et de Réadaptation
- Court Séjour Gériatrique
- Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique
- USLD et EHPAD
- SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile et SPASAD
- EMIOG Equipe Mobile d'Information et d'Orientation Gériatrique
- HAD (Antenne du CHER)

Données Générales :

Les Moyens Humains 2015 :

Personnels Médicaux	49 + 7 internes au 31/12)	38.3 ETPm rémunérés
Personnels Non Médicaux	358 agents (au 31/12)	327.77 ETPm rémunérés

Budget principal	27 M€
Budgets annexes	1.145 M€ USLD
	963 000€ EHPAD
	668 000€ SSIAD

Les Capacités 2015 :

	<u>lits</u>	<u>+ places</u>
Médecine	50 lits	+ 4 places
Chirurgie	33 lits	+ 7 places
Obstétrique	lits	
Soins de Suite et Réadaptation	40 lits	+ places
CMPR	lits	
USLD – EHPAD	40 lits	

Les Activités 2015 :

M.C.O.

Répartition de l'activité en CAS	Nombre de Séjours	IP DMS	C.A. T2A 100%
C : Chirurgie	1100	0.98	3 274 384 €
O : Obstétrique	1	0	419
N : Nouveaux-nés	0	0	0
X : Autres (Médecine hors séances)	2491	1.15	7 586 918 €
K : Actes peu invasifs	604	0.93	515 311 €

Répartition des séances

Séances : total	<u>902</u>		<u>402 263 €</u>
Dont chimio pour affection tumorale	640		256 347 €
Dont Chimio pour affection non tumorale	68		25 163 €
Dont transfusions	194		120 753 €

S.S.R.

Nombre de Séjours :	446
Nombre de Journées :	13240
DMS :	29.69 jours

Case Mix en Catégorie Majeure	Nombre de journées	Nombre de Séjours
01 Affection système nerveux	1070	25
03 Affection oreille, nez, gorge...	27	1
04 Affection appareil respiratoire	531	19
05 Affection appareil circulatoire	1028	30
06 Affection appareil digestif	512	21
08 Affection appareil ostéo-articulaire et traumatisme	7994	282
09 Affection de la peau	85	4
10 Affection endocrinienne	14	2
11 Affection appareil génito-urinaire	180	8
16 Affection sang	367	7
18 Maladies infectieuses	136	3
19 Troubles mentaux	134	7
23 autres motifs de recours	1162	37

U.S.L.D.

Nombre de lits :	20 lits
Nombre de Journées :	7 287

E.H.P.A.D.

Nombre de lits :	20 lits
Nombre de Journées :	7 238

Le Service de Médecine comprend un espace d'Hôpital de Jour en voie d'extension au regard de sa sur-occupation constatée, dont l'administration des chimiothérapies anticancéreuses...

En Chirurgie, le virage ambulatoire est identifié sur la chirurgie de spécialités propices à l'ambulatoire (varices, ORL, dentaire, gastro-entérologie, esthétique...) mais aussi sur des disciplines plus lourdes telles que l'orthopédie, la traumatologie et le viscéral.

Le secteur HDJ de gériatrie, adossé au Court Séjour Gériatrique, s'inscrit aussi dans cette perspective avec des évaluations gériatriques et spécialisées concentrées sur une hospitalisation de jour.

Les coopérations :

Le Centre Hospitalier de Brioude entretient des liens étroits avec le CHU de Clermont-Ferrand et le CH d'Issoire par un accord cadre intitulé « Protocole Sud » reconnu par l'ARS au même titre que les coopérations intra-GHT (Centre Périnatal de Proximité, Chirurgie Orthopédique, Médecine du Travail, Médecine Interne, Chimiothérapie, Neurologie, Cardiologie, Rhumatologie).

En application de l'article R6132-3 du code de la santé publique, modifié par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 – art. 1, « Le projet médical partagé doit définir la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire ».

LE PROJET MEDICAL ET DE SOINS PARTAGE

Préambule méthodologique

Le Projet Médical et de Soins Partagé (PMSP) s'inscrit dans la continuité du Projet de Territoire construit en 2013 sous l'impulsion de la Communauté Hospitalière de Territoire.

Il s'élabore en partenariat entre tous les établissements membres du GHT 43 et en parfaite collaboration au niveau de la communauté médicale.

La méthodologie mise en place est la suivante :

Pour le 1^{er} janvier 2017 :

- Réalisation d'un état des lieux, par les membres du Comité Médical, des filières existantes sur chaque bassin intermédiaire de santé, à savoir l'Yssingelais, le Brivadois et le Puy En Velay (cf. annexes).
- Détermination des grands objectifs attendus avec le PMSP.
- Elaboration de la trame du PMSP.
- Identification des filières de prise en charge à améliorer sur le territoire de la Haute-Loire à partir du bilan réalisé des actions portées dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire et de l'état des lieux des filières existantes.

Pour le 1^{er} juillet 2017 :

- Formalisation des filières et parcours patients, avec l'aide d'un cabinet conseil, faisant suite à l'appel d'offre passé par UNIHA, pour les filières : psychiatrique, urgences et chirurgie.
- Détermination, au regard de la construction des filières, des modalités de fonctionnement et d'organisation des équipes médicales partagées.
- Validation des projets prestataires de services en support aux filières de soins médicales et paramédicales.

1. Les objectifs médicaux

L'objectif premier du PMSP est de répondre aux besoins de santé de la population du territoire de la Haute-Loire en favorisant la coordination des acteurs de l'offre de soins de proximité, de référence et de recours.

La priorité est de garantir au patient un accès aux soins et une prise en charge de proximité, dans une quête permanente de qualité et de sécurité des soins.

La promotion de coopérations et de mutualisations ne peut se limiter au périmètre du département 43, en particulier du fait des liens (partenariats et conventions) avec les CHU de Clermont-Ferrand et de Saint-Etienne et de leur rôle de recours et de référence.

Les besoins de la population de la Haute-Loire en santé sont à considérer en tenant compte du constat d'un important vieillissement et d'une dimension fortement rurale, avec des revenus modestes.

Les problématiques de santé publique qui la concernent sont liées à l'accompagnement du vieillissement et à la prise en charge de la dépendance, à la prise en charge des maladies chroniques et de longue durée, à la maîtrise des risques et l'accès à la santé particulièrement sur les risques neuro-cardio-vasculaires, les addictions, le risque suicidaire...

L'organisation de l'offre est marquée par des enjeux multiples : la maîtrise des dépenses publiques, les problématiques relatives à la démographie médicale, aux exigences de respect des conditions techniques de fonctionnement et d'implantation (notamment les seuils d'activité opposables). Au regard de ces enjeux, les coopérations hospitalières sont indispensables afin de répondre aux besoins de santé de la population : elles permettent de construire une stratégie de groupe.

Le Projet Médical et de Soins Partagé du GHT 43 permettra donc une meilleure prise en charge des patients sur le territoire grâce, notamment, à une articulation plus efficiente des professionnels de santé.

Par ailleurs, le contexte de la Haute-Loire éclaire les organisations et flux existants :

Du fait de critères physiques et géographiques, les flux démographiques sont différents, que l'on observe le Nord-Ouest du département ou les deux bassins de l'Est. Ces deux polarités géographiques ont des conditions de dessertes routières distinctes : depuis le Puy, axe orienté vers Yssingeaux et Saint-Etienne par la N 88 et depuis la zone brivadoise, vers Clermont-Ferrand par la N102 et l'A75.

Comme le stipule le préambule de la convention constitutive, le département 43 est caractérisé par ces deux polarités géographiques : sur chacune sont situés un centre hospitalier et des établissements de proximité, qui maillent le territoire.

L'une des stratégies des établissements hospitaliers du 43 est de favoriser l'attractivité médicale du territoire pour des installations en Médecine Générale ou de Spécialités, en libéral. Ceci représente un intérêt partagé entre les acteurs sanitaires hospitaliers et libéraux, renforce l'accès aux soins primaires et de premier recours et conforte l'Hôpital comme institution de second recours dans le contexte de la gradation des prises en charges et de l'optimisation des dépenses de l'Assurance Maladie. Ceci permet d'assurer une couverture médicale optimisée sur l'ensemble de la Haute-Loire à partir du maillage des établissements sanitaires publics et privés, avec un renforcement des partenariats, tout en considérant la réalité d'un département partagé mais dont les établissements sont prêts à œuvrer pour un projet commun dans le cadre du GHT.

L'enjeu consiste à drainer le territoire par des équipes spécialisées qui essaient les bonnes pratiques en proximité sur tout le 43, de type équipes mobiles ou équipes médicales de territoire (EMT).

Trois objectifs principaux ont donc été identifiés pour atteindre ces objectifs :

- Le développement d'une stratégie de groupe entre les établissements sanitaires et/ou médico-sociaux, afin d'améliorer les parcours de prise en charge sur le territoire du 43. Il s'agit, avec cette démarche, de renforcer le rôle et les missions de chaque structure, tout en offrant les meilleurs soins aux patients. Il convient, également, de rechercher et favoriser l'attractivité du territoire de santé en rapprochant l'offre de soins au plus près du patient. Les activités seront ainsi réparties harmonieusement en fonction des priorités de santé publique formulées par les établissements appartenant au GHT et en fonction des ressources médicales disponibles.

- La promotion de la gradation des soins par une connaissance fine et partagée des potentiels et des profils d'admissions des patients, par l'ensemble des partenaires du GHT HL. Le recensement des potentialités de prise en charge de chaque structure avec des profils d'admission pourra être réfléchi.
- La volonté de poursuivre l'amélioration des prises en charge en travaillant particulièrement sur certaines (ré)hospitalisations afin de les éviter et la prise en compte des situations inadéquates telles que les patients immobilisés dans un établissement alors que leur prise en charge serait plus adaptée dans une autre structure.

À partir de ces grandes orientations, le Projet Médical et de Soins Partagé (PMSP) a retenu 3 groupes de filières de travail :

- Filière urgences et gestion des crises aiguës
- Filière médico-chirurgicale
- Filière solidarité et fragilité

Pour l'ensemble de ces filières, il sera essentiel de coordonner le parcours du patient en :

- Fluidifiant les circuits ville-hôpital (professionnels libéraux, associations d'aides à domicile, SSIAD...), entre établissements du GHT et autres établissements partenaires (CHU, CH, CHS, hôpitaux de proximité, SSR, EHPAD...).
- Développant les alternatives à l'hospitalisation (ambulatoire, HAD, télémédecine, programme d'éducation thérapeutique...).
- Développant la communication et l'échange d'informations au cours de la prise en charge du patient au sein du GHT. Pour cela, il est indispensable de :
 - Formaliser et améliorer la diffusion de l'information aux usagers,
 - Organiser l'accueil des nouveaux professionnels,
 - Développer et favoriser les échanges de pratiques (journée des pratiques soignantes, conférences, colloques...), les rencontres pluridisciplinaires, la diffusion de protocoles et de techniques de prise en charge au sein des établissements du GHT, l'objectif étant de faire bénéficier tous les acteurs de la compétence développée au sein d'un établissement, si elle peut être utile à tous.
 - Mettre en place des formations communes (soins palliatifs, éducation thérapeutique, prise en charge des plaies, le dossier de soins...)
 - Accompagner les réorganisations en apportant toutes les informations nécessaires aux soignants afin qu'ils puissent répondre aux besoins des patients.
 - S'appuyer sur les compétences individuelles de certains professionnels (DU Douleur, soins palliatifs, plaies et cicatrisation) pour développer les expertises paramédicales, échanger les savoirs.
 - Favoriser l'accompagnement des projets professionnels.
- Renforçant le partenariat avec les instituts de formation en formant les professionnels au tutorat de stage, harmonisant l'encadrement des étudiants en unité de soins, et permettant aux professionnels d'intervenir auprès des étudiants.

2. Les objectifs de soins

La politique de soins territoriale a été construite en cohérence avec le Projet Médical et de Soins Partagé. Elle repose sur les valeurs du « prendre soin » de l'utilisateur et de ses proches : humanité, respect, tolérance, bienveillance, cohérence. Ces valeurs sont partagées par les professionnels des établissements et placent l'utilisateur co-acteur de son parcours de soins. Elle est structurée autour de la qualité et de la sécurité des soins dans le respect des textes législatifs et réglementaires en vigueur et s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques.

L'offre de soins du GHT doit être connue de tous les professionnels concernés. Pour cela, la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Technique Territoriale doit se positionner comme le pivot articulant tous les projets de soins des établissements concernés pour s'inscrire dans un projet de partenariat.

La politique de soins signe l'engagement de la communauté paramédicale vis à vis de la personne soignée. Les soins sont réalisés sans discrimination en équipe pluridisciplinaire. Les parcours de soins proposés aux patients sont construits dans l'objectif d'assurer la continuité des soins en amont, pendant l'hospitalisation, en aval dans le cadre d'une nécessaire prise en charge interdisciplinaire en lien avec la médecine de ville.

Il ressort trois thèmes de filières médicales identifiées, cinq axes de prise en charge soignante :

- Axe 1 : La coordination du parcours de soins
- Axe 2 : L'utilisateur et ses proches
- Axe 3 : Assurer la qualité et la continuité des prises en charges
- Axe 4 : Les professionnels et l'encadrement
- Axe 5 : Développer la recherche paramédicale sur le territoire

Chacun de ses axes sera développé au sein des filières du PMSP dans le cadre de la CSIRMT et décliné en objectifs. À la suite, chaque objectif sera travaillé individuellement et traduit en fiches actions et priorisé en fonction du projet médical et de la prise en charge des usagers du territoire.

Axe 1 : La coordination du parcours de soins

- Organiser et piloter les processus parcours patients (identifier les parcours, formaliser les processus de prise en charge dont les interfaces, organiser des réunions intersectorielles)
- Améliorer la diffusion de l'information aux usagers
- Construire une relation de confiance avec le patient
- Assurer la fluidité des parcours de soins par l'élaboration de chemins cliniques en intégrant l'amont et l'aval
- Créer des partenariats avec les réseaux
- Préparer l'entrée et anticiper la sortie du patient
- Développer les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.
- Décliner les objectifs des plans de santé publique et du projet régional de santé
- Améliorer la continuité des soins en intra et extra hospitalier
- Développer l'Education Thérapeutique du Patient
- Améliorer la transmission de l'information et optimiser sa diffusion
- Prévenir les risques liés au grand âge et/ou aux polyopathologies
- Adapter l'organisation de prise en charge des patients handicapés

Axe 2 : L'usager et ses proches

- Garantir à chaque usager accessibilité et équité de la prise en charge
- Organiser les soins pour et avec les malades et leurs proches
- Répondre aux défis de santé publique
- Associer l'usager partenaire aux décisions de sa prise en charge
- Concilier liberté individuelle, intimité, confidentialité, dignité du patient et organisation collective hospitalière.
- Intégrer la réflexion éthique aux soins
- Veiller à la prise en charge des personnes vulnérables et précaires

Axe 3 : Assurer la qualité et la continuité des prises en charge

- Assurer la conformité aux bonnes pratiques
- Sécuriser la prise en charge des patients sur 24 heures
- Etre certifié/accrédité sans réserve ni recommandation
- Organiser le pilotage de la prévention des risques et de la sécurité des soins dans chaque centre hospitalier du GHT.
- Mettre en place un dispositif de prévention et gestion des risques au plus près des usagers
- Améliorer l'exhaustivité de la traçabilité des soins et informations dans le dossier du patient
- Impliquer les professionnels dans la démarche qualité et l'évaluation de leurs pratiques
- Optimiser l'organisation des soins et en assurer la maîtrise
- Promouvoir la bienveillance
- Promouvoir la bientraitance
- Systématiser la démarche d'identitovigilance
- Introduire le développement durable au cœur des soins

Axe 4 : Les professionnels et l'encadrement

- Promouvoir l'esprit d'entreprendre et favoriser la solidarité inter équipe
- Concilier aspirations individuelles des professionnels et impératifs du collectif de travail
- Permettre à l'encadrement soignant de se centrer sur les soins
- Elaborer un projet de management des équipes soignantes comportant une dimension bienveillante
- Intégrer l'encadrement dans le processus décisionnel et aux choix
- Accompagner les équipes en donnant du sens au travail quotidien
- Optimiser l'intégration des nouveaux professionnels et des stagiaires
- Assurer la cohésion des équipes autour d'un projet (GHT, établissement, soins, pôle)
- Mettre en valeur le travail des équipes soignantes
- Assurer la continuité de la compétence collective
- Favoriser l'employabilité des professionnels seniors
- Améliorer l'attractivité de certains secteurs et disciplines
- Prévenir le risque de perte de compétences ou de glissements de tâches
- Clarifier les missions des personnels recrutés
- Intégrer la formation continue des paramédicaux comme composante intégrale de l'exercice professionnel

Axe 5 : Développer la recherche paramédicale sur le territoire

- Inciter et former les paramédicaux à la recherche paramédicale
- Construire des projets de recherche en lien avec l'Unité de Recherche Clinique (URC) du CHER
- Favoriser les collaborations inter-établissements sur les projets de recherche
- S'engager dans des PH RIP de territoire
- Identifier un coordonateur de la recherche paramédicale travaillant avec l'URC

3. Les Objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins constitue la préoccupation centrale et permanente des Hôpitaux de Haute-Loire pour un haut niveau de prise en charge et de sécurité des soins. C'est une composante de la stratégie médicale et soignante des établissements.

Le projet médical et de soins partagé du GHT vise à garantir l'accès aux soins pour tous les patients du territoire et un parcours de santé organisé, gradué et fluide. Ceci nécessite une organisation pour une pertinence des soins, avec des liens forts entre Ville et Hôpital, un accès aux plateaux techniques, des hospitalisations programmées facilitées, des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle et des consultations spécialisées... La démarche qualité doit par conséquent s'organiser également dans cette optique partenariale en vue d'un pilotage qualité commun.

C'est pourquoi les hôpitaux du GHT renforcent la coordination de leurs organisations et se dotent d'une politique territoriale de qualité et sécurité des soins et d'une Cellule qualité, dans la continuité de celle mise en place en 2011 avec la Communauté Hospitalière de Territoire 43.

La mise en place de cette politique souligne, pour les hôpitaux du GHT, l'engagement en faveur de soins d'excellence pour tous, accessibles et performants, par la coordination des acteurs.

Celle-ci se traduit par la définition d'objectifs communs, tout en maintenant des objectifs spécifiques propres à chaque établissement, et à les suivre à l'aide d'un programme d'actions. La convergence des politiques et programmes Qualité Gestion des Risques devra permettre d'atteindre l'objectif d'une certification commune en 2020.

- **Améliorer la qualité et la sécurité des parcours patients au sein du GHT43 : objectif prioritaire**

Aujourd'hui les modes de prise en charge hospitaliers évoluent fortement, avec le développement des différentes formes d'hospitalisation (HDJ, HAD...).

Une connaissance des acteurs de chaque structure est essentielle. Celle-ci passe par la diffusion de l'information, à tous les acteurs du territoire, de l'offre de soins existante dans chaque structure, et le recensement des personnes ressources pour chaque filière.

Pour chacun des parcours définis dans le projet médical et de soins, seront déterminés des indicateurs spécifiques et communs aux différents hôpitaux du GHT.

La cellule qualité produira des outils de suivi de ces indicateurs permettant d'évaluer la coordination des organisations et leur efficacité, afin d'objectiver les situations rencontrées.

Pour répondre à cet objectif prioritaire, le GHT43 a retenu les 4 axes déclinés ci-dessous.

- **Améliorer la satisfaction des patients et garantir le droit des patients**

La satisfaction des patients est régulièrement évaluée et leurs propositions d'amélioration sont intégrées dans les processus décisionnels et opérationnels, qui devront tenir compte de la dimension territoriale.

Afin de favoriser l'expression des Usagers, un espace dédié d'expression est mis en place dans chacun des établissements avec une Commission Des Usagers (CDU), un Conseil de la Vie Social (CVS) et un Comité des Usagers de territoire.

Au-delà de l'écoute et de la prise en compte des propositions d'actions formulées par les usagers, l'action quotidienne des équipes médicales et soignantes du GHT43 vise à mettre les patients au cœur de la prise en charge, en veillant à leur bonne information et au respect de leurs droits.

- **Assurer une sécurisation toujours plus forte du parcours patients**

La mise en réseau des parcours patients s'effectue avec le souci premier de disposer d'une sécurisation toujours plus forte des prises en charge.

Pour cela, le GHT43 a mis en place une politique de prévention des risques a priori à travers des cartographies des risques par secteurs et par processus sur chaque établissement, et une gestion des risques a posteriori à travers le signalement des événements indésirables et des alertes sanitaires. Le signalement des EI est incité dans les établissements du GHT par la diffusion de la « Charte du signalement responsable ».

La sécurisation des parcours s'applique aussi en situation de crise, et ainsi les établissements du GHT travailleront à la coordination de leurs Plans Blancs, et leurs plans de gestion des épidémies.

Cette sécurisation passe également par l'informatisation des outils et l'utilisation de logiciels concourant à la prise en charge du patient.

Le GHT43 est garant de l'application des exigences réglementaires qui participent à la sécurisation au sein de chaque établissement.

- **Développer une évaluation permanente de nos pratiques**

Les démarches qualité mises en place par les établissements du GHT43, et leur coordination, s'effectuent dans une optique d'évaluation et d'amélioration permanente des pratiques. La cellule qualité s'appuiera sur la comparaison des indicateurs qualité et sécurité des soins pour mettre en place des pratiques efficaces et de qualité.

L'évaluation permanente de nos pratiques s'appuiera sur la certification HAS, le contrat de bon usage des médicaments, sur l'évaluation interne et externe pour les structures médico-sociales, sur les certifications ISO et les accréditations.

Elle reposera également sur le développement de nombreuses méthodologies d'évaluation (EPP, RMM, CREX, Patient traceur...).

- **Permettre l'acquisition d'une Culture qualité, gestion des risques commune**

La politique Qualité Gestion des Risques de territoire permettra de définir et soutenir les thèmes communs de formation en matière de Qualité, Gestion des Risques, au niveau des différents établissements du GHT.

La réalisation de formations communes aux professionnels des différentes structures pourra être organisée au sein du GHT.

Au niveau de chaque structure, un recensement des personnes ressources permettra de renforcer et d'homogénéiser les pratiques, et d'assurer de meilleurs échanges entre les acteurs du GHT.

Le partage de documents et la diffusion de bonnes pratiques entre établissements sont encouragés.

Engagement :

Les Directeurs, les Présidents de la CME et les Présidents de la CSRIMT s'engagent à ce que cette politique soit communiquée, mise en œuvre et réévaluée annuellement par le Comité stratégique de territoire.

Pour conduire cette démarche, ils peuvent s'appuyer sur les professionnels de santé du GHT43 ainsi que sur plusieurs structures existantes que sont :

- ❖ La Cellule qualité territoriale
- ❖ Le Collège médical du GHT43
- ❖ Les Instances du GHT43

4. L'organisation par filière d'une offre graduée des soins

Le GHT va favoriser les parcours de soins des patients construits et coordonnés entre les professionnels de santé.

Cette gradation des soins implique que les établissements de santé du GHT et la médecine ambulatoire travaillent dans une logique de complémentarité et continuité des soins. Elle suppose aussi le développement de la formation médicale au sein du GHT afin d'harmoniser les pratiques et améliorer le partage des compétences.

4.1 Les thèmes transversaux

Chaque filière identifiée au sein du GHT 43 prendra en compte les thèmes transversaux suivants :

- ✓ **Les alternatives à l'Hospitalisation Conventionnelle (Hôpitaux de jour, Hôpital de Semaine, chirurgie ambulatoire, Hospitalisation A Domicile)**

Dans un contexte politique où le développement de l'ambulatoire est plus que jamais d'actualité, l'Hospitalisation À Domicile (HAD), les Hôpitaux de jour et de Semaine et la Chirurgie Ambulatoire seront placés au cœur de toutes les réflexions.

L'objectif 2018, fixé par le ministère de la santé, oblige les établissements HAD à accueillir 30 à 35 patients, par jour, pour 100 000 habitants. Aussi, afin d'atteindre cette cible, cette offre de soins sera envisagée systématiquement dans toutes les thématiques du parcours patient, avec l'idée, toujours, de répondre aux attentes de la population avant tout.

Ces objectifs impliqueront une évolution de l'ensemble de l'offre sanitaire du département :

- Les établissements titulaires d'autorisation MC, O et SSR, s'attacheront à développer une offre de soin accentuée en Hospitalisation de Jour ou séquencée (Médecine, SSR) et en Chirurgie, une croissance des prises en charge en Ambulatoire conformément aux préconisations, en particulier sur les gestes marqueurs, mais aussi dans les disciplines, traditionnellement en hospitalisation complète : tous les cas de « virage ambulatoire » possible seront explorés.
- Les services de soins des hôpitaux du Puy En Velay, de Brioude, et d'Yssingaux respectivement titulaire et antennes de l'HAD 43, intégreront l'HAD dans le parcours de soins et les filières d'aval aussi fréquemment que possible, y compris sur de nouveaux segments d'activité (ex. : la chimiothérapie, la rééducation neurologique...), ou de façon plus précoce dans les parcours des patients (ex. : dès l'entrée dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)). Dans cet objectif, des complémentarités pourront également être envisagées avec l'HAD et les programmes « PRADO » de l'Assurance Maladie. Cette dynamique sera globale sur l'ensemble des établissements du GHT, y compris ceux ne bénéficiant pas aujourd'hui d'une antenne.
- Le partenariat avec les professionnels libéraux et les associations (SSIAD publics et privés, RESOPAD, Réseau Diabète-Obésité, DAHLIR, associations de patients, Tremplin, ANPAA...), dans le cadre de leurs interventions dans la prise en charge à domicile ou des prescriptions utiles permettant de minimiser le recours à l'hospitalisation complète à l'hôpital, sera à développer.

✓ **L'éducation thérapeutique des patients (ETP)**

Selon la définition de l'éducation thérapeutique donnée par l'OMS en 1998, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients, à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

En France 1/3 de la population présente une pathologie chronique.

Au CHER, il existe une offre de soins en éducation thérapeutique dans les spécialités suivantes : diabétologie, obésité de l'adulte et l'enfant, chirurgie bariatrique, sevrage tabagique, syndrome de la fibromyalgie, stomies.

Au CH de Brioude, des programmes d'ETP sont engagés en Addictologie et prise en charge nutritionnelle.

Sur le CH d'Yssingaux, des programmes sont en cours de finalisation, des actions d'éducation à la santé sont développées. Par ailleurs, des agents ont été formés à l'éducation thérapeutique, en particulier sur les stomies, les patients diabétiques et les aidants familiaux. Le projet est de conforter et développer le partenariat engagé avec l'UTEP du Puy.

Au CH de Langeac, des actions sont également mises en place, l'établissement disposant d'une personne ressource, une IDE titulaire d'un Master en éducation thérapeutique.

Au CH de Craponne Sur Arzon, des prises en charge, avec du personnel formé ou en cours de formation, sont aussi développées, en lien et coopération étroite avec le réseau diabète-obésité du département et l'UTEP du CHER (ex. : ETP AVK).

Le programme ASALEE, protocole de coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux, est développé par les professionnels libéraux et institutionnels et participe également à l'offre d'ETP : à Lempdes sur Allagnon, Craponne Sur Arzon et Langeac.

Besoins constatés : population et pathologies

- Par et pour les patients

Les populations concernées par les pathologies chroniques susceptibles de bénéficier de l'ETP sont importantes : diabète (7 500 diabétiques en Haute-Loire, soit 3.7% de la population, (chiffres 2009), obésité : 10.4% de la population en Auvergne, insuffisance coronarienne, asthme, insuffisants respiratoires, dialysés...

Les ré-hospitalisations fréquentes sont souvent dues à une non-observance des traitements et des conseils dispensés.

Les patients atteints de pathologie chronique et leur entourage expriment un besoin d'accompagnement dans la prise en charge de leur maladie individuellement ou au sein des associations.

- Par les soignants

En intra-hospitalier :

Les équipes ont exprimé un besoin de formations dans ce domaine puisque l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient.

En extra-hospitalier :

Les médecins libéraux et les paramédicaux (IDE, diététiciens, pédicures-podologues...) ont souhaité disposer de formations en éducation thérapeutique, notamment en diabétologie-nutrition.

UTEP

L'UTEP, unité ressource pour les différentes équipes soignantes du CHER, permet de promouvoir et de faciliter le développement de l'ETP depuis sa création en 2013, au sein du CHER, mais également au niveau des établissements du GHT, avec les partenaires extra-hospitaliers (les professionnels de santé libéraux, les réseaux de santé, les associations de patients, les CH et Hôpitaux de proximité, les SSR...), par des formations, conseils méthodologiques, la création d'une documentation partagée...

Un comité de pilotage de territoire, dont le rôle sera d'impulser la politique de l'UTEP, identifier les activités concernées, renforcer la dynamique et la culture éducative au sein des établissements, développer les relations avec les acteurs concernés sur le territoire de santé, devra se constituer dans les années à venir.

Sa composition devra refléter l'engagement des différents acteurs hospitaliers et extrahospitaliers concernés par cette activité : membres de l'UTEP, personnes référentes et correspondants de chaque service, représentants de l'administration hospitalière, adhérents des associations de patients, réseaux d'éducation et de soins, représentant de l'ARS, URPS, IREPS, SSR

La stratégie de développement

Dans un premier temps, l'UTEP :

- Réalisera un bilan de l'existant et un nouvel état des lieux, en rencontrant les membres des équipes : chefs de service, cadres de santé, personnes ressources volontaires des différents services.
- Organisera la formation continue pour les intervenants.
- Participera à l'évaluation des projets déjà autorisés et soutiendra les projets en cours d'élaboration.

Dans un deuxième temps, l'UTEP accompagnera les projets en cours de réflexion attachés au Projet Médical et de Soins Partagé du GHT (ex. : pneumologie, cardiologie, médecine gériatrique, dermatologie, chirurgie...).

✓ **La prise en charge de la douleur**

Selon le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, « l'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004.

Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes". »

Nous souhaitons, au travers de ce PMSP, poursuivre la dynamique impulsée, avec la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), d'harmonisation des pratiques professionnelles, au sein de tout le territoire de santé de la Haute-Loire.

La mise à disposition d'une expertise dans la lutte contre la douleur au sein des établissements du GHT permet en effet de raccourcir les délais d'attente et éviter certains déplacements d'une population douloureuse.

Elle facilite également le renforcement des liens entre l'ensemble des équipes hospitalières du département et l'hôpital Emile Roux, améliorant ainsi la prise en charge de la douleur au sein des établissements.

Cette démarche aide à l'harmonisation des pratiques et au fonctionnement des instances telles que les CLUD au sein de tous les établissements du GHT.

Il est donc proposé de poursuivre les 5 grands axes impulsés sous l'égide du projet médical et de soins du GHT 43.

La mise à disposition de temps médical spécialisé au travers des consultations avancées :

- Consultation externe
- Consultation interne
- Télé expertise / Téléconsultation

Au sein du territoire du 43, le schéma d'organisation recherché est le suivant :

- Une consultation spécialisée ressource au CHER,

- Une antenne « permanence avancée douleur » au CH de Brioude, avec une offre de consultation pluridisciplinaire conforme au cahier des charges d'une consultation douleur, en cours de reconnaissance,
- Des consultations externes avancées dans les Hôpitaux de proximité avec prise en compte et développement des compétences spécialisées internes : Yssingeaux, Langeac, Craponne Sur Arzon,
- Des téléconsultations avec les établissements médico-sociaux du département.

➤ Politique de lutte contre la douleur

L'équipe de la consultation douleur du centre hospitalier Emile Roux et, en particulier, le médecin algologue peuvent donner un avis consultatif et technique aux personnels des établissements partenaires, afin d'aider à l'harmonisation territoriale des pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la douleur.

Ils peuvent aussi faciliter le travail des différents CLUD des établissements.

L'organisation d'un interCLUD des établissements du GHT pourrait également se mettre en place, afin de partager les différents travaux des CLUD du département.

➤ Développement professionnel continu (DPC)

- **Formation des personnels AS et IDE :**

Une mise à disposition de plages de formation, pour des séminaires réalisés au CHER ou dans les autres établissements et pour l'ensemble des personnels soignants des établissements du GHT, pourrait être envisagée.

Il sera tout à fait possible également de développer, au sein de l'interCLUD départemental, un cahier de thèmes de formations souhaitées sur la prise en charge de la douleur.

- **Évaluation des pratiques professionnelles :**

L'équipe douleur pourrait faciliter, au sein des différents établissements du GHT, la mise en place de revue de dossiers améliorant les pratiques professionnelles.

Elle pourrait également aider les différents CLUD à la formalisation d'indicateurs qualité.

➤ Évaluation interne du dispositif

Une évaluation de l'activité douleur dans le GHT sera mise en place avec des indicateurs de suivi.

➤ Harmonisation des différents matériels

Par le développement de ces consultations avancées, l'ensemble des différents établissements du territoire pourra, à terme, harmoniser les matériels utilisés, tels que les PCA.

En conclusion, la mise à disposition d'une expertise dans la lutte contre la douleur, au sein de tous les établissements du GHT, devrait permettre de :

- Améliorer la prise en charge des patients dans les bassins respectifs des établissements de santé et médico-sociaux ;
- Harmoniser au mieux et de façon plus rapide, la politique de prise en charge de la douleur ;
- Répondre aux exigences de qualité incluses dans les différentes certifications d'établissements.

✓ La prévention

La santé publique peut être définie comme « *la science et l'art de favoriser la santé, de prévenir les maladies et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société* » (Don Nutbeam-OMS-1998).

Les membres du GHT travailleront à l'amélioration de la santé publique sur le territoire de la Haute-Loire en développant les actions de prévention qui doivent permettre d'éviter la survenue de maladies et d'accidents ou de réduire leur nombre, leur gravité et leurs conséquences. Il conviendra d'informer davantage la population pour influencer plus encore les comportements individuels et favoriser ainsi le développement des dépistages, des vaccinations...

Cet objectif passera par la réalisation d'ateliers sur l'ensemble des thèmes de santé publique, en lien avec les acteurs locaux que sont la DDCSPP, les mairies, avec les contrats locaux de santé en particulier, le Conseil Départemental, le Pôle Ressources Compétences Régional en Prévention et l'INPES au niveau de la région Auvergne – Rhône – Alpes.

Sur le département 43, un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et Diagnostic (CeGIDD) centralisé au CHER et une antenne située au CH de Brioude permettent de répondre aux besoins de dépistage identifiés par les politiques de santé (VIH, Hépatites, IST...) et promouvoir les politiques de prévention auprès de la population identifiée comme peu engagée dans les campagnes de prévention et dépistages, comme mentionné dans le Programme de Santé de l'ARS et le Contrat Local de santé du « Pays de Lafayette », couvrant le BSI de Brioude.

Sur le CH de Brioude, le « Pôle Santé Publique », créé en mai 2016, a pour mission de déployer les politiques de prévention en favorisant l'accès aux soins (PASS), le dépistage (CeGiDD) et l'Addictologie.

Le pôle de santé Publique du CHER, initié en 2012, s'adresse à tout public nécessitant une prise en charge de santé publique. Il permet ainsi :

- De favoriser l'accès aux soins et à la santé ;
- Aux patients, d'exprimer une souffrance de nature psychosociale et de se voir proposer d'éventuelles orientations de prise en charge ;
- D'offrir une prise en charge coordonnée aux personnes en situation de précarité.

Il participe à la coordination de tous les partenaires pour construire un réseau pluridisciplinaire harmonieux, dans les domaines sanitaires et sociaux, et mieux mobiliser les possibilités d'accueil et de recours social, en amont et en aval de l'hôpital, y compris en urgence.

Il est constitué des spécialités suivantes : addictologie, Elsa, PASS, USMP, CeGIDD, tuberculose, vaccination et CSAPA.

✓ Le renforcement du lien ville-hôpital

Le partage d'informations entre les professionnels de santé, qu'ils soient de ville, à l'hôpital ou dans le secteur médico-social, et avec les patients, est un élément-clé de la qualité des soins et de la sécurité du patient. Chaque acteur du parcours de soins doit disposer des informations nécessaires à la prise en charge optimale du patient.

Afin d'atteindre cet objectif, les membres du GHT 43 souhaitent renforcer le lien entre la médecine de ville et celle de l'hôpital, en définissant la politique commune de prise en charge des patients, les modalités d'adressages et de coordination entre les acteurs de la prise en charge et les échanges de bonnes pratiques.

Cette dynamique se manifestera par :

- Une proximité confortée et structurée autour de « micro-territoires » ou bassins de vie,
- L'organisation du 1er recours (MSP, recrutement de médecins généralistes, maison des internes de médecine générale...),
- Les consultations délocalisées,
- Le développement des antennes (ex. : HAD, CeGIDD...) et des Equipes Mobiles (ex. : Soins Palliatifs, la psychiatrie, l'Hygiène Hospitalière...),
- Le déploiement du Dossier Médical Partagé facilitant le partage de l'information des données patients,
- Le recours à des outils informatisés de communication pour échanger rapidement et en toute sécurité des données patients (accès direct par téléphone, messagerie sécurisée de santé...).
- Une aide à la prise de rendez-vous (ex. : BSI du brivadois, en lien avec le coordonnateur du contrat local de santé : création d'une offre de centralisation des demandes des médecins généralistes pour des consultations spécialisées).
- Le maintien et le développement des EPU sur tout le territoire.

Il est utile de souligner également que les hôpitaux de proximité fonctionnent, sur le secteur sanitaire et médico-social, grâce à l'implication des médecins libéraux. Il s'agit d'une organisation facilitant énormément le lien entre la ville et l'hôpital.

✓ **La permanence des soins et la continuité des soins**

Il s'agit de deux notions distinctes que le territoire de santé de la Haute-Loire souhaite intégrer pleinement dans son PMSP afin de faciliter la prise en charge des patients et répondre aux obligations législatives et réglementaires en la matière.

- La continuité des soins est mise en place suite à une interruption passagère de l'activité médicale en dehors des heures de consultations : la nuit, en fin de semaine, à l'occasion de congrès, de formations, pendant les congés ou les arrêts maladie. Elle est généralement prévisible et programmable. Le médecin doit s'assurer par différentes mesures de cette continuité des soins. Plusieurs moyens d'information peuvent être utilisés : répondeur téléphonique, transfert de ligne à un téléphone mobile, site Internet, informations sur les ordonnances, recours à un confrère ou à un service de garde libéral ou hospitalier. La continuité des soins s'applique donc aux cabinets et aux structures d'hospitalisation.
- La permanence des soins est, pour sa part, une mission de service public (article L6314-1 du code de la santé publique) qui correspond à l'accueil des urgences au sein de territoires régionaux de permanence des soins définis par les directeurs d'ARS. La PDS est assurée par les médecins exerçant dans des cabinets médicaux et des établissements de santé, dans les conditions fixées par l'Agence régionale de santé (ARS).

Dans le cadre de la PDS, l'astreinte se définit comme la disponibilité du médecin pour répondre à une demande de soins la nuit entre 20 heures et 8 heures, le dimanche et les jours fériés entre 8 heures et 20 heures et le samedi à partir de midi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. Le médecin d'astreinte, dans le cadre de l'Aide Médicale d'Urgence, a l'obligation d'être joignable à son domicile ou à proximité afin d'intervenir dans les meilleurs délais. Sur le département de la Haute-Loire, notamment sur les secteurs les plus éloignés des

Services d'Accueil d'Urgences, les médecins libéraux couvrent la PDSA jusqu'à minuit et l'AMU de minuit à 6h du matin.

Ces obligations amènent les membres du GHT à envisager le développement de protocoles de fonctionnement entre établissements ; l'objectif étant que l'ensemble des structures puissent trouver une solution de suppléance au sein du GHT en cas de situation particulière d'absence ou de carence d'un médecin dans une spécialité ciblée particulière (médecine générale, gériatrie, radiologie, anesthésie, chimiothérapie...).

Il appartiendra à l'établissement support d'anticiper ce besoin par la construction d'équipes médicales de territoire.

✓ **Les activités de prises en charge médico-sociales**

Certaines disciplines sont propices à l'organisation en plateforme, intégrant les différentes étapes du soin et de l'accompagnement : la gériatrie, la prise en charge de l'AVC, ... Sans être une réalité achevée, le dépassement du clivage entre sanitaire et médico-social constitue un projet à part entière pour le GHT 43.

Le PMSP se verra donc renforcer les liens entre le sanitaire et le médico-social avec la formalisation des filières identifiées ; chacun ayant un rôle et une place dans la prise en charge des patients.

✓ **L'hygiène hospitalière**

Le groupe GALOPIN a pour objectif la prévention du risque infectieux dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et soins de ville du GHT et s'appuie sur le PROPIAS 2015.

Objectifs :

- Garantir une gestion du risque infectieux de qualité, uniforme sur l'ensemble des structures du GHT en tenant compte des spécificités et moyens disponibles dans chacune. Chaque structure conserve son CLIN et son réseau de correspondants locaux.
- Répondre aux indicateurs nationaux de lutte contre les infections associées aux soins : bilan standardisé, DARI
- Préparer une certification commune pour 2020.

Moyens : le groupe de travail GALOPIN existe depuis Janvier 2015. Il est composé des praticiens, cadres et IDE hygiénistes et des acteurs ayant des responsabilités dans la prévention du risque infectieux au sein de leurs structures (réfèrent en antibiothérapie, qualicien, cadre...). Il permet de développer :

- Une analyse commune des recommandations nationales et des sociétés savantes et leur traduction dans les protocoles.
- Des audits ou évaluations des pratiques communs pour comparer les résultats et adopter des mesures d'amélioration communes.
- Des supports de formation communs ou des formations ouvertes aux autres structures
- Une stratégie commune d'antibiothérapie et de prévention des résistances bactériennes.

Par ailleurs, un projet d'équipe mobile d'hygiène à destination des structures associées a été déposé par l'établissement support à l'attention de l'ARS.

L'ARLIN Auvergne reste une aide privilégiée.

4.2 Les filières

Les étapes clefs des parcours de prise en charge seront ainsi construites :

Prévention primaire
Repérage / diagnostic des patients
Traitement de fond de la maladie – prévention secondaire
Gestion des situations de crise
Transition hôpital - domicile
Soins de supports -palliatifs

Il convient de préciser que certaines filières interagissent avec d'autres. Dans ces cas-là, il peut être intéressant de consulter la ou les filières associée(s).

1. Contexte

Le terme « catastrophe » désigne les effets dommageables d'un phénomène brutal, durable ou intense, d'origine naturelle ou humaine.

Dans ces circonstances, les besoins vont souvent dépasser les moyens. Des solutions exceptionnelles vont donc être mises en œuvre pour pallier cette catastrophe. Il s'agira alors de gérer la crise en limitant les impacts de l'évènement, garantissant de nouveau une sécurité maximale pour les établissements, les professionnels et les patients, et faisant en sorte que l'évènement ne puisse pas se reproduire.

Les risques peuvent être :

- Technologiques
- Ferroviaires, routiers, fluviaux, aéronautiques
- Naturels : tempête, mouvements de terrain, inondations...
- Sanitaire : pandémie, canicule, froid extrême,
- De sites ouverts ou fermés : grands rassemblements, sites particuliers...

Sur le territoire, il conviendra de construire un plan blanc territorial incluant les grands axes suivants :

- Simplicité, structure et complétude pour que le plan soit facilement mis en place.
- Des conditions favorables aux actions de chaque intervenant.
- La coordination des activités au regard des différents partenaires.
- Le maintien de l'activité quotidienne de fonctionnement.

Ce plan de gestion de crise sera la référence pour les plans blancs propres à chaque établissement. En effet, en harmonisant les contenus et les modes opératoires de fonctionnement des professionnels en période de crise, il sera plus aisé d'envisager un dispositif fluide d'entraide entre les professionnels d'un même territoire (ex. : le dispositif de pré-plan blanc au CHER, des suites de l'organisation des grands rassemblements sur la ville du Puy En Velay, a entraîné des pré-alertes sur l'ensemble des établissements de santé du département).

Rappel des moyens existants sur le 43 :

- Une régulation SAMU de territoire.
- Deux services d'urgences et deux SMUR, implantés respectivement sur les établissements de Brioude et du Puy En Velay.

Cette construction territoriale permet d'assurer la permanence de soins hospitalière et une couverture satisfaisante sur tout le territoire pour répondre aux besoins de santé de la population.

2. Synthèse des axes de travail identifiés

Filière gestion de crise			
Axes de travail	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Echéances
Améliorer l'organisation de la réponse aux situations de tension et de crise	Identifier et former des référents SSE	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier un référent situations sanitaires exceptionnelles (SSE) par établissements • Ouvrir la formation actuellement dispensée au CHER sur les SSE à tous les établissements du GHT (modalités à prévoir) 	12/2017 2017 et suivants
	Construire un « plan blanc territorial » = amélioration de l'articulation des plans blancs des établissements en fonction des niveaux de chaque établissement	<ul style="list-style-type: none"> • Réunir un groupe de travail composé des référents SSE de chacun des établissements du GHT et du CH de Sainte-Marie (CUMP) afin d'étudier les plans blancs de chacun • Rédiger un « plan blanc territorial » avec identification des personnes ressources (intendance, pharmacie, médical) et construction de la prise en charge des patients décontaminés en cas de risque NRBC • Identifier le rôle de chacune des personnes ressources, des centres de référence et des CH de périphérie. 	12/2018

3. Présentation détaillée

Axe 1 : Améliorer l'organisation de la réponse aux situations de crise au sein du GHT

La crise est actuellement appréhendée par chacun des établissements du GHT de façon isolée. Le GHT doit permettre d'organiser une réponse collective.

C'est pourquoi, deux actions sont envisagées :

1. Identifier et former des référents situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

Cet objectif repose sur deux actions :

- **Identifier des référents SSE** dans chacun des établissements du GHT ainsi que dans le CH Sainte-Marie afin que chaque établissement puisse se doter d'un coordonnateur dédié, notamment, à l'actualisation des différents plans de sécurité. Les référents SSE du GHT collaboreront de façon étroite pour anticiper puis gérer chacune des crises éventuelles (hôpital en tension, hôpital en crise, événements exceptionnels...)
- **Former les référents SSE** afin qu'ils soient opérationnels sur le territoire du GHT. La formation actuellement délivrée au sein du CHER pourrait être ouverte à chaque référent SSE du territoire du GHT dans un but d'harmonisation des pratiques.

2. Construire un plan blanc territorial

La mise en place des référents SSE sur chacun des établissements du GHT permettra la mise en commun des différents plans blancs et la construction d'un plan blanc opérationnel. Aussi est-il envisagé de :

- **Réunir un groupe de travail** composé des référents SSE de chacun des établissements du GHT et du CH de Sainte-Marie (CUMP) afin de comparer puis de mettre en commun les différents plans blancs ;
- **Rédiger un « plan blanc territorial »** sur la base de l'étude comparative menée lors du groupe de travail en prenant soin d'identifier, d'une part, les personnes ressources dans chacun des secteurs concernés par une éventuelle crise (intendance, pharmacie, médical) et, d'autre part, le rôle de chacune de ces personnes ressources, ainsi que celui des centres de référence et des hôpitaux de proximité. Ce plan blanc territorial devra, notamment, contenir la description d'une chaîne de décontamination territoriale pour la gestion du risque NRBC.

1. Contexte

La prise en charge des situations aiguës est un des axes stratégiques retenus par le Comité Médical du GHT 43.

Une situation aiguë peut être définie comme une situation prévisible ou non dont la survenue à l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital nécessite une prise en charge spécifique, et qui peut revêtir un caractère déstabilisant ou un risque pour le patient et / ou les soignants si aucune action n'est entreprise.

On distingue 3 types de situations aiguës, celles liées à un problème médical, celles liées à un problème psychiatrique, et celles liées à un problème environnemental ou en lien avec l'organisation.

Les orientations nationales concernent notamment la garantie territoriale d'un accès aux soins pour tous (en particulier l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes sur l'ensemble du territoire), la question de l'engorgement rencontré par les urgences (aval) avec un objectif de qualité des parcours du patient et l'anticipation de la mise en tension des services d'urgences.

Les réponses à la demande de soins non programmés sont décrites dans les Orientations du SROS-PRS Auvergne relatives à la médecine d'urgence et s'organisent ainsi :

- La permanence des soins qui correspond à l'obligation d'accueil 24H/24H en établissement et à la mise en œuvre de la permanence des soins ambulatoires.
- L'aide médicale urgente qui assure une régulation par le centre 15 et qui met en relation les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours afin de faire assurer aux malades, blessés et parturientes les soins d'urgence appropriés à leur état. Outre les services hospitaliers, contribuent à l'aide médicale urgente, les médecins libéraux correspondants de SAMU, les services départementaux d'incendie et de secours et les transporteurs sanitaires privés.
- Le transport et la prise en charge médicalisée du malade par le SMUR.

Les principaux enjeux du SROS-PRS d'Auvergne concernent :

- La recherche de décloisonnement entre la médecine de ville et la médecine hospitalière,
- Une articulation entre la permanence des soins ambulatoires et l'aide médicale urgente avec comme objectifs l'interconnexion et une répartition claire sur les modalités de prise en charge,
- Une mutualisation des interventions des centres 15 sur un seul point du territoire, en cas de nécessité ou pour certaines périodes à déterminer, dès lors qu'ils seront interconnectés,
- Un développement des coopérations entre les services hospitaliers du fait des tensions en termes de démographie médicale, notamment pour les professionnels de santé engagés dans l'aide médicale urgente, engendrant le recours à des intérimaires,

- Une amélioration de la fluidité des parcours, où tous les acteurs sont concernés (PDSA, amont et aval des établissements eux-mêmes et avec les structures d'aval...),
- Une action sur les risques d'embolisation des services d'accueil des urgences, au regard des causes identifiées,
- Une mutualisation des lignes dans le cadre de la permanence des soins hospitaliers (PDSSES).
- Ces principes seront donc déclinés dans la filière Urgences et PDES de notre GHT.
- L'organisation en terme de moyens humains et matériels devra faire l'objet de dispositifs concertés et sera notamment travaillée selon les champs de réflexion suivants : gestion de la démographie médicale (remplacement médical depuis l'établissement support en cas de défaillance ou depuis les établissements d'appui, planification territoriale des ressources, éventuellement dispositif de partage de garde), gestion des matériels d'urgences (gestion unifiée des maintenances, des achats).

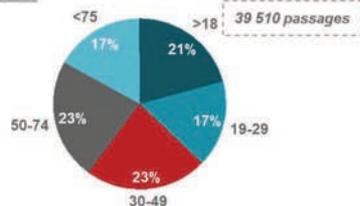
2. Diagnostic

Seuls les CH de Brioude et du Puy-en-Velay bénéficient, au sein du GHT, d'un service d'accueil des urgences (SAU) dont l'activité est en augmentation significative depuis 2011.

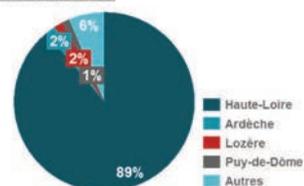


Chaque SAU recrute des patients aux profils comparables mais sur des bassins de vie bien identifiés :

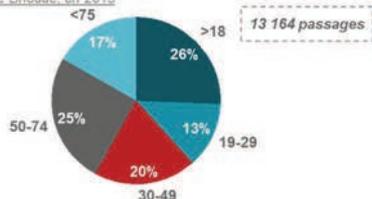
Répartition par âge des patients passés par les urgences au CHER, en 2016



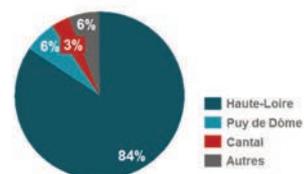
Provenance, par département, des patients passés par les urgences du CHER, en 2016



Répartition par âge des patients passant par les urgences au CH de Brioude, en 2015



Provenance, par département, des patients passés par les urgences du CH de Brioude, en 2015



Plusieurs coopérations sont déjà instituées parmi les établissements du GHT ou au niveau régional :

- Partenariats dans le cadre de la CHT de Haute-Loire, avec le CH de Langogne et le CHU de Clermont-Ferrand (CHU de recours du GHT de Haute-Loire) ;
- « Protocole Sud » entre les CH de Brioude, d'Issoire et le CHU de Clermont-Ferrand ;
- GCS entre le CHER et la Clinique Bon Secours en vue d'organiser le rapprochement entre les deux structures autour des activités assurées par chaque établissement.

Six filières aigues ont été identifiées dans le GHT Haute-Loire : urgences coronaires, neurovasculaires, psychiatriques, traumatologiques, chirurgicales et pédiatriques.

3. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail	Projets prioritaires	Projet(s) et actions prévus	Échéances
Fluidifier les filières prioritaires du GHT en prenant en compte les évolutions prochaines de l'offre de soins sur le territoire du GHT	Fluidifier la filière urgence coronarienne	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper l'ouverture du plateau technique de coronarographie sur le site du CHER • Améliorer la prise en charge des urgences coronaires sur le territoire du GHT • Développer l'offre de suivi en cardiologie et en SSR cardiaque sur le territoire du GHT (lien avec la filière SSR) 	2019-2020
	Fluidifier la filière urgence neurovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la prise en charge des urgences neurologiques sur le territoire du GHT, via l'UNV. • Développer l'accès direct aux plateaux d'imagerie. Le scanner sur le CH de Brioude permettrait d'améliorer cette offre de soins. • Renforcer l'offre de suivi en neurologie sur le territoire du GHT, en recourant notamment au matériel de télémédecine. 	2018-2019
	Fluidifier la filière urgence psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter la venue aux urgences des patients souffrant de troubles psychiatriques en valorisant la prise en charge en CMP, en coopération avec le CH Sainte Marie. • Améliorer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques • Développer une offre de télémédecine avec Brioude et développer des consultations décentralisées au sein des établissements de proximité 	2017-2018
	Fluidifier la filière urgence poly-traumatologique	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un groupe de travail réunissant les acteurs des urgences, de la réanimation, de la radiologie et du bloc du GHT afin de rédiger la filière • Définir les types de patients pris en charge au CHER et à Brioude 	2017-2018
	Fluidifier la filière urgence chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier l'accès aux SAU des urgences chirurgicales • Fluidifier l'aval des services d'urgences et réduire le temps de passage aux urgences des patients 	2018-2019

<p>Fluidifier la filière urgence pédiatrique chirurgicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier l'accès aux SAU des urgences « chirurgicales pédiatriques », sans contrevenir à l'organisation existante entre le CH de Brioude et Issoire • Communiquer autour de la filière de prise en charge des urgences pédiatriques au CHER 	<p>2018</p>
<p>Fluidifier la filière urgence des populations fragilisées (personnes âgées, handicapées, populations précaires...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier et améliorer l'accès aux SAU des urgences pour les populations fragilisées. 	<p>2017</p>

4. Présentation détaillée des axes de travail

En introduction, il est rappelé que les orientations des patients, indépendamment de ces constructions, se font toujours vers la structure la plus proche et plus appropriée aux besoins des patients. Cela peut donc conduire les patients vers des établissements extérieurs au GHT 43.

Axe 1 : Fluidifier la filière des urgences coronariennes en prenant en compte les évolutions prochaines de l'offre de soins sur le territoire du GHT 43

L'objectif de cet axe est quadruple :

1. **Anticiper l'ouverture du plateau technique de coronarographie** sur le site du CHER en développant le partenariat entre le CHER et le CH de Brioude.

Trois actions seront développées par le GHT :

- **Réunir un groupe de travail** composé de régulateurs et cardiologues à l'ouverture du plateau technique de coronarographie (demande en cours d'évaluation à l'ARS ARA) afin, notamment, de développer les partenariats entre le SAMU43 et le SAMU de Brioude. Des protocoles permettront de structurer la prise en charge des patients de cette filière et ainsi de réduire les fuites vers les établissements hors du GHT ;
- **Définir les modalités de transfert** des patients du CH de Brioude pouvant être pris en charge par le futur service de coronarographie du CHER via la rédaction de protocoles communs.
- **Formaliser le parcours du patient** au sein du GHT et entre les établissements du CHER et de Brioude, et affirmer la relation gagnant-gagnant en formalisant le retour d'un patient du CH de Brioude après une coronarographie sur le CHER.

2. **Améliorer la prise en charge du patient en urgences coronaires** sur le territoire du GHT

Deux actions seront proposées :

- ✓ **Rédiger des procédures communes** aux établissements du GHT afin de guider la décision d'orientation du régulateur, dans le cas où le choix du patient ne pourrait être recueilli.
- ✓ **Créer une cartographie** pour outiller la régulation en indiquant les accès les plus rapides aux établissements à proximité du domicile du patient. Cet outil garant de la réactivité du SAMU favorisera la réduction des pertes de chance du patient.
- **Développer l'offre de suivi en cardiologie**, sur le territoire du GHT.

Une action est ici proposée :

- **Étudier l'opportunité et la faisabilité de mettre en place des consultations cardiologiques avancées** sur les CH de proximité. Les consultations avancées vont permettre de structurer la prise en charge du patient au plus près de son domicile avec un transfert éventuel sur d'autres établissements pour une prise en charge plus spécifique.
- **Développer l'offre en SSR cardiologique** sur le territoire du GHT

Deux actions sont proposées :

- **Étudier l'opportunité de relancer le projet d'ouverture de lits en SSR cardiologique initié par le CHER** : ce projet déjà étudié permet de créer des lits de SSR avec une spécialisation en cardiologie. Ces lits basés sur le CHER auraient vocation à prendre en charge les patients du GHT.
- **Proposer d'étudier la pertinence et la faisabilité de développer une offre SSR en ambulatoire sur le CHER** afin de fluidifier encore davantage le parcours du patient.

Axe 2 : Fluidifier la filière des urgences neurovasculaires sur le territoire du GHT 43

Le GHT va disposer d'une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) fonctionnelle sur le site du CHER et la présence en semaine de neurologues disponibles pour toute urgence neurologique. Par ailleurs, en cas d'alerte AVC et dès la garde, le CHER peut recourir à la télémédecine pour solliciter des avis neurologiques auprès de neurologues Clermontois.

Pour autant, les urgences neurovasculaires demeurent une filière complexe reposant sur de nombreux intervenants, dont la radiologie et les services de réanimation-soins continus et SIC pour les actes de thrombolyse, et nécessitant un accès facilité à l'imagerie (scanner, IRM...) Partant de ce constat, le GHT souhaite atteindre trois objectifs sur cette filière :

1. Améliorer la prise en charge du patient en urgences neurologiques sur le territoire du GHT

Le GHT prévoit trois actions :

- ✓ **Rédiger des protocoles** de prise en charge entre les neurologues des CH de Brioude et du CHER pour renforcer l'accès aux avis neurologiques et ainsi accélérer les transferts vers une unité neurovasculaire en cas de besoin ;
- ✓ **Rédiger des procédures** entre les établissements du GHT et notamment entre le CHER et le CH de Brioude, le CHER et les CH de Langeac et de Craponne et le CHER et le CH d'Yssingeaux afin de partager des bonnes pratiques de prise en charge de patients et soutenir la prise de décision d'orientation d'un patient en fonction de ses symptômes, de son âge, de la localisation géographique de son domicile et de sa famille... Ici encore ces procédures ne contreviendront pas au choix du patient qui primera.
- ✓ **Créer une cartographie** pour outiller la régulation en indiquant les accès les plus rapides aux établissements à proximité du domicile du patient. Cet outil garant de la réactivité du SAMU favorisera la réduction des pertes de chance du patient.
- **Développer l'accès direct aux plateaux d'imagerie**

Les urgences neurovasculaires nécessitent un accès facilité et rapide aux plateaux d'imagerie, c'est pourquoi, le GHT propose de :

- **Protocoler l'accès direct aux plateaux d'imagerie du CHER et du CH de Brioude** en cas d'urgence neurovasculaire et ce, dès la régulation, afin d'avoir un accès plus rapide et ainsi réduire les pertes de chance du patient. La mise en place d'un scanner sur le CH de Brioude aiderait à améliorer cette prise en charge.
- **Renforcer l'offre de suivi en neurologie** sur le territoire du GHT :

Le GHT propose de :

- **Amorcer une discussion** entre les établissements du CHER et d'Yssingeaux autour de la faisabilité et la pertinence de mettre en place des **consultations avancées** de neurologie sur Yssingeaux. Ces consultations permettront d'offrir un suivi neurologique aux patients au plus près de leur domicile et ainsi favoriser la construction d'une file active de patients au sein du GHT. S'appuyer sur les neurologues du CH de Brioude pour développer également cette offre de soins sur ce secteur du territoire.

Axe 3 : Fluidifier la filière des urgences psychiatriques sur le territoire du GHT 43

La prise en charge des urgences psychiatriques pose aujourd'hui des difficultés tant le parcours du patient manque de fluidité et de visibilité pour les praticiens. Le GHT propose 6 axes de travail :

1. **Valoriser la prise en charge en CMP et ainsi réduire le nombre de venues aux urgences des patients souffrant de troubles psychiatriques :**

6 actions sont proposées :

- **Réorganiser les trois CMP** du territoire afin de proposer une offre pérenne pendant leurs heures d'ouverture et de gérer les urgences de premier niveau. Il s'agira également **d'améliorer leur visibilité** ainsi que celle du Pôle Psychiatrie personnes âgées auprès des patients, du SAU du CHER et des médecins de ville (médecins généralistes et psychiatres)
- **Définir et partager les critères d'adressage des patients en CMP** (critères d'accès direct ou de transferts) afin de faciliter l'envoi de patients vers cette structure et réduire ainsi le passage par les urgences.
- **Rédiger la filière de soins** sous la forme de diagrammes organisationnels distinguant urgences aiguës (vitales ou non) et consultations ; interventions nuit et jour et en établissant des cibles de fonctionnement pendant et en dehors des heures d'ouverture des CMP
- **Construire avec le CHER des accès directs au plateau d'imagerie** pour réduire le nombre de passages par les urgences et le temps d'attente.
- **Réduire le recours à l'hospitalisation complète** compte tenu de la diminution importante du nombre de lits au CH Sainte-Marie en réorientant les patients vers les CMP (1er niveau) ou l'UAOU (2ème niveau) pour une meilleure évaluation des indications d'hospitalisation ou la mise en place de mesure de soins ambulatoires renforcés.
- **Améliorer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques**

Cet objectif repose sur 2 actions :

- ✓ Établir des **conventions avec les urgences et les spécialités médicales ou chirurgicales** et imagerie (notamment cérébrale) afin d'obtenir des consultations plus rapides auprès des somaticiens pour les patients psychiatriques et limiter le temps d'attente aux urgences pour les patients hospitalisés pour des troubles psychiatriques.

- ✓ Rédiger et partager, auprès des acteurs du territoire, les **bonnes pratiques** de prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques afin de communiquer aux urgentistes les comportements à adopter en présence de ce profil de patients.
- **Développer une offre de télémédecine d'appui à la décision** afin de réduire les frais de transport entre les CH de Brioude et de Sainte-Marie.
- **Mettre en place des consultations décentralisées sur le territoire du GHT**, au sein des établissements de proximité. Au vu du contexte (ouverture par le CH de Langeac d'un rez-de-chaussée dédié aux consultations avancées avec locaux et matériels adaptés), l'objectif est ici d'ouvrir la discussion autour de l'ouverture d'antennes de consultations décentralisées au sein des hôpitaux de Craponne, de Langeac et d'Yssingaux.
- **Améliorer la visibilité autour des différents modes de placements sous contraintes** en rédigeant des procédures à suivre aux urgences en cas d'hospitalisation sous contrainte ou de péril imminent.

Axe 4 : Fluidifier la filière des urgences poly-traumatologique sur le territoire du GHT 43

Les patients traumatisés sont catégorisés suivant un algorithme de tri pré-hospitalier (Classification de Vittel ou Classification du TRENEAU=Trauma System du Réseau Nord Alpin des Urgences) en trois niveaux :

- Niveau 1 ou Grade A : Patient Instable.

Patient traumatisé présentant une détresse vitale non stabilisée

- Niveau 2 ou Grade B : Patients à détresse vitale stabilisée
- Niveau 3 ou Grade C : Patients ni A ni B mais lésions à risque de décompensation :

Accidents à cinétique élevée, certaines plaies cervico-thoraciques, les terrains fragiles....

Actuellement, le CHER prend en charge les patients de grade B et certains grades A du fait de son autorisation de niveau 2 trauma center. Avec l'ouverture éventuelle de son scanner, le CH de Brioude pourra prendre en charge les patients de grade C.

Toutefois, les urgences poly-traumatologique demeurent très fortement dépendantes du centre 15 et le taux de fuite vers Saint-Etienne et Clermont-Ferrand reste élevé, indépendamment de la notion de gradation des soins.

Afin endiguer cette fuite, il appartient au GHT de :

1. **Structurer la filière en mettant en place un groupe de travail** réunissant les acteurs des urgences, de la réanimation, de la radiologie et du bloc à l'échelle du GHT afin de rédiger la filière de prise en charge des poly-traumatologique en tenant compte de l'ouverture d'un scanner sur le CH de Brioude. La structuration de cette filière dépend fortement de la mobilisation des différents acteurs et leur capacité à travailler ensemble.
2. En amont de ce groupe de travail, **définir les types de patients pris en charge au CHER et au CH de Brioude** afin de cerner au mieux les forces et faiblesses de chacun

des établissements et proposer une structuration de la filière en corrélation avec ce constat.

Axe 5 : Fluidifier la filière des urgences chirurgicales sur le territoire du GHT 43

L'objectif de cet axe est double :

- **Fluidifier l'accès aux SAU des urgences chirurgicales**

Trois actions sont développées :

- ✓ **Établir un état des lieux** des patients pris en charge au CHER et au CH de Brioude et **définir les types d'urgence** qui pourront être pris en charge à Brioude en fonction du plateau technique, des heures d'ouverture du bloc, des contraintes et de l'organisation en dehors des heures ouvrables.
- ✓ **Définir les critères d'adressage** des patients vers les établissements du GHT afin de guider la régulation et de contenir le flux des urgences. Cette définition devra s'appuyer sur l'étude des modes de transport à mobiliser en intégrant la problématique des transports de nuit.
- ✓ **Engager la discussion autour de l'éventuel adressage des urgences chirurgicales d'Yssingeaux vers le CHER** dans le cadre de la filière de soins mais dans le respect du choix du patient.

- **Fluidifier l'aval des services d'urgences et réduire le temps de passage aux urgences des patients**

Deux actions sont développées par le GHT :

- ✓ **Accélérer la sortie des patients** en développant des **accès directs** vers les filières les plus adaptées via la rédaction de protocoles organisant l'admission rapide du patient et la mise à disposition de documents et d'informations permettant d'assurer une prise en charge coordonnée ;
- ✓ **Éviter l'engorgement des urgences** vers les services d'hospitalisation appropriés, dont ceux des hôpitaux de proximité. Les services d'hospitalisation des hôpitaux de proximité sont des acteurs de l'aval qui pourront accueillir les patients en attente d'hospitalisation, dès lors qu'ils ne nécessitent pas de soins spécialisés ou techniques.

Axe 6 : Fluidifier la filière des urgences pédiatriques chirurgicales sur le territoire du GHT 43

La filière des urgences pédiatriques chirurgicales est structurée au CHER et à Brioude. Il existe une coopération historique entre les CH de Brioude et d'Issoire, que le GHT ne remettra pas en cause.

Au CHER, ce sont, en 2014, 7350 passages pédiatriques aux urgences, soit environ 20 enfants par jour :

- 5869 passages 0 à 15 ans dont 4780 externes ;
- 1481 passages 16 à 18 ans dont 1271 externes.

Depuis 2015, les urgences du CHER disposent d'un avis pédiatrique systématique aux heures ouvrables en semaine pour tout enfant présentant une pathologie médicale par un interne de pédiatrie seniorisé et la mise à disposition d'un interne et d'un pédiatre sénior référent pour les urgences en astreinte de journée et en garde.

Par ailleurs, le service de pédiatrie met à disposition des plages de consultation deux jours par semaine (Lundis et Jeudis après-midi) pour les urgences.

Il appartiendra, désormais, au GHT de :

- **Fluidifier l'accès aux SAU des urgences chirurgicales pédiatriques, sans contrevenir à l'organisation existante entre le CH de Brioude et Issoire :**
- **Établir un état des lieux des patients pris en charge au CHER** afin de diffuser aux établissements du GHT le profil de patients pris en charge et ainsi endiguer les fuites vers les établissements hors GHT (à l'exception des patients de Brioude transférés à Issoire).
- **Rédiger puis diffuser la filière de prise en charge des urgences pédiatriques au CHER et à Brioude**, afin de partager avec les établissements du GHT et notamment les régulateurs, l'état des lieux de la filière au sein du GHT et en dehors.

Axe 7 : Fluidifier la filière urgences pour la prise en charge des populations en situation de fragilité (personnes âgées, personnes avec un handicap, populations précaires...)

GHT 43

Cet axe renvoie vers les filières concernées au sein du PMSP.

Il est important de souligner cependant que cette amélioration de prise en charge passera par la réalisation de protocoles de fonctionnement entre les différentes institutions.

✓ Filière solidarité et fragilité

« La **fragilité** est caractérisée par la vulnérabilité, la précarité, la faiblesse et l'instabilité. »
Dictionnaire

« La **solidarité** est le sentiment de responsabilité et de dépendance réciproque au sein d'un groupe de personnes qui sont moralement obligées les unes par rapport aux autres. Ainsi les problèmes rencontrés par l'un ou plusieurs de ses membres concernent l'ensemble du groupe. » *Dictionnaire*

Les populations précaires, les personnes âgées, les personnes porteuses d'un handicap ou d'une pathologie psychiatrique, les mères et les enfants sont des populations rassemblées par un point commun : la fragilité à un moment de leur vie.

Pour prendre en compte cette fragilité, le projet solidarité et fragilité nous rappelle au rôle et missions de l'*Hospital*. En effet, les hospices étaient des « maisons d'assistance où l'on recevait les vieillards démunis ou atteints de maladie chronique ; ou encore des maisons religieuses établies pour donner l'hospitalité aux pèlerins et aux voyageurs ».

Aujourd'hui, il appartient à nos hôpitaux de maintenir et confirmer ces missions en développant une offre de soins et médico-sociale pour toutes ces populations.

Cette démarche s'inscrit au travers des initiatives du pôle de santé publique et l'offre de soins associée déjà existante, mais également par la consolidation des circuits de prise en charge formalisés ou en cours de construction dans les secteurs gériatrique, SSR, pédiatrique et psychiatrique.

1. Filière gériatrique

Le GHT de Haute-Loire entend intensifier les liens unissant le secteur médico-social et les établissements sanitaires. La filière gériatrique territoriale est un enjeu essentiel pour la prise en charge graduée de la population gériatrique et apporter, tout au long de la filière, le meilleur soin, au meilleur moment.

La prise en charge des personnes âgées au sein du GHT doit s'articuler autour de deux axes gradués de prise en charge correspondant à deux niveaux d'offre de soins :

- Une première typologie de filières dans laquelle chaque établissement de santé de référence, au cœur de son Bassin Intermédiaire de Santé (BSI), répond aux besoins de prise en charge par des soins primaires.
- Un deuxième niveau de structuration grâce auquel l'ensemble des filières de premier niveau convergent, lorsque leur réponse, en terme d'offre de soins, est dépassée, vers les filières de recours du CH du Puy en Velay, et/ou les filières d'excellence des CHU de Clermont Ferrand ou de Saint Etienne.

Les Trois bassins de santé, reconnus par l'ARS, permettant le maillage du territoire dans le champ de la gériatrie. Ces trois BSI sont ainsi à la source de filières propres et identifiées entre établissements : CH - Hôpitaux de proximité – SSR et structures médico-sociales comme les EHPAD, MARPAD...

1. Contexte

1.1 La population âgée

La population âgée est hétérogène avec quatre profils dont les objectifs sont différents :

- Les personnes âgées robustes
Enjeu = vieillissement réussi / action = faire de la prévention
- Les personnes âgées fragiles
Enjeu = ne pas entrer dans la dépendance / actions = repérage et prise en charge de la fragilité
- Les personnes âgées dépendantes à domicile
Enjeu = maintien à domicile / actions = avoir des professionnels compétents en gériatrie, proposer des programmes d'aide aux aidants
- Les personnes âgées dépendantes en institution
Enjeu = qualité de vie / actions : proposer des structures adaptées, du personnel suffisamment formé, des projets personnalisés

1.2 Les bassins de santé intermédiaires

La Haute Loire comprend trois bassins de santé intermédiaires :

- Le Pays de Lafayette ou Brivadois avec une filière bien organisée mais pas de gériatre actuellement ni de consultation mémoire labellisée
- Le Pays du Velay avec une filière complète mais manquant de moyens humains pour fonctionner de manière optimale
- Le Pays de la jeune Loire et ses rivières ou Yssingelais avec une filière bien organisée mais sans gériatre en dehors de la consultation mémoire avancée assurée par le CHER

1.3 Le fonctionnement actuel

Chaque bassin de santé intermédiaire a déjà une filière identifiée :

➤ Le Pays de Lafayette

Centre Hospitalier de Brioude

- Médecine 50 lits : 15 lits de court séjour gériatrique, 1 lit identifié soins palliatifs
- Hôpital de jour 4 places (chimiothérapie et transfusion), 2 places en HJ gériatrique non utilisé actuellement car pas de gériatre
- Consultation gériatrique
- Equipe mobile de gériatrie qui intervient à l'hôpital mais aussi à l'extérieur
- SSR 40 lits : 20 SSR polyvalent, 20 SSR gériatrique
- USLD 20 lits
- EHPAD 20 lits
- SSIAD 50 places

Centre Hospitalier de Langeac

- Médecine 25 lits
- USLD 40 lits
- EHPAD 160 lits dont une unité fermée de 30 lits
- LISP : 4 lits
- Accueil de jour : 6 places
- SSIAD 76 places (dont 3 places pour personnes présentant un handicap)
- ESA : 10 places
- Maison de Santé pluri professionnelle, astreinte médicale H24 (PDS puis AMU), IDE ASALEE (action de santé libérale en équipe)
- Projet de création d'une unité spécialisée pour personnes handicapées vieillissantes (PHV)
- Pas de gériatre
- Salle d'imagerie médicale équipée et fonctionnelle mais non utilisée

➤ Le Pays du Velay

Centre hospitalier Emile Roux

Sanitaire :

- Médecine gériatrique : 32 lits
- Lits Soins Palliatifs : 9 lits
- Equipe mobile de gériatrie : 1 médecin, intervient intra-muros
- Consultation de gériatrie et d'oncogériatrie
- Consultation mémoire au CHER et consultation mémoire avancée à Yssingaux
- Hôpital de jour « cognitif » avec 1 place pour les bilans et 9 places SSR
- Hôpital de jour « fragilité »
- SSR gériatrique : 32 lits

Médico-social :

- Actuellement : USLD 55 lits et EHPAD lits
- Réception du nouveau bâtiment prévu en novembre 2017 avec USLD 55 lits dont 14 d'UHR et EHPAD 45 lits

Plateau technique / Offre intéressante mais manque de professionnels médicaux et paramédicaux en particulier de rééducateurs et de psychologues

Projet hôpital de jour SSR « chute »

5 gériatres avec 4,6 ETP

Centre Hospitalier de Craponne

- Médecine 15 lits
- EHPAD 132 lits avec PASA 14 places et UHR 14 lits
- Accueil de jour : 6 places
- Consultation douleur et consultation addictologie
- Télémédecine : dermatologie, douleur (activité en développement)
- Cabinet médical de garde y compris en nuit profonde
- Ateliers bien vieillir : mémoire, activité physique, nutrition
- Consultation IDE diabétologie et consultation diététicienne
- Pas de gériatre

➤ Le Pays de la jeune Loire et ses rivières

Centre Hospitalier d'Yssingaux

- Médecine 15 lits dont 2 identifiés soins palliatifs
- SSR 30 lits
- USLD 30 lits
- EHPAD 136 lits avec 1 unité Alzheimer de 30 lits et 1 PASA
- Hébergement temporaire 5 places
- Accueil de jour 10 places
- SSIAD 44 places dont 1 personne handicapée
- Consultations avancées dont 1 consultation mémoire
- Cabinet de radiologie en ville pour radio standard et échographie
- Pas de gériatre actuellement

2. Evolution prévisible de la filière

2.1 La population âgée

Population âgée en augmentation :

Selon les données du schéma départemental 2015-2020 :

- Entre 2008 et 2011, la démographie altiligérienne est la plus dynamique des départements auvergnats. En passant de 219 400 à 224 907 habitants, sa population a connu une augmentation de +3%.
- Dans le même temps, la population âgée de 60 ans et plus a augmenté de 11%. La part de cette population sur l'ensemble de la population altiligérienne était de 26% en 2008 et a augmenté de +2 points en 2011. Cette évolution s'explique par le vieillissement des « baby-boomers », nés après la guerre et par un solde migratoire positif, notamment de personnes âgées en provenance de l'aire urbaine stéphanoise. L'augmentation la plus importante concerne la population âgée de 85 ans et plus : celle-ci a augmenté de +28% entre 2008 et 2014.

Pathologies liées à l'âge en augmentation :

- Pathologies neurodégénératives : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson
- Troubles sensoriels : DMLA, cataracte, presbycousie
- Pathologies cardiovasculaires : AVC
- Pathologies dermatologiques...

Vieillesse des personnes handicapées : travail en cours

Vieillesse des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques : problématique de l'accueil en EHPAD

2.2 La télésanté

Trois types de télémédecine :

- La téléexpertise : cancérologie, radiologie, neurovasculaire
- La téléconsultation : dermatologie
- La télésurveillance : douleur, cardiologie

La télésanté peut être utilisée en gériatrie comme en médecine adulte mais pas pour des problématiques telle que les troubles cognitifs, les troubles du comportement ou les troubles psychiatriques

2.3 La recherche en gériatrie

La recherche en gériatrie se développe en lien avec les Gérontopôles et les CMRR (centre mémoire de ressources et de recherche).

Le CHER dispose maintenant d'une Unité de Recherche Clinique avec une responsable de recherche clinique.

Missions Gérontopôle ARA :

- Définir des objectifs partagés par les acteurs du territoire
- Développer un centre de ressources et de compétences
- Structurer et accompagner les dynamiques partenariales autour de projets d'innovations
- Labelliser et évaluer les actions engagées
- Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques

CMPR :

Les centres assurent une activité de recherche clinique et de formation. Ils animent et structurent par ailleurs un dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les consultations mémoire de la région. Enfin, ils traitent l'ensemble des questions éthiques posées par la maladie d'Alzheimer. Ils doivent pour cela disposer de compétences multiples (neurologique, gériatrique, psychiatrique...) et d'un plateau technique conséquent.

3. Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge

3.1 Objectifs

- Promouvoir le vieillissement réussi
- Prévenir l'entrée dans la dépendance
- Proposer des soins de qualité adaptés aux spécificités de la population âgée

3.2 Moyens

- Développer les actions de prévention
 - Programme d'éducation thérapeutique
 - Ateliers bien vieillir
 - Ateliers mémoire
 - Ateliers équilibre
 - Sport adapté
- Décloisonner les secteurs ville / hôpital et sanitaire / médico-social
 - Diffusion de la culture gériatrique
 - Équipes mobiles, HAD, consultations avancées
 - Projets communs : ville / hôpital pour la fragilité et sanitaire / médicosocial pour la prévention de la dépendance iatrogène

➤ Clarifier les parcours de soins

- Sujets âgés poly pathologiques
- Sujets âgés souffrant de troubles cognitifs
- Sujets âgés souffrant de troubles psychiatriques
- Sujets âgés chuteurs
- Sujets âgés fragiles

4. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s)	Actions prévues	Échéances
<p>Permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique</p>	<p>Eviter le passage aux urgences Privilégier la médecine de proximité Développer les coopérations Proposer des soins de qualité adaptés aux spécificités de la population âgée Décloisonner les secteurs sanitaire/médicosocial et ville/hôpital</p>	<p>Travailler sur l'amont et l'aval des urgences pour améliorer la pertinence du recours à l'hospitalisation</p> <p>Clarifier les parcours de soins spécifiques</p>	<p>➤ Développer le réseau de prise en soin gériatrique existant dans les centres hospitaliers du GHT et faire connaître ce réseau par bassin de santé intermédiaire : services de médecine de proximité, équipe mobile de gériatrie, équipe de secteur de psychiatrie du sujet âgé, consultations avancées, télémédecine, HAD, HJ cognitif programme d'éducation thérapeutique (SSR), UHR</p> <p>➤ Cartographier les offres existantes sur le territoire et leur place au sein de la filière : aides à domicile (SAD, SSIAD, SPASAD, ESA), accueils de jour, programmes d'aide aux aidants (halte répit, café répit), hébergement temporaire, UCC, RESOPAD CANTOU, PASA, MAIA, programme de prévention « bien vieillir » porté par les mutualités, sport adapté</p> <p>- Formaliser le parcours du sujet âgé fragile avec création d'un HJ fragilité : Inscription de la fragilité dans un dispositif de prévention primaire et secondaire nécessitant une étroite collaboration entre les acteurs de ville et les acteurs hospitaliers</p>	<p>2018/2019</p>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Créer une dynamique pluri-professionnelle des acteurs de la filière sur le territoire</p>	<p>Se connaitre, se former, échanger</p>	<p>Améliorer la qualité de la prise en charge par les acteurs</p>	<p>2019/2020</p>
<p>Rendre visible et lisible les parcours de soins</p>	<p>Informier les usagers et faire connaître les modalités de prise en charge</p>	<p>Structurer des outils de communication de la filière</p>	<p>2020</p>

- Inscrire de façon pérenne dans les plans de formation, des formations sur le vieillissement, la bientraitance et la prise en charge des personnes âgées (plan de formation territorial)
- Développer les formations diplômantes (ASG, DU, DUI...°)
- Favoriser l'analyse de la pratique professionnelle en permettant des échanges pluridisciplinaires (groupe de réflexion territorial)
- Faire prendre conscience aux soignants de la dépendance iatrogénique pour la prévenir
- Favoriser les interactions entre professionnels hospitaliers, libéraux et la population (conférence, salon, activités culturelles ...)
- Construire un projet d'accueil des stagiaires afin de faire connaître les établissements et promouvoir les métiers du grand âge
- Recenser les compétences rares (kiné, ergo, psychomotricienne, neuropsychologue, orthophoniste, podologue, gériatre, gérontopsychiatre, médecin coordonnateur) et améliorer la coordination des acteurs
- Recenser les outils existants (fiches d'information, flyers, conventions...)
- Établir une stratégie de communication et un plan de communication pour fidéliser les usagers dans la filière

Axe 1 : Permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique

1.1 Travailler sur l'amont et l'aval des urgences pour améliorer la pertinence du recours à l'hospitalisation

- Développer le réseau de prise en soin gériatrique existant dans les centres hospitaliers du GHT et faire connaître ce réseau par bassin de santé intermédiaire :
Services de médecine de proximité, équipe mobile de gériatrie, équipe de secteur de psychiatrie du sujet âgé, consultations avancées, télémédecine, HAD, HJ cognitif programme d'éducation thérapeutique (SSR), UHR
 - Diffuser l'information sur les prises en charge possible sur chaque établissement et dans chaque service afin d'utiliser au mieux les ressources.
 - Impliquer les institutions locales (municipalités, établissements scolaires...) et les associations de bénévoles
 - Participer aux manifestations locales
 - Favoriser les interactions avec les professionnels libéraux et la population locale
 - Accompagner les proches et les aidants (groupe de paroles, séjour de répit, projet personnalisé, évaluation du fardeau de l'aidant, projet personnalisé, réunions pluridisciplinaires)

- Cartographier les offres existantes sur le territoire et leur place au sein de la filière :
Aides à domicile (SAD, SSIAD, SPASAD, ESA), accueils de jour, programmes d'aide aux aidants (halte répit, café répit), hébergement temporaire, UCC, RESOPAD CANTOU, PASA, MAIA, programme de prévention « bien vieillir » porté par les mutualités, sport adapté.
 - Favoriser la communication et les rencontres avec les différents partenaires : MAIA, HAD, RESOPAD, Assistante sociale de secteur, IDE, paramédicaux, prestataires de services et de matériel,
 - Coordonner les actions des différents partenaires pour une prise en charge globale efficiente de l'utilisateur et de son entourage
 - Développer la mise en place de projets personnalisés conjoints lors des hospitalisations
 - Développer le partage d'information pluridisciplinaire (ADMR, IDE, Médecins traitants, Kiné...) lors de changement d'établissement ou de service.

1.2 Clarifier les parcours de soins spécifiques

- Formaliser le parcours du sujet âgé fragile avec création d'un HJ fragilité :

La fragilité se définit par l'absence de capacités de réserves physiques, cognitives ou sociales pour faire face à une situation de stress liée à la maladie, à un événement de vie ou à une modification de l'environnement. Elle concerne 30 à 40% des personnes âgées de 65 ans et plus (10% de fragiles et 30% de pré-fragiles). C'est un facteur prédictif de perte

d'autonomie, de chute, d'hospitalisations et de mortalité. Ainsi le risque de décès à 5 ans est multiplié par 3 et celui d'entrée en institution par 9 chez les sujets âgés fragiles par rapport aux sujets âgés robustes. Cependant c'est aussi un état réversible car son repérage permet de mettre en place des interventions efficaces pour prévenir le déclin fonctionnel, l'institutionnalisation et la mortalité.

La prise en charge de la fragilité s'inscrit donc dans un dispositif de prévention primaire et secondaire et comprend plusieurs étapes nécessitant une étroite collaboration entre les acteurs de ville et les acteurs hospitaliers.

- Repérer les personnes âgées dites « fragiles » par les acteurs de ville
- Réaliser l'évaluation gériatrique standardisée dans le cadre de l'hôpital de jour avec un lieu dédié et une équipe pluridisciplinaire
- Elaborer un programme personnalisé de soins, avec si besoin un programme d'éducation thérapeutique.
- Assurer le suivi au domicile

- Formaliser le parcours du sujet âgé chuteur avec création d'un HJ chute : HJ SSR

Il n'y a pas de parcours de soins identifié pour le sujet âgé chuteur en Haute Loire.

Au CHER, les données PMSI 2016 font état pour les personnes âgées de plus de 65 ans de :

- 96 séjours pour chutes itératives, seulement 1/3 des patients ont bénéficié d'une rééducation en SSR
- 1076 séjours pour traumatismes divers dont une partie, mais nous n'avons pas de chiffre, fait suite à une chute, 41% des patients ont bénéficié d'une rééducation en SSR

À cela, il faut rajouter toutes les chutes qui n'ont pas conduit à une hospitalisation. Selon l'HAS recommandations chute 2009, 30% des plus de 65 ans et 50% des plus de 80 ans vivant à domicile chutent au moins une fois dans l'année et 50% d'entre eux font des chutes répétées.

La création d'un hôpital de jour « chute » pourrait être intéressante pour proposer de la rééducation en ambulatoire, prévenir de nouvelles chutes, éviter ou retarder l'entrée dans la dépendance, favoriser le maintien à domicile. Il s'agirait d'un hôpital de jour SSR avec deux à trois séances par semaine sur une durée de 1 à 3 mois.

- Collaborer avec le CH Sainte Marie pour structurer le parcours du sujet âgé souffrant de troubles psychiatriques :

La 1^{ère} discussion a porté essentiellement sur le parcours du sujet âgé souffrant de troubles psychiatriques. Ont été évoqués les délais de consultations et d'hospitalisation en psychiatrie, le rôle de l'équipe mobile de géronto-psychiatrie et de la psychiatrie de liaison, le suivi des patients en EHPAD, le besoin en formation dans les établissements médico-sociaux, les conventions entre établissements.

Une autre rencontre entre le Dr Vergnolle, Mme Trentesaux du CHER et les Docteurs Pourhadi responsable médical du secteur psychiatrie du sujet âgé et Haddouche, présidente de CME, a eu lieu à l'hôpital Sainte Marie :

- L'association Sainte Marie se positionne clairement hors GHT mais avec une volonté de collaboration ; le secteur personnes âgées manquant de psychiatres.
- Les demandes faites à l'hôpital Sainte Marie ne sont pas toujours faites au bon service (consultation, HJ, court, séjour, EHPAD, USLD, équipe mobile). Un travail sur le traitement des demandes afin d'améliorer l'orientation des patients devrait être réalisé prochainement.
- L'EHPAD psychiatrique devrait ouvrir en 2019-2020.
- Le personnel des EHPAD ont souvent une méconnaissance des pathologies psychiatriques et ont besoin de formations ; l'équipe mobile peut jouer ce rôle sur des cas précis.
- Le Dr Pourhadi souhaite mettre en place par bassin de santé une commission de cas complexe pour traiter du devenir des personnes âgées suivies en psychiatrie ; cela pourrait être déployé au niveau territorial et ne pas se limiter à la psychiatrie.
- Le Dr Pourhadi a également un projet de consultation d'aide aux aidants ; en effet 60% des aidants seraient dépressifs.
- Le Dr Pourhadi travaille également avec l'UCC de Firminy qui accueille des personnes âgées souffrant de troubles psycho-comportementaux aigus mais pouvant encore être en partie gérés par des traitements non médicamenteux. Le SSR d'OUSSOULX a un projet d'UCC en cours.

- *Collaborer avec le secteur du handicap pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes dans les établissements du GHT*

Les personnes handicapées connaissent aujourd'hui, comme l'ensemble de la population générale, une augmentation significative de leur espérance de vie. Si cette évolution représente un progrès indiscutable pour les personnes handicapées et leur famille, elle nécessite que soient diversifiés leurs modes de prise en charge. Celles-ci doivent d'une part, prendre en compte les spécificités du vieillissement des personnes handicapées telles que sa précocité, la conjugaison des effets de la dépendance et de ceux du handicap initial, et d'autre part, assurer un accompagnement adapté aux besoins spécifiques des PHV.

- Mise en place au sein de l'EHPAD d'un espace spécifique dédié à l'accompagnement et à la prise en charge des PHV (Projet de création de lits sur le CH de Langeac)

2.1 Améliorer la qualité de la prise en charge par les acteurs

➤ Former les soignants sur la prise en soin gériatrique et promouvoir les métiers du grand âge

- Inscrire de façon pérenne dans les plans de formation, des formations sur le vieillissement, la bientraitance et la prise en charge des personnes âgées
- Accueillir et accompagner des stagiaires de différents horizons (de la 3^{me} au master) afin de faire connaître les établissements et promouvoir les métiers du grand âge.
- Modifier la culture soignante en axant le plan de formation sur des thèmes à prioriser tel que la douleur du sujet âgé, les chutes, la dénutrition, la contention
- Développer les formations type ASG auprès des aides-soignants.
- Impliquer au quotidien les agents dans la définition, la réévaluation et la mise en place des projets personnalisés avec la mise en place de référent pour chaque résident.
- Accompagner les nouveaux professionnels et stagiaires, avec un référent par service et fournir un livret d'accueil des agents adapté pour chaque service.
- Favoriser l'analyse de la pratique professionnelle en permettant des échanges pluridisciplinaires.
- Développer les enseignements post universitaires en gériatrie de façon décentralisés
- Évaluer et favoriser la qualité de vie au travail

➤ Projet prévention de la dépendance iatrogène

La dépendance correspond « à une limitation de fonction (habituellement dans les actes de la vie quotidienne) ou à une restriction d'activité ». Cette limitation peut être physique, psychologique ou cognitive.

L'iatrogénie correspond « aux conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ».

La dépendance iatrogène est définie comme la dépendance évitable acquise durant l'hospitalisation en relation avec les soins. Elle fait intervenir trois composantes : la fragilité préexistante, la sévérité de la pathologie ayant conduit à l'hospitalisation, la structure hospitalière (ou l'établissement médico-social) et les soins qu'elle dispense. Selon les études, 30 à 60% des personnes âgées de plus de 75 ans présentent un déclin fonctionnel au décours d'une hospitalisation.

La prévention de la dépendance iatrogène nécessite :

- Une prise de conscience
- De la formation
- Une évaluation du statut fonctionnel
- Des actions de prévention (mobilité, continence, nutrition, prise en compte des troubles sensoriels...)

2.2 Diffuser la culture gériatrique et améliorer l'attractivité professionnelle

➤ Groupe de réflexion dans le cadre du GHT avec plusieurs objectifs :

- Permettre aux partenaires de mieux se connaître et d'échanger sur leurs besoins
- Favoriser la fluidité des parcours de soins
- Mettre en place des formations communes
- Travailler sur des thèmes communs

➤ Recensement des compétences rares ou en tension

Ce sont : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne, neuropsychologue, psychologue, psychiatre, gériatre, médecin coordonnateur, orthophoniste, podologue, diététicienne, assistante sociale.

Concernant l'hôpital fragilité, la visite à domicile pourrait être réalisée par l'ergothérapeute de proximité dans le cadre de la coopération avec les hôpitaux de proximité.

Axe 3 : Rendre visible et lisible les parcours de soins

Une des conditions de réussite de la filière est la communication tant en externe qu'en interne. Il conviendra de faire connaître l'organisation et les différentes offres proposées vers les professionnels, les personnes âgées et leur entourage, en adaptant la communication en fonction des acteurs ciblés.

Ces actions de communication auront pour objet de présenter la filière en précisant notamment ce qu'est une filière gériatrique, ses apports dans la qualité et la continuité de la prise en charge des personnes âgées.

➤ Structurer des outils de communication de la filière gériatrique

- Recenser les outils existants dans les établissements
- Créer un document et/ou site reprenant les différentes structures de prise en charge, intra ou extra hospitalières, leurs rôles et leurs missions
- Evaluer l'impact de la communication sur la lisibilité de la filière

2. Filière SSR

1. Préambule

La filière Soins de Suite et Réadaptation s'inscrit dans la continuité du Projet de Territoire du Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute-Loire.

Ainsi, les établissements SSR partenaires du GHT 43 élaborent un état des lieux de l'offre de soins de suite en toute collaboration et toute transparence.

La méthodologie adoptée est la suivante : construction d'un dialogue et d'un plan d'action à partir d'une réunion et d'échanges à distance avec les membres du groupe. Six échéances entre mars et mai 2017 ont été retenues pour séquencer ce travail.

Liste des membres du groupe :

- Joelle VIGOUROUX
- Catherine DEFOUR
- Jean-Michel PAILHES
- Evelyne CHOMETON
- Isabelle COL
- Gisèle MAURIN
- Julie ROCHE
- Bernadette DUBOIS
- Annie RICOU
- Jean- Yves BRUNEL
- Roselyne ROUDON
- Patrice SAURET
- Nicolas ROMAIN
- Jacques ROUX
- Virginie RODDE
- Dominique BONNEFOY

2. Description du contexte

Cette activité est particulièrement organisée sur le département de la Haute-Loire depuis 2010 avec l'accord cadre SSR, le GCS SSR 43 de 2013 et le GHT 43 de 2016.

Cependant, de l'application des nouvelles orientations découlant du SROS Auvergne, à savoir les fermetures de services SSR sur certains hôpitaux de proximité, il est nécessaire de repenser les circuits d'adressage et reconfigurer les modalités d'admission des SSR recomposés. L'outil Via-Trajectoire devra encore être optimisé dans ses usages pour améliorer la réactivité et la fluidité des prises en charge. La fonction « cellule de gestion des cas complexes », dans ce contexte, prendra alors tout son sens. Il conviendra d'articuler l'ensemble des projets filières à la problématique de l'offre SSR.

La structuration particulière de la filière AVC favorisera l'intégration incontournable et réactive des lits de SSR afin d'assurer la prise en charge rapide des AVC sur le territoire. Le SSR permet une offre d'aval des lits d'UNV (en cours de reconnaissance au niveau du CHER), fluidifie ainsi le parcours du patient et augmente le nombre de patients pouvant en bénéficier. Les orientations des patients en la matière devront se faire vers le CHER ou le CHU de Clermont Ferrand selon les lieux de prise en charge des patients et leurs besoins.

3. Situation actuelle pour la population

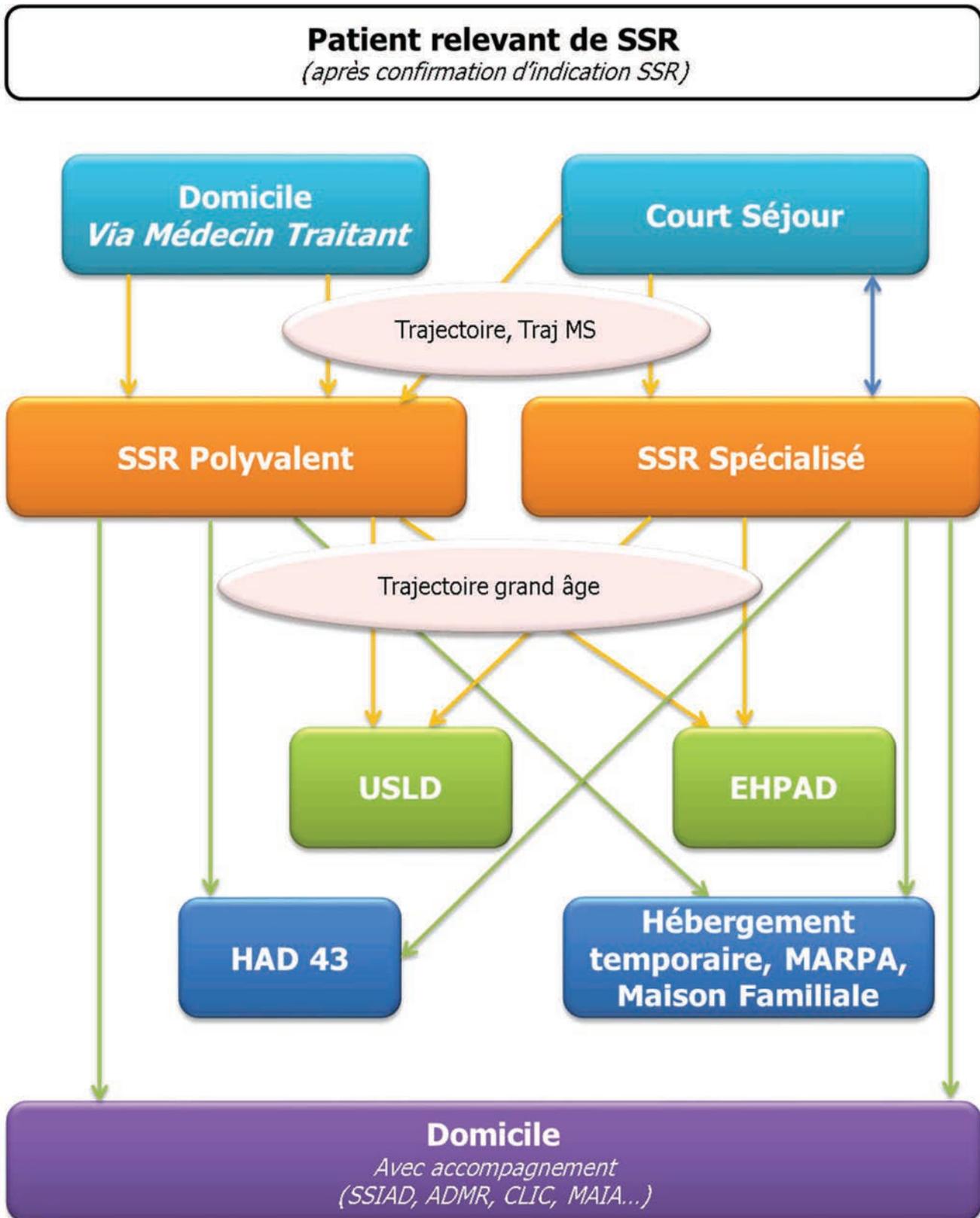




FIGURE 1 - REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SSR PARTENAIRES DU GHT 43 EN JUIN 2017

	Capacité d'accueil (nbr lits)	DMS (nbr journées)
SSR OUSSOULX	60	41,14
SSR L'HORT DES MELLEVRINES	60	38,79
SSR BEAUREGARD	48	32,00
SSR HAUT-LIGNON	60	27,00
SSR EMILE ROUX (Gériatrique et polyvalent)	32	28,00
SSR EMILE ROUX (CMPR)	25	35,00
SSR BRIOUDE (Polyvalent)	20	26,57
SSR BRIOUDE (Gériatrique)	20	31,70
SSR YSSINGEAUX	30	29
Total	350	32,13

FIGURE 2- SITUATION ACTUELLE AU SEIN DU GHT 43

4. Organisation et fonctionnement actuel

Annexe n°1 – Effectif ETP de chaque établissement

Organisation et fonctionnement actuel																					
	MEDECIN	CADRE DE SANTE	IDE	AS	ASH	KINE	ERGO	EDUC SPORT	PSYCHO	DIET	PHARMACIE N	PREP. PHARM	ASS.SOC	CUISINIER	ADMINISTRATIF	QUALITE	AGENT TECHNIQUE	PSYCHIATRE	PSYCHOMOTRICIEN	ORTHOPHONISTE	NEUROPSYCHOLOGUE
SSR ROUSSOUILX	3.12	1	118	14.5	11.9	0.5	0.57	0.8	0.21	0.2	1	1	1	2.68	2.56	0.5	1.15	0			0
SSR L'HOT DES MELLEVRINES	0.98	1	843	13.42	11.8	0.64	0.05	0.2	0.2	0.2	0	0	0	2.4	2.4	0.5	1.4	0			0
SSR BEAUREGARD	1.9	1	7	6.9	5.3	1.5	0	0	0	0.1	0.5	0	0.2	2.4	2.4	0.5	1.4	0			1.75
SSR HAUT-LIGNON	2.65	1	19	7	0	0	0	1.4	3.6	0.3	0.5	0.5	2.4					0.3			
SSR EMILE FOULX (Gériatrique)	1.5	1	3.4	13.8	3.8	0.5	0	0	0.086	0.12	0	0	0.5								
SSR EMILE FOULX (CMFR)	1.31	1	6.83	12.12	2.83	3.8	1	1.13	0.11	0.1	0		0.2					0.2		1.1	0.1
SSR BRIDUDE (Polyvalent)	0.8	0.5	3.9	5.6	3.8	2	0	0	1	0.8	0	0	1								
SSR BRIDUDE (Gériatrique)	0.9	0.5	3.54	7.09	5.32	1	0	0	1	0.8											
SSR YSSINGEAUX	10	1	9	12.5	6.5	1	0.5	0	0.5	0.5	0.2	0.15	0.8	0.8	1.4	0.1	1.4	0			0
Total	23.16	8.00	78.90	92.93	51.85	10.94	2.12	3.53	6.71	3.12	2.20	1.65	6.10	5.88	6.36	1.1	3.95	0.9	0.2	1.1	1.85

Le fonctionnement actuel est propre à chaque établissement suivant ses effectifs, sa capacité d'accueil, ses spécialités ou ses orientations.

	Orientations	Spécificités/Spécialités
SSR OUSSOULX	EVC/EPR Soins Palliatifs	Polyvalent
SSR L'HORT DES MELLEVRINES	Obésité Soins Palliatifs	Polyvalent
SSR BEAUREGARD	Cardio Vasculaire	Polyvalent
SSR HAUT-LIGNON		Addictologie
SSR EMILE ROUX (Gériatrique)		Polyvalent Gériatrique Troubles cognitifs
SSR EMILE ROUX (CMPR)		Locomoteur Système nerveux dont AVC Affections de la personnes âgées polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance
SSR BRIOUDE (Gériatrique)		Polyvalent
SSR YSSINGEAUX		Polyvalent

FIGURE 3- ORIENTATIONS/SPECIFICITES DES SSR

5. Volumétrie qualitative et quantitative

Annexe n°2 – Tableau récapitulatif des pathologies selon PMSI

	SSR OUSSOULX		SSR L'HORT DES MELLEYRINES		SSR BEAUREGARD		SSR HAUT-LIGNON		SSR EMILE ROUX (Gériatrique)		SSR EMILE ROUX (CMPR)		SSR BRIQUIDE (Polyvalent)		SSR BRIQUIDE (Gériatrique)		SSR YSSINGEAUX		Totaux					
	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées	Nbr de séjours	Nbr de journées		
<i>Pathologies</i>																								
Affections de l'appareil circulatoire	45	1335	31	1202	130	3262	0	0	134	769	6	33	6	123	28	749	28	505	408	7%	907	15%	7998	7%
Affections du système nerveux	58	3605	28	1086	40	1155	0	0	215	1261	486	2700	9	215	42	992	42	1181	907	15%	12395	11%	12395	11%
Hématopathies malignes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	119	0	0	10	0%	119	0%	119	0%
Affections des organes digestifs	33	1065	10	1555	0	0	0	0	118	712	12	65	8	128	44	722	44	1119	249	4%	5366	5%	5366	5%
Affections de l'appareil génito-urinaire	22	818	28	1086	0	0	0	0	53	310	0	0	1	8	15	89	15	283	124	2%	2594	2%	2594	2%
Affections et traumatismes ostéo-articulaires	117	5125	139	5400	183	5829	0	0	447	2589	895	4901	238	6300	110	2719	110	3849	2207	36%	36712	33%	36712	33%
Affections de l'œil	2	52	3	116	0	0	0	0	31	190	5	30	0	0	3	63	3	63	44	1%	451	0%	451	0%
Affections de l'appareil respiratoire	31	1125	37	1436	39	1221	0	0	185	930	6	27	0	0	31	661	31	661	309	5%	5400	5%	5400	5%
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	11	473	11	427	0	0	0	0	78	427	76	355	0	0	12	437	12	437	188	3%	2119	2%	2119	2%
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	19	547	35	1356	0	0	0	0	42	234	16	107	0	0	3	14	3	14	115	2%	2258	2%	2258	2%
Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	8	315	1	39	0	0	0	0	35	185	0	0	0	0	6	191	6	191	50	1%	730	1%	730	1%
Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	6	150	0	0	0	0	0	0	4	24	0	0	0	0	2	42	2	42	12	0%	216	0%	216	0%
Troubles mentaux et du comportement	12	434	10	388	0	0	0	0	130	749	3	11	0	0	12	180	12	180	167	3%	1762	2%	1762	2%
Autres motifs de recours aux services de santé	47	2501	68	2640	0	0	0	0	348	2006	0	0	0	0	25	559	25	559	488	8%	7706	7%	7706	7%
Addictologie	0	0	0	0	0	0	800	23500	0	0	18	86	0	0	0	0	0	0	818	13%	23586	21%	23586	21%
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	4	127	8	310	0	0	0	0	0	0	20	110	0	0	2	22	2	22	34	1%	569	1%	569	1%
Totaux	415	17872	409	17041	392	11487	800	23500	1800	10386	1543	8425	262	6774	335	5390	174	9106	6130	100%	9106	100%	109981	100%

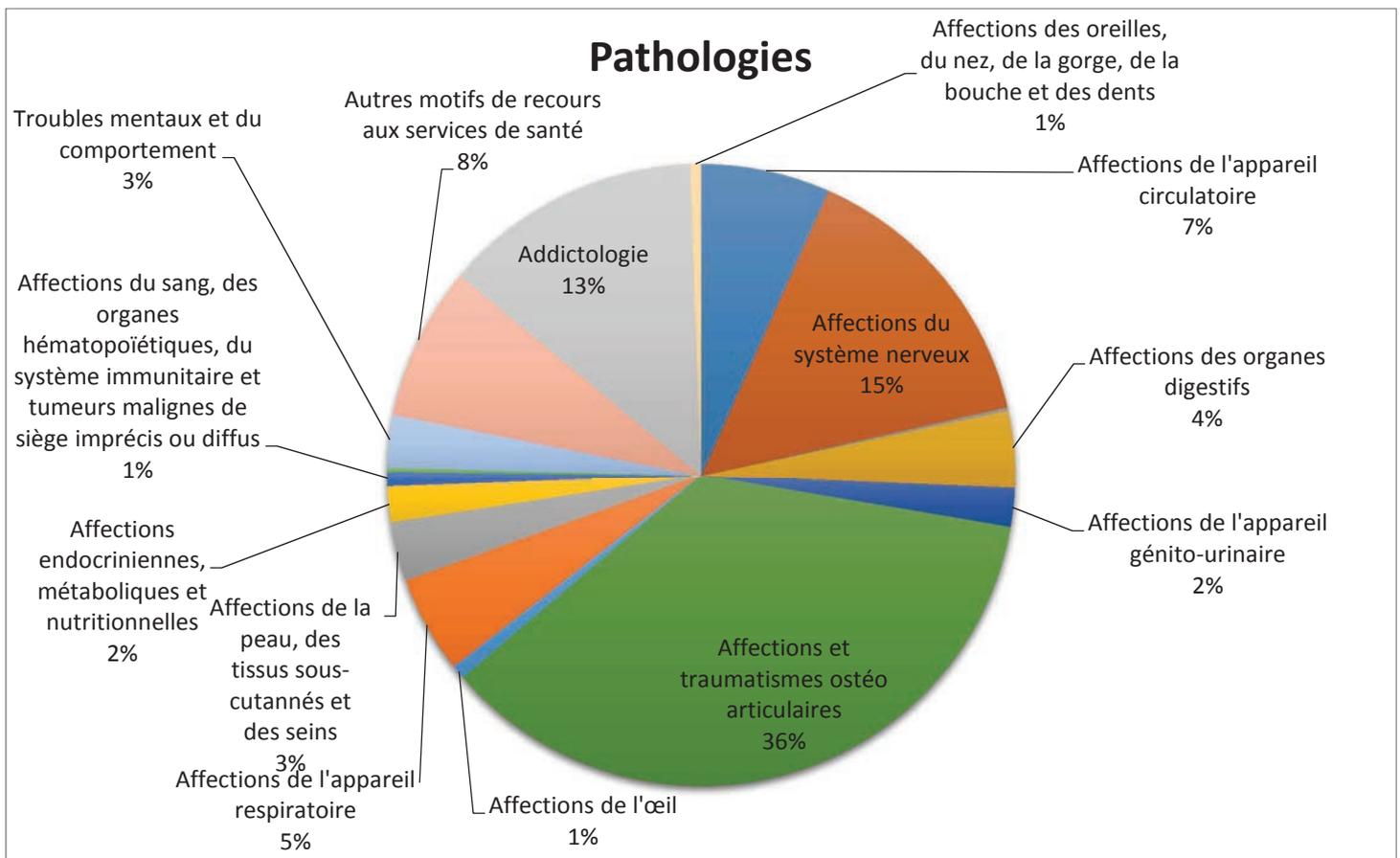


FIGURE 4 - VOLUMETRIE QUANTITATIVE

	Âge moyen	Origine (Haute-Loire)	Utilisation de "Via Trajectoire"
SSR OUSSOULX	77,4	92%	90%
SSR L'HORT DES MELLEYRINES	74	91%	84%
SSR BEAUREGARD	76	92%	95%
SSR HAUT-LIGNON	46	10%	10%
SSR EMILE ROUX (Gériatrique)	83,10	95%	97%
SSR EMILE ROUX (CMPR)	65	83%	90%
SSR BRIOUDE (Polyvalent)	73,19	83%	100%
SSR BRIOUDE (Gériatrique)	83,04	83%	100%
SSR YSSINGEAUX	80	99%	100%
Total	73,08	79%	85%

FIGURE 5 - VOLUMETRIE QUALITATIVE

6. Evolution prévisible de la filière

- *Intra SSR GHT 43*

Les patients n'ont pas toujours les connaissances nécessaires sur l'offre des établissements SSR de la Haute-Loire pour répondre à leurs besoins. De plus, la proximité avec leur domicile a un impact sur le choix de la structure de rééducation et réadaptation.

- *Intra Haute-Loire*

L'Association St Joseph, comprenant les sites d'Aiguilhe (Jalavoux) et de Rosières (St Joseph), n'étant pas encore adhérent au Groupement Hospitalier de Territoire, l'offre de territoire ne peut pas être, pour le moment, pleinement harmonisée.

- *Extra Haute-Loire*

Dans le parcours du « Patient Atiligérien », le rapprochement géographique est peu proposé par les établissements hors Haute-Loire.

Par ailleurs, les patients limitrophes, entre deux départements (par exemple, entre Haute-Loire et Loire, ou encore Haute-Loire et le Puy de Dôme), privilégieront la proximité et non le territoire du GHT 43 dans leurs décisions de choix d'établissement.

Population

L'évolution de la population entre 2007 et 2040 :

<i>Bassin de santé intermédiaire</i>	60 ans ou plus
Yssingaux	+93.6%
Issoire	+58.1%
Le Puy en Velay	+53.2%
Brioude/St Flour	+48.4%
<i>Total</i>	+63.3%

FIGURE 6 - ÉVOLUTION DE LA POPULATION (DONNEES ISSUES INSEE OMPHALE 2010)

Techniques Médicales

- Approche thérapeutique pour repérer les troubles cognitifs chez les patients pris en charge.
- Construction d'une Unité Cognitivo-Comportementale sur le département.
- Thérapie Cognitivo-Comportementale.

Télesanté

Les SSR du Centre Hospitalier Émile Roux, du Centre Hospitalier d'Yssingaux et le Centre Médical d'Oussoulx ont accès à la télé-médecine.

- **Centre Hospitalier d'Yssingeaux**
 - o Consultation douleur
 - o Consultation cardiologie (en cours de déploiement)
- **Centre Médical d'Oussoulx**
 - o Consultation dermatologie (en attente de l'aval de l'ARS ARA)
 - o Consultation douleur (en projet)
- **Centre Hospitalier de Brioude**
 - o Consultations à développer
- **Centre Hospitalier d'Émile Roux**
 - o Consultations AVC avec Clermont Ferrand
 - o Consultations pneumologie avec Saint-Etienne
 - o Établissement expert pour les structures du GHT 43

Les SSR Beauregard, Haut-Lignon et l'Hort des Melleyrines n'ont pas encore accès à la télésanté. Les patients du CH d'Yssingeaux bénéficient également de consultations avancées, au même titre que les établissements de Craponne Sur Arzon et Langeac.

7. Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge

Virage ambulatoire

Le développement de la prise en charge ambulatoire permet un retour à domicile plus rapide ainsi qu'une diminution des durées moyennes de séjour.

Ainsi sur le territoire Altiligérien, plusieurs objectifs ressortent :

- o *SSR de l'Hort des Melleyrines* : Demande de places ambulatoires pour de l'éducation thérapeutique contre l'obésité.
- o *SSR du Clos de Beauregard* : Demande de places ambulatoires pour de la rééducation cardio-vasculaire en pré ou post chirurgie. Le SSR de Chadrac est en train de construire un partenariat avec le Centre Hospitalier Émile Roux pour obtenir la spécialité de cardiologie, en s'installant sur le site du CHER. Cette démarche permettra à la population altiligérienne de disposer d'une filière complète de prise en charge en cardiologie (d'autant que le CHER travaille à l'obtention d'une coronarographie, permettant le traitement des angioplasties).
- o *Centre Médical d'Oussoulx* : Souhaite deux places ambulatoires de rééducation, sous 5 ans, dans le cadre de son CPOM.
- o *SSR et MPR du Centre Hospitalier Émile Roux* :
Développement des spécialités nécessaires aux besoins de la population et nécessitant la présence d'un plateau technique particulier.
Développement de la prise en charge en hôpital de jour pour l'ensemble des spécialités le justifiant. Il existe déjà un hôpital de jour gériatrique avec une capacité d'accueil de 9 patients provenant du SSR et 1 lit permettant un bilan pour des patients provenant de MCO.
Mise en place d'un partenariat gériatre et MPR pour la prévention des chutes chez la personne âgée avec un partage de moyens humains et techniques.

Création des consultations pluri-professionnelles post-AVC au sein du CHER et en collaboration étroite avec l'ensemble des établissements membres du GHT 43.

- *Centre Hospitalier d'Yssingaux* : Il n'existe pas de projets d'ambulatoire pour le moment au regard de l'activité actuelle du CH Yssingaux.

La controverse de la prise en charge en ambulatoire apparaît au travers :

- Des retours à domicile prématurés (application des projets RAC, PRADO...) pouvant entraîner des complications chez certains patients d'ordre algodystrophie, problèmes septiques sur des plaies.... Ces patients sont souvent ré-adressés via les urgences par leurs médecins traitants.
- Du non-respect des prescriptions de kinésithérapie pour le patient pris en charge à domicile (manque de temps de kinésithérapeute, manque de moyens techniques...).

Populations vulnérables

En vue du développement de l'ambulatoire, seront accueillis dans les établissements SSR :

- Des patients avec des problèmes psychosociaux complexes,
- Des patients avec des problèmes ostéo-articulaires associés à des coûts médicamenteux importants,
- Des patients dialysés,
- Des patients avec traitements onéreux.

Les personnes âgées vivant seules à domicile, dans des conditions précaires, sont des situations de plus en plus rencontrées du fait de l'éloignement des familles, du désinvestissement de certaines d'entre elles, et du coût financier trop élevé des institutions.

Le vieillissement des personnes âgées handicapées pose un problème de prise en charge car il n'y a pas assez de structures sur le territoire.

Pour le Centre Médical d'Oussoulx, la difficulté reste sur les places d'EVC/EPR, il existe une vraie demande sur ces lits identifiés même nationale. Le délai d'attente est très long ce qui reste une vraie problématique pour les services adresseurs et les familles.

Suite à l'évocation de ces cas complexes, le groupe SSR souhaiterait remettre en place une cellule de réflexion afin d'étudier ensemble des solutions. Au temps du GCS, il existait déjà une cellule avec différents professionnels.

Une demande auprès de l'ARS pourrait être envisagée pour demander des moyens financiers afin de reconstituer cette cellule d'étude de cas complexes. Il existe la MAIA pour les personnes âgées présentant des troubles cognitifs associés à des cas complexes.

La plateforme territoriale d'appui (PTA) du département sera également une réponse pour la coordination de situations complexes.

Structure de la filière SSR

La régulation de l'offre SSR sur le territoire a été établie par l'ARS en 2013/2014. Celle-ci a donc réparti les lits sur la Haute-Loire. De cette restructuration, les lits des Centres Hospitaliers de Langeac, de Craponne sur Arzon et du Chambon ont été dispatchés sur d'autres établissements :

- ✓ Yssingaux : +5 lits ;
- ✓ L'Hort des Melleyrines : +30 lits ;

- ✓ Le Centre Médical d'Oussoulx : +10lits.

L'objectif de l'ARS était que les établissements en mono-activité SSR soient pourvus au minimum de 60 lits. Pour les établissements multi-activités, aucun seuil minimal n'avait été identifié.

Cette régulation a toutefois engendré des disparités de l'offre sur le territoire de la Haute-Loire, qu'il va falloir rééquilibrer.

Ce travail passera par une analyse des besoins de la population, des flux de patients, des autorisations d'activités, le développement des coopérations avec l'ensemble des acteurs institutionnels et libéraux, de la prise en charge, le partage d'outils facilitant la communication entre tous (ex. : fiche de liaison inter-établissements, Via-Trajectoire V2...), et des temps de partage et d'harmonisation des pratiques professionnelles...

Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT

Sur l'ensemble du GHT, les établissements SSR réalisent plusieurs constats :

- ✓ Le nombre de postes à pourvoir pour chaque SSR de la Haute-Loire est à identifier.
- ✓ La révision des embauches sur le bassin Altiligérien est à envisager.
L'évolution de la population, socialement, physiquement, psychologiquement, donne lieu à une évolution dans le recrutement de professionnels spécialisés tels que médecins spécialistes, kinésithérapeutes, neuropsychologues, assistantes sociales....
- Les SSR du GHT 43 ne doivent pas tendre à une réduction d'effectifs ; chaque établissement ayant un ou plusieurs projets pour sa structure. Ces projets engendrent un prévisionnel de recrutement. Exemples :
 - Rééducation cardio-vasculaire : embauche d'un cardiologue
 - Rééducation en milieu gériatrique : embauche d'un médecin gériatre
 - Rééducation motrice : embauche de kinésithérapeutes et médecins rééducateurs...
- L'identification et l'harmonisation des spécialités et/ou orientations des SSR sur le territoire permettra une meilleure orientation et prise en charge des patients.
- La mise en place de la dotation modulée à l'activité renforce également le constat d'harmonisation et de recrutement de nouvelles ressources pour les établissements. La durée du séjour des patients sera régulée en fonction de la pathologie et de la rééducation associée, tout en gardant à l'esprit que les SSR sont des structures de moyens séjours. De ce fait, les médecins DIM devront réaliser une analyse chiffrée en étudiant la « faisabilité » de la prise en charge dans la structure au regard du personnel disponible et de la pathologie du patient. Le but de ces analyses sera d'apporter un équilibre entre la durée moyenne de séjour et les soins adaptés ; le patient devant être pris en charge dans le bon endroit, au bon moment.

Ainsi les conséquences prévisibles sur le territoire Altiligérien sont la gestion des emplois et, notamment les emplois spécifiques, la mutualisation des moyens et des formations continues (inter dépendance/complémentarité).

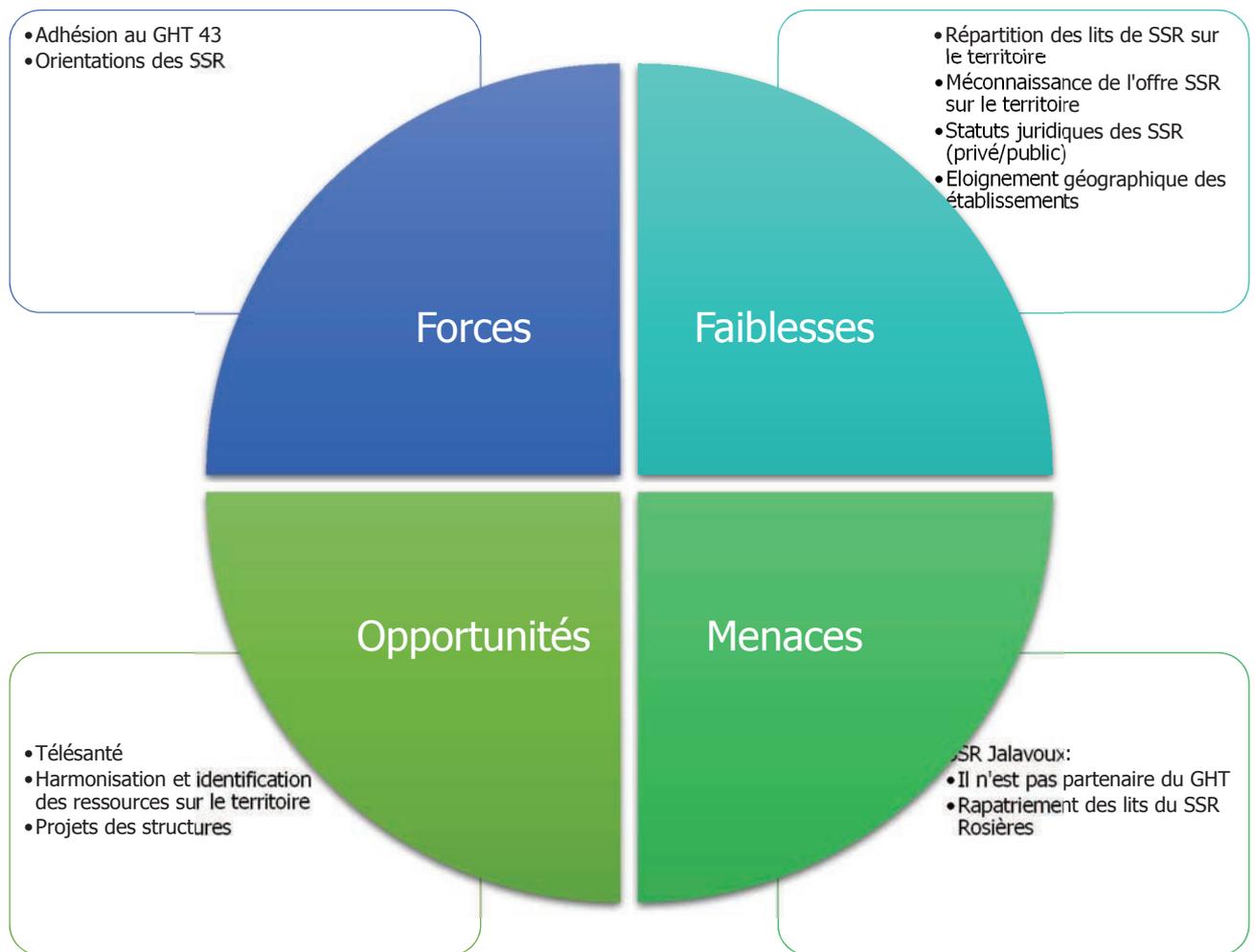


FIGURE 7 - SWOT SSR 43

8. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail identifiés		Enjeux et objectifs		Projet(s) et actions prévus		Échéances	
1	Identification SSR 43	Faire connaître les établissements SSR de la Haute-Loire Pallier la méconnaissance des activités SSR sur le territoire Altligérien Identifier l'activité SSR sur le territoire suivant les orientations/spécialisations	Cartographie de territoire	Reconnaissance d'un SSR cardiologique : partenariat entre le CHER et le Groupe Korian. Déploiement sur le site de l'hôpital. Reconnaissance d'un SSR endocrinologie – Obésité	06/2018		
2	Identification SSR 43	Développement des spécialités (dont la polyvalence)		Formation au niveau du corps médical et des intervenants paramédicaux	12/2019		
3	PMSI	Améliorer la qualité du codage PMSI Harmoniser les pratiques sur le territoire pour une cohérence sur les dotations et la T2A			12/2018		
4	Coopérations	Améliorer les coopérations inter-établissements, notamment sur les cas complexes.		Mutualiser certaines ressources humaines (médecin spécialisé...) Renforcer les compétences pour développer l'offre de soins	12/2017		
5	Cellule de gestion des cas complexes	Optimiser les délais d'attente en MCO pour les admissions en SSR avec une équipe pluridisciplinaire Identifier et rechercher une solution pour les patients complexes Faciliter les entrées directes en SSR		Créer une cellule pluri-professionnelle traitant, toutes les semaines, les cas complexes. Optimiser les outils de partage de l'information.	12/2018		
6	« Via Trajectoire »	Optimiser l'utilisation de l'outil « Via trajectoire »		Améliorations de l'utilisation de l'outil « Via Trajectoire », notamment sur le projet thérapeutique et les statistiques. Déploiement de la version 2 au sein de chaque établissement du GHT 43.	12/2018		

Axe 1 et 2 : Identification SSR 43

Objectifs de l'axe 1 : Faire connaître les établissements SSR de la Haute-Loire, pallier la méconnaissance des activités SSR sur le territoire Altiligérien. Identifier et développer les spécialités.

Action(s) : Cartographie de territoire / Développement de nouvelles spécialités

Méthodologie :

- *Qui* : Directeur de chaque établissement, Cadre de santé de chaque établissement
- *Quoi* : Brochure/Tryptique support à définir
- *Quand* : Juin 2018 et décembre 2019
- *Où* : CH Émile Roux du Puy en Velay
- *Comment* : ateliers de travail
- *Combien* : suivant l'avancement de l'action

Axe 3 : PMSI

Objectif(s) de l'axe 3 : Identifier l'activité SSR sur le territoire suivant les orientations/spécialisations.

Action(s) : Harmonisation des codages PMSI

Méthodologie :

- *Qui* : Docteur Alu, Cadre de santé de chaque SSR, TIM de chaque établissement
- *Quoi* : Actes de rééducation/réadaptation, actes médicaux, actes paramédicaux
- *Quand* : Décembre 2018
- *Où* : Centre Hospitalier Émile Roux du Puy en Velay
- *Comment* : Formations
- *Combien* : suivant l'avancement du projet et des besoins

Axe 4 : Coopérations

Objectif(s) de l'axe 4 : Améliorer les coopérations inter-établissements, notamment sur les cas complexes

Action(s) : - Mutualiser certaines ressources

- Renforcer les compétences pour développer l'offre de soins

Méthodologie :

- *Qui* : Directeur de chaque établissement, Cadre de santé et Président de CME de chaque établissement, Différents partenaires
- *Quoi* : Soins Palliatifs, filière de soins sur le handicap ...
- *Quand* : Décembre 2017
- *Où* : CH Émile Roux du Puy en Velay
- *Comment* : RCP

Axe 5 : Cellule de gestion de cas complexes

Objectif(s) de l'axe 5 : Optimiser les délais d'attente en MCO pour les admissions en SSR / Identifier et rechercher une solution pour les patients complexes. Faciliter les entrées directes en SSR.

Action(s) :

- Création d'une cellule sous forme de réunion de concertation pluriprofessionnelle afin de définir et de réévaluer les solutions les plus adaptées aux patients « complexes ».

Méthodologie :

- *Qui* : Cadre de santé de chaque établissement, Assistante sociale de chaque établissement, Médecins et représentant de la ville (ADMR, UNA...)
- *Quoi* : Mettre en place et rendre fonctionnelle la cellule de gestion des cas complexes
- *Quand* : Décembre 2018
- *Où* : CH Émile Roux au Puy en Velay
- *Comment* : RCP

Axe 6 : « Via Trajectoire »

Objectif(s) de l'axe 6 : Optimiser l'utilisation de l'outil « Via trajectoire »

Action(s) : Proposition d'améliorations de l'outil « Via Trajectoire » - Déploiement de la version V2 au sein de chaque établissement du GHT 43.

Méthodologie :

- *Qui* : Cadre de santé de chaque établissement, Assistante sociale de chaque établissement, Médecins, SI
- *Quoi* : Optimiser et améliorer l'utilisation de « Via Trajectoire »
- *Quand* : Décembre 2018
- *Où* : CH Émile Roux au Puy en Velay
- *Comment* : RCP

3. Filière pédiatrique

1. Contexte

Référents : Dr LILLE, Mme BAROU

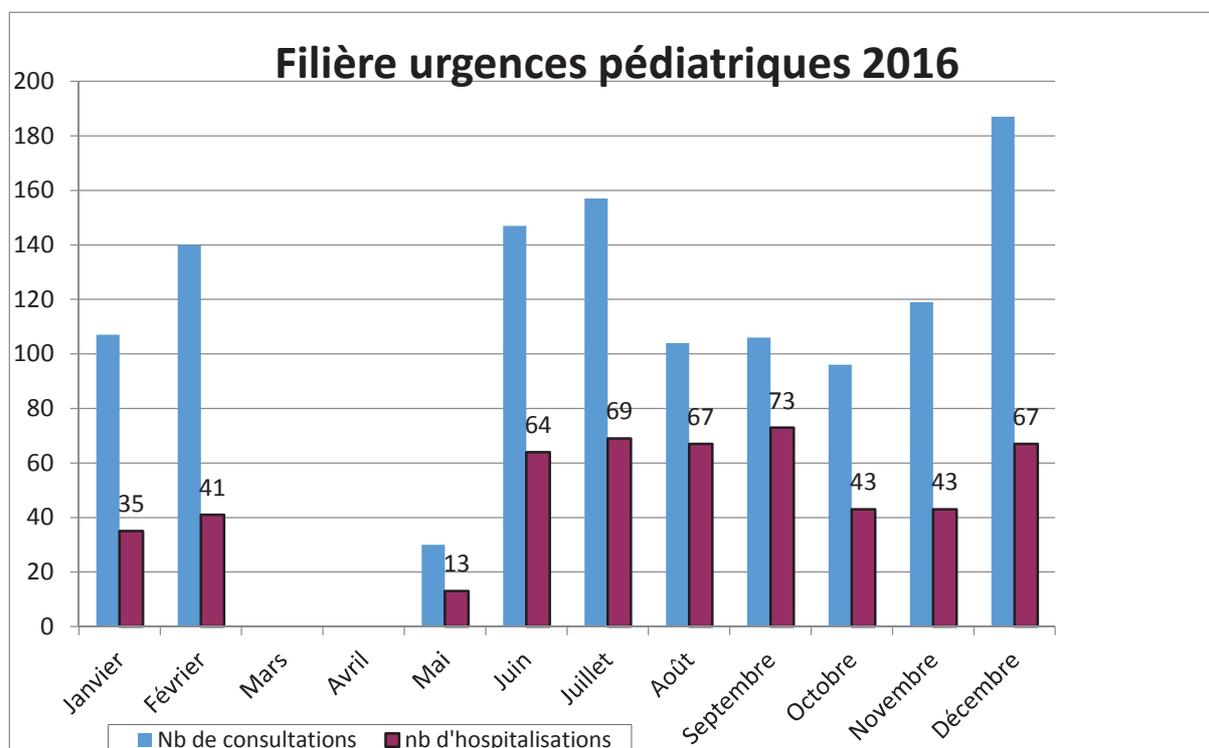
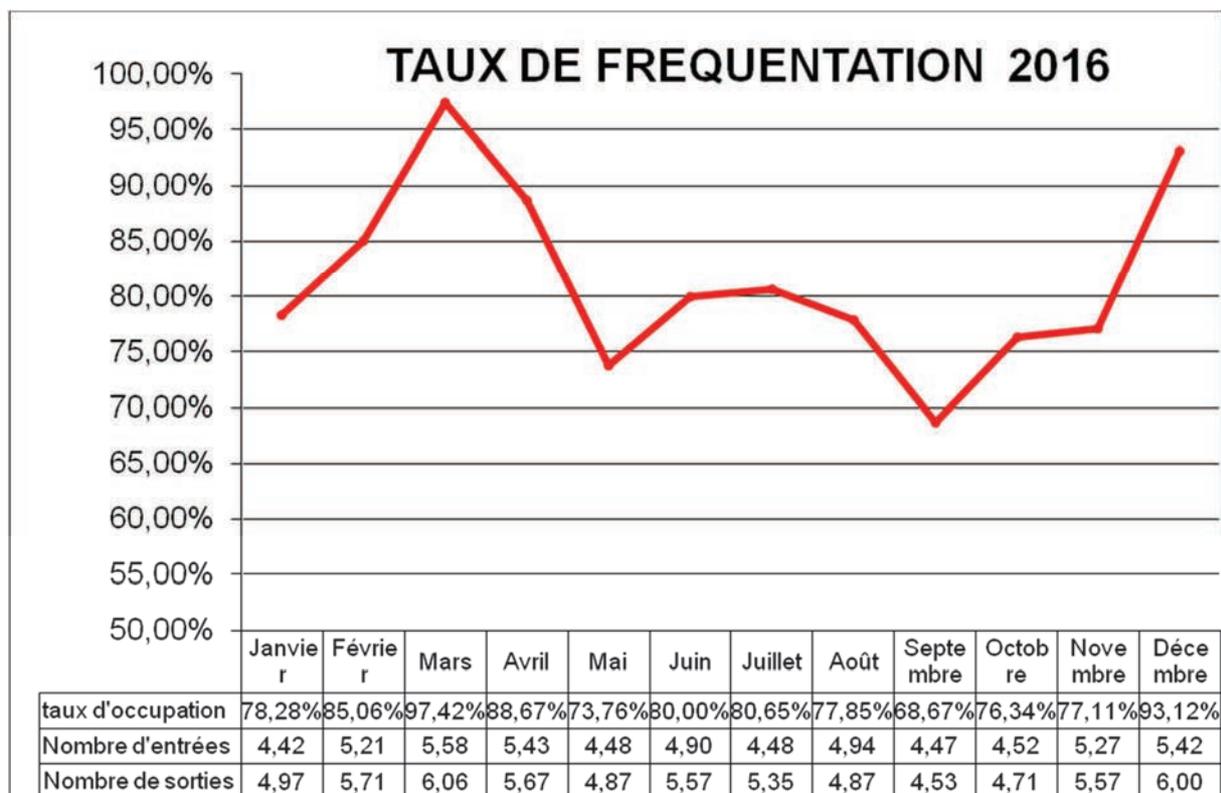
Ont participé au groupe de travail : Les Docteurs COSTE et VERDAN, D. SOULIER, M. CHARRIER, V. COFFY

1 seule réunion tous ensemble le 10 mars 2017 + 1 deuxième réunion entre le cadre de la pédiatrie et les médecins le 12 mai 2017.

2 autres groupes se sont mis en place :

- Travail autour de la prise en charge des enfants et adolescents en souffrance entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie (Dr POUDEROUX, Dr ANDRE). 1 convention est en cours d'élaboration.
- Travail autour de l'accueil mère enfant sur le territoire (3 réunions à ce jour et une programmée en septembre) :
 - Conseil départemental (Mme CHAMPAGNAC, Mr SABY)
 - Association Le Tremplin (Mr HABOUZIT, Mme ALLIRAND)
 - Pédopsychiatrie (Dr POUDEROUX, Dr ANDRE)
 - La justice (Mme GUIGNARD, Mme CHECLER, juges des enfants)
 - Le CHER (Dr BERTEROTTIERE, DR LILLE, Dr VERDAN, Mme COFFY, Mme BAROU, Mr SOULIER)
- Travail autour de l'enfant vulnérable en lien avec le CAMSP (2 réunions)

Quelques chiffres d'activité



Arrêt de la filière en mars et avril 2016 par manque de médecins et internes en pédiatrie.

	2015	2016
DMS	1,58	1,54
IPDMS	0,97	0,97
Nb de journées	3498	3608
Nb de séjours	1914	2029
<i>Nb de séjours de + de 2j</i>	<i>699</i>	<i>695</i>
<i>Nb de séjours de 1 j</i>	<i>752</i>	<i>849</i>
<i>Nb de séjours de 0 j</i>	<i>406</i>	<i>436</i>
Séances	59	49
Actes CCAM	5	90
Nb de consultations externes	2709	3341
Nb de consultations filière urgence	140 (début filière novembre)	1236

Aujourd'hui, il existe des liens forts avec la PMI, les sages-femmes libérales (suivis et PRADO), l'ASE, la pédopsychiatrie (CMSP), le service des urgences du CHER.

Des liens sont à développer avec la médecine de ville, le CHU référent de Clermont-Ferrand, le CHU de proximité de Saint-Etienne, le CH de Brioude.

- Nouveau-né :

L'organisation de la prise en charge du nouveau-né est aujourd'hui construite en partenariat avec le réseau périnatal de la région Auvergne-Rhône-Alpes intégrant les niveaux de maternité propres à chaque établissement. Le CHER s'inscrit pleinement dans cette dynamique et oriente les mères et leur nouveau-né en fonction de leurs besoins et, en conséquence, vers les CHU de Clermont-Ferrand, Saint-Etienne ou encore Lyon.

Pour le bassin de santé de Brioude, le Centre Périnatal (antenne de la Maternité du CH Issoire) permet le suivi pré- et post-accouchement ainsi que le suivi du Nouveau-né et Nourrisson (mise à disposition de personnel du CH Issoire : gynécologue, Sage-Femme, Auxiliaire de puériculture, Pédiatre). L'organisation d'un transfert requis en Maternité de niveau supérieur est réalisé aujourd'hui vers le CHU de Clermont-Ferrand.

- Jeune enfant :

Dans un souci de qualité et de sécurité, le CHER a décidé de faciliter la prise en charge de l'enfant en permettant son entrée directement dans le service de pédiatrie en journée ; l'objectif étant de rassurer l'enfant et ses parents, dans un cadre plus convivial pour l'enfant, sans les faire attendre trop longtemps aux urgences.

Un enfant admis aux Urgences du CH de Brioude sera transféré selon les cas aux Urgences Pédiatriques ou dans un Service de pédiatrie du CHU de Clermont-Fd, chirurgie pédiatrique par exemple ; il peut également être orienté en service de pédiatrie du CHER selon la disponibilité des lits.

- Adolescent :

Le CHER souhaite faciliter la prise en charge du jeune adulte, en créant un hôpital de jour pour adolescents ; l'objectif étant de les aider sans les confronter à des réalités de pathologies adultes pouvant les mettre en difficulté et les bloquer dans leurs soins. Il s'agit de créer un circuit propre à une prise en charge adaptée et sanctuarisée de l'adolescent.

- Filière « urgences pédiatriques » :

Le service de pédiatrie accueille des enfants et adolescents jusqu'à 18 ans pour des pathologies médico-chirurgicales. Une grande partie de l'activité ambulatoire chirurgicale se fait dans le service, en particuliers pour les chirurgies ORL, ophtalmologique et traumatologique.

SWOT

	Atouts	Handicaps
Analyse interne	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un service de pédiatrie sur le CHER ✓ Consultations de pédiatrie au Centre périnatal de Brioude ✓ Présence d'un plateau technique ✓ Organisation d'un circuit court entre les urgences et le service de pédiatrie ✓ Demi garde d'interne de 18h30 à 23h30 du lundi au vendredi ✓ Souplesse d'organisation (adaptation en fonction du besoin des urgences) ✓ Personnel formé et dédié au secteur mère-enfant ✓ Lien avec l'UMJ ✓ Consultations avancées avec le CHU de Clermont-Ferrand 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de circuit court de 18h30 à 8h30, ni le week-end ✓ Nombre de pédiatres insuffisants sur le site ✓ Manque de surspécialités (anesthésie ...) ✓ Pas d'Hôpital de jour ✓ Pas d'intermes de spécialité
Analyse externe	<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Liens forts avec le CAMSP ✓ Lien forts avec la PMI, l'ASE, l'ALLP (HAD péd), CHS Ste-Marie ✓ Créer un HDJ ✓ Favoriser les surspécialités ✓ Créer une consultation avancée sur les BSI du brivadois et de l'Yssingelais ✓ Ouvrir des urgences pédiatriques H 24 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fuite sur l'Yssingelais ✓ Peu de liens entre le Brivadois et l'Yssingelais ✓ Peu de liens avec la médecine de ville ✓ Peu de liens avec le seul pédiatre libéral sur la ville du Puy ✓ Réorganisation des lits de pédopsychiatrie ✓ Baisse de la natalité au niveau national

2. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Échéances
Filière « Urgences pédiatriques »	Revoir les objectifs de la filière actuelle pour limiter le passage des enfants par les urgences en créant des plages de consultations spécifiques. Étendre les plages de la filière « urgence pédiatrique »	Axe 1 Nécessite une augmentation de l'effectif médical (pédiatres) Formation des soignants : gestes et soins d'urgence pédiatrique en intra et en inter établissement	2018-2019
Harmoniser l'offre de soins en hospitalisation conventionnelle, en hôpital de jour	Réorganiser le service de pédiatrie pour faire de l'hospitalisation complète et de l'hospitalisation de jour (allergologie, addictologie, endocrinologie) Créer 2 lits de soins continus pédiatriques Développer la prise en charge de l'obésité pédiatrique sur le territoire	Redimensionner le nb de lits en fonction des activités et réajuster l'effectif paramédical Règles de fonctionnement du service actuellement (Axe 2) Nécessité de recruter un pédiatre réanimateur Augmenter la file active	2018-2020
Accueil de l'enfant vulnérable et de ses parents	Développer l'accueil mère-enfant sur le département : actuellement, un travail est engagé avec les acteurs du territoire (Conseil départemental, pédopsychiatrie, juges des enfants, CHRS le Tremplin, CHER)	Axe 3 Rédiger une convention	2017-2018

	Construire un travail en partenariat avec le CAMSP sur l'enfant vulnérable		
Transferts néonataux vers les CHU	Revoir l'organisation des transferts néonataux en lien avec la cellule régionale de transfert	Projet à retravailler entre les SAMU (achat de matériel : incubateur de transport, ventilateur... / Formation du personnel)	2018-2020
Structuration de la filière sur le territoire	Structurer la filière pédiatrique (quel que soit les besoins de l'enfant)	Créer des consultations avancées sur l'Yssingelais et le bassin intermédiaire de santé du brivadois (ex. : Langeac), en complément de la prise en charge déjà existante sur le Centre Périnatal de Brioude. Augmenter les plages de consultations programmées en pédiatrie et développer les consultations de sur-spécialités sur le CHER Formaliser le partenariat avec la pédopsychiatrie. Réflexion sur le développement possible de l'oncopédiatrie	2017-2019

Axe 1 : Filière urgences pédiatriques

Dr Dominique BERTEROTTIERE, Dr Stéphane LILLE, Dr Adnan MESSAI, Monsieur David SOULIER, Gestion de l'aigu : particularités pédiatriques, hors salle de naissances. Sous-commission Projet d'établissement 2015-2019. Groupe « Gestion de l'Aigu » (Dr BRIAT). Date : 10/03/2015. Travail présenté en staff médico-soignant de pédiatrie le 09/03/2015.

LE CIRCUIT-PATIENT PEDIATRIQUE avant 2015

- 1) Les enfants traumatisés ou présentant une pathologie médicale sont admis dans le service d'accueil des urgences polyvalentes :
 - Accueil par l'infirmière organisatrice de l'accueil,
 - Priorisation des enfants,
 - Attente plus ou moins longue,
 - Installation préférentiellement en BOX PEDIATRIQUE, ou autre box si le box pédiatrique est déjà occupé,
 - Gestion médicale par un interne ET/OU un sénior ;
- 2) En cas de gravité 1 ou 2 : installation IMMEDIATE au box de DECHOQUAGE ou SAUV, gestion par une équipe SMUR ; aidée par le pédiatre appelé en renfort ;
- 3) En cas d'avis pédiatrique, les enfants sont généralement montés dans le service de pédiatrie (box de consultations). Cette consultation peut être suivie d'une hospitalisation dans le service ;
- 4) En cas d'affluence importante ou de recours pédiatrique obligatoire ou urgent, il peut arriver que l'IOA appelle directement le service de pédiatrie ;
- 5) Enfin, un certain nombre d'enfants ne passent pas par les urgences et sont admis directement aux heures ouvrables dans le service de pédiatrie (box de consultations). Il s'agit d'appels des parents, de pédiatres libéraux ou médecins généralistes.

LES CHIFFRES (Données DIM 2014)

Toutes pathologies confondues +++

En 2014 :

- 5869 passages sont 4780 externes de 0 à 15 ans
- 1481 passages dont 1271 externes de 16 à 18 ans

Au total : 7350 passages dont 6051 externes et 1299 hospitalisation

Nombre de passages par jour : 20 enfants / jour

Taux d'hospitalisation : 17,67 %

Un accueil pédiatrique se justifie à partir de 7000 passages par an.

PROJET « CRESCENDO »

L'équipe de pédiatrie souhaiterait gérer rapidement ses urgences. Plusieurs étapes apparaissent nécessaires, afin de faire adhérer les différents professionnels des deux services.

Un calendrier précis serait à définir. Cette escalade serait possible sur 3 à 4 ans en fonction des recrutements médicaux, de la volonté du directoire et des travaux à réaliser.

LES FACTEURS LIMITANTS

- **Manque d'ETP de séniors pédiatres +++.**
- Cumul astreintes salle de naissances et urgences.
- Gestion du service (visites).
- Formation du personnel paramédical et des IOA.

LES FACTEURS FACILITANTS

- Inscription dans le projet d'établissement.
- Beaucoup de postes d'internes.
- Demande de la part du personnel soignant.

ETAPE 1 : mise en place fin 2015

- **Avis pédiatrique systématique aux heures ouvrables (8h30-18h30) en SEMAINE** pour tout enfant présentant une **pathologie médicale** par un interne de pédiatrie séniorisé ;
- Mise à disposition d'un interne et d'un pédiatre sénior **réfèrent pour les urgences** en astreinte de journée et en garde (*en cours*).
- Refonte du planning des pédiatres pour plus de lisibilité (*en cours*).
- **Avis téléphonique possible H24, d'abord via l'interne (puis si besoin l'interne fera appel à son sénior).**
- **Appel d'emblée du pédiatre en cas d'urgence vitale**
- Hospitalisation « facile » au moindre doute, surtout la nuit.
- Mise à disposition d'un **téléphone portable de garde UNIQUE** pour la pédiatrie.
- Mise à disposition de **plages de consultation 2 jours par semaine (Lundis et Jeudis après-midi) pour les urgences** : par exemple, consultations post-infectieuses, contrôle de poids, avis pédiatrique différé, non urgent. But : éviter les pertes de vue. Gestion par les secrétaires de pédiatrie (modalités de recours à mettre en œuvre).
- Rédaction de **protocoles** d'établissement pour la pédiatrie (*en cours*)

Facteurs limitants :

- 1 seul box de consultation d'urgence, de dépannage, peu équipé.
- pas de déchoquage pédiatrique (Sac pédiatrique ?).

ETAPE 2 : Mise en place fin 2015

- **Accueil pédiatrique 5 jours sur 7 aux heures ouvrables en pédiatrie pour les pathologies médicales par un interne en poste avec un pédiatre réfèrent sur la journée,**
- Accueil initial par l'IOA via les urgences ;
- En box pédiatrique des urgences +/- en pédiatrie
- la traumatologie restant toujours gérée par les urgentistes ;

FILIERE PEDIATRIQUE
HORS PATHOLOGIES CHIRURGICALES DIGESTIVES ET
TRAUMATOLOGIQUES
Du Lundi au Vendredi de 8h30-18h00

Interne de garde de Pédiatrie : il est joignable de 8h30 à 23h00, au numéro de portable de garde suivant :

06 76 75 61 89

Systématiquement au box IOA, pour tout enfant :

Prise de constantes : T°, FC, FR, SpO2, TRC, EVA

Noter le poids actuel de l'enfant nu et le dernier poids connu.

S'assurer de la présence du représentant légal de l'enfant.

Récupérer auprès des parents : carnet de santé, lettre du médecin, ordonnances, etc.

Pour les enfants nécessitant une admission directe en pédiatrie, sans passer par les urgences :

Prévenir l'interne de garde avant toute admission directe en service de pédiatrie.

Tableau 1. Motifs d'admission directe en service de pédiatrie

• Age < 1 mois
• Fièvre chez les nourrissons < 3 mois
• Fièvre > 7 jours chez les enfants > 12 mois
• Fièvre > 4 jours chez les enfants < 12 mois
• ATCD de pathologies chroniques lourdes (cardiopathies congénitales, dysplasie broncho-pulmonaire, mucoviscidose, drépanocytose, etc.)
• Enfant adressé pour avis spécialisé pédiatrique (avec lettre du médecin)
• Intolérance alimentaire totale, déshydratation >7%

- *Pour les enfants ne nécessitant pas d'admission directe en pédiatrie, installez l'enfant en box pédiatrique aux urgences, puis :*

Prévenir l'interne de garde de pédiatrie de tout dossier de cas médical de pédiatrie.

Les internes de pédiatrie doivent si possible voir tous ces enfants.

ETAPE 3 : URGENCES PEDIATRIQUES MEDICALES H24 en projet

Interne de pédiatrie présent H24

Sénior d'astreinte +/- 1/2-garde jusqu'à minuit

PAS DE TRAUMATOLOGIE

Plusieurs travaux seraient nécessaires avant mise en place :

- Nécessité de création de 3 box d'urgence dans le service de pédiatrie au niveau des locaux de stockage à l'entrée du service,
- Nécessité de création d'une salle de déchoquage pédiatrique équipée ;
- Nécessité de supprimer une chambre double
- Nécessité de transformer une chambre en UHCD pédiatrique de 2 lits avec 1 lit scopé ;

Le service de pédiatrie générale ne compterait alors plus que 13 lits à la place de 17.

Les autres prérequis seraient :

- Recrutement de pédiatres afin d'être au moins 5 ETP titulaires.
- Renforcement du nombre d'internes dans le service (NB : pas de création de ligne de garde supplémentaire, mais nécessité de repos de sécurité) ;

Les internes de pédiatrie ne participeraient plus au tour de garde des urgences adultes ;

Nouvelle organisation à prévoir pour le personnel paramédical (passage en 12 heures ?)

Avantages :

- Filière pédiatrique médicale totalement individualisée, gain pour les généralistes...
- Attractivité réelle** pour recruter de nouveaux pédiatres et attirer des jeunes,
- Gain de temps pour les patients et les parents ;
- Création d'un « **nouveau besoin** » pour la population avec un **gain en popularité et activité** pour le service ;
- Orientation possible à cet accueil dès la régulation par le SAMU 43;
- Accès facilité via les ascenseurs aux différents services du plateau technique (radiologie, bloc opératoire), fléchage au sol ;

ETAPE 4 : ACCUEIL MEDICOCIRURGICAL H24

Avec prise en charge de la traumatologie

Médecin sénior formé à la prise en charge de la traumatologie pédiatrique (Journées d'Enseignement de Traumatologie et Orthopédie infantile d'Auvergne).

Axe 2 : Règles de fonctionnement du service de pédiatrie

L'équipe de professionnels pédiatrie prend en charge :

- Le nourrisson (0 à 1 an)
- Le jeune enfant (1 an à 11 ans)
- L'adolescent (12 ans à 16 ans)
- Le jeune adulte (16 ans à 18 ans)
- Et parfois les adultes atteints de handicaps physiques et mentaux (au-delà de 18 ans)

Avec possibilité de présence permanente d'un membre majeur de la famille.

Pour des pathologies médicales, chirurgicales, psycho-sociales.

Le service est rattaché au pôle femmes-enfants du Centre Hospitalier Émile ROUX.

La durée moyenne de séjour est inférieure à 2 jours et le nombre d'hospitalisation est de 2100 par an.

OBJECTIFS

➤ **Mettre en œuvre tous les moyens connus :**

- Pour réaliser un suivi personnalisé et de qualité des enfants de 0 à 18 ans dans de bonnes conditions en respectant les données des sociétés savantes (Société de pédiatrie, HAS, ANPDE)
- Pour assurer une hospitalisation, la moins traumatisante, pour l'enfant et sa famille
- Pour assurer la meilleure prise en charge possible pour les suivis des pathologies chroniques

➤ **Respecter les règles d'hygiène**

LES LOCAUX

Nombre de lits : 15 en conventionnel et 2 lits pour le circuit court avec les urgences

Nombre de chambres individuelles : 3

Nombres de chambres doubles : 6

6 chambres sont équipées de cabinet de toilettes et 3 chambres permettent d'accueillir des nourrissons. Elles sont équipées de plans de change et de baignoires.

Le service dispose aussi de 2 salles d'animation :

- 1 salle de jeux pour les jeunes enfants
- 1 salle, pour les adolescents, équipée de matériel informatique, téléviseur, lecteur DVD, jeux vidéo, baby-foot, bibliothèque et jeux de société

Toutes les chambres sont équipées d'une prise RJ-45 permettant l'accès à internet via des ordinateurs portables prêtés par le service de soins.

Les parents peuvent rester toute la journée auprès de leur enfant, sans horaire de visite : un des 2 parents peut rester la nuit auprès de son enfant, s'il le désire, un lit d'appoint lui est alors fourni, ainsi que le petit déjeuner du matin.

Le service met à disposition des parents un réfrigérateur, ainsi qu'un four micro-ondes.

L'association « Je ris, je guéris » finance tout le matériel d'animation et d'hôtellerie pour les enfants et leur famille.

LE PERSONNEL MEDICAL ET PARARAMEDICAL :

La permanence médicale est assurée par :

- 2 médecins pédiatres,
- 1 médecin urgentiste en temps partagé avec le CHU de Clermont-Ferrand (spécialité de pédiatrie en cours de validation)
- 2 internes de médecine générale et 2 internes de spécialité, encadrés par les médecins seniors

Les tableaux de garde sont affichés dans toutes les unités où les pédiatres interviennent : pédiatrie, unité kangourou, maternité, salles de naissances, urgences.

À tour de rôles, les pédiatres sont responsables d'une des 3 unités d'hospitalisation (pédiatrie, unité kangourou et maternité). 1 pédiatre assure les urgences pédiatriques et néonatales de 8h30 à 18h30 et 1 pédiatre est d'astreinte opérationnelle de 18h30 à 8h30 le lendemain.

En pédiatrie, les médecins font une visite tous les matins à partir de 9h00 et examinent systématiquement tous les enfants présents. Une contre-visite est organisée par le médecin de garde l'après-midi vers 17h00.

Les gardes des week-end et jours fériés sont réalisées par les pédiatres à tour de rôle.

La permanence non médicale en pédiatrie :

- 2 puéricultrices de matin et 2 puéricultrices de soir du lundi au vendredi. Le week-end et jours fériés : 1 puéricultrice de matin, 1 puéricultrice de soir et 1 puéricultrice en chevauchement (8h-20h) pour la période d'épidémie hivernale (mi-novembre à mi-mars)
- 1 puéricultrice de nuit
- 1 auxiliaire de puériculture de matin, 1 auxiliaire de puériculture de soir. Pour la période d'épidémie hivernale 1 auxiliaire de puériculture est prévue de 8h à 15h45.
- 1 auxiliaire de puériculture de nuit
- Pour l'ensemble du pôle femmes-enfants, un équivalent temps plein psychologue présent 5 jours sur 7.
- 1 ASH du matin et du soir, le dimanche 1 seule ASH en journée
- 2 secrétaires qui prennent en charge les comptes rendus des hospitalisations, et qui gère les consultations externes.
- 1 animatrice présente du lundi au vendredi
- 1 cadre de santé présent du lundi au vendredi

ORGANISATION DE L'UNITE DE PEDIATRIE

Admission et accueil des enfants et de leurs parents

80% des admissions se font par le service des urgences et 20% sont des entrées programmées. À l'admission d'un enfant, une auxiliaire ou une puéricultrice prend en charge l'enfant, ainsi que ses parents, en l'installant dans une chambre. L'enfant y est alors pesé et toisé systématiquement, l'évaluation de la douleur est réalisée et une analyse d'urine est pratiquée. Il est alors remis aux parents le livret d'accueil de l'établissement, ainsi que celui du service. Ils signent ensuite l'autorisation de soins, et remplissent le recueil de données spécifique au service.

- Les visites
 - Les visites des parents ne sont pas limitées et un des 2 parents peut rester auprès de son enfant la nuit.
 - Horaires de visite : 14h30 à 19h00 et limitation du nombre de personnes à 2 par chambre.
 - Dans certaines prises en charge, il se peut que le pédiatre propose un aménagement des horaires de visites aux parents, frères et sœurs et interdire tout autre visite

Depuis novembre 2015, un circuit-court a été mis en place entre les urgences et la pédiatrie pour fluidifier le parcours de l'enfant et de l'adolescent. Selon certains critères médicaux, les enfants et adolescents, sont orientés sur le service de pédiatrie par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation du service des urgences. Sont exclus de ce circuit les patients mineurs atteints de pathologies chirurgicales digestives et traumatologiques, ainsi que les urgences vitales. Ce circuit-court fonctionne du lundi au vendredi de 8h30 à 18h.

Prise en charge des enfants pour une pathologie chirurgicale :

- Les chirurgiens de l'établissement sont amenés à prendre en charge des enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie (patients âgés de moins de 18 ans). Dans ce cas, les pédiatres et les chirurgiens collaborent pour que les enfants bénéficient d'une prise en charge de qualité en fonction de la spécialité de chaque praticien. Les secrétariats eux aussi collaborent afin d'organiser l'admission et de préparer la sortie du patient et les éventuels rendez-vous ultérieurs.
- En cas de chirurgie programmée, les patients entrent en principe le jour même à 7h30. Ils sont préparés pour le bloc entre 7h30 et 8h00.
- Le suivi post opératoire immédiat se fait en salle de réveil avant le passage dans l'unité d'hospitalisation
- Le suivi post opératoire se fait dans l'unité à partir des consignes des anesthésistes et du chirurgien qui a opéré le patient

Le service des consultations :

Les pédiatres font des consultations publiques. Le planning a été établi en fonction de leurs activités dans les unités de soins :

- 2 pédiatres consultent les après-midi du lundi au vendredi

Prévention des situations à risque :

- Urgences ;
 - ✓ La liste des médecins de garde (gynécologues, pédiatres, anesthésistes) est affiché et accessible à tous,
 - ✓ Un chariot d'urgence complet, régulièrement vérifié est immédiatement disponible en salle de soins.

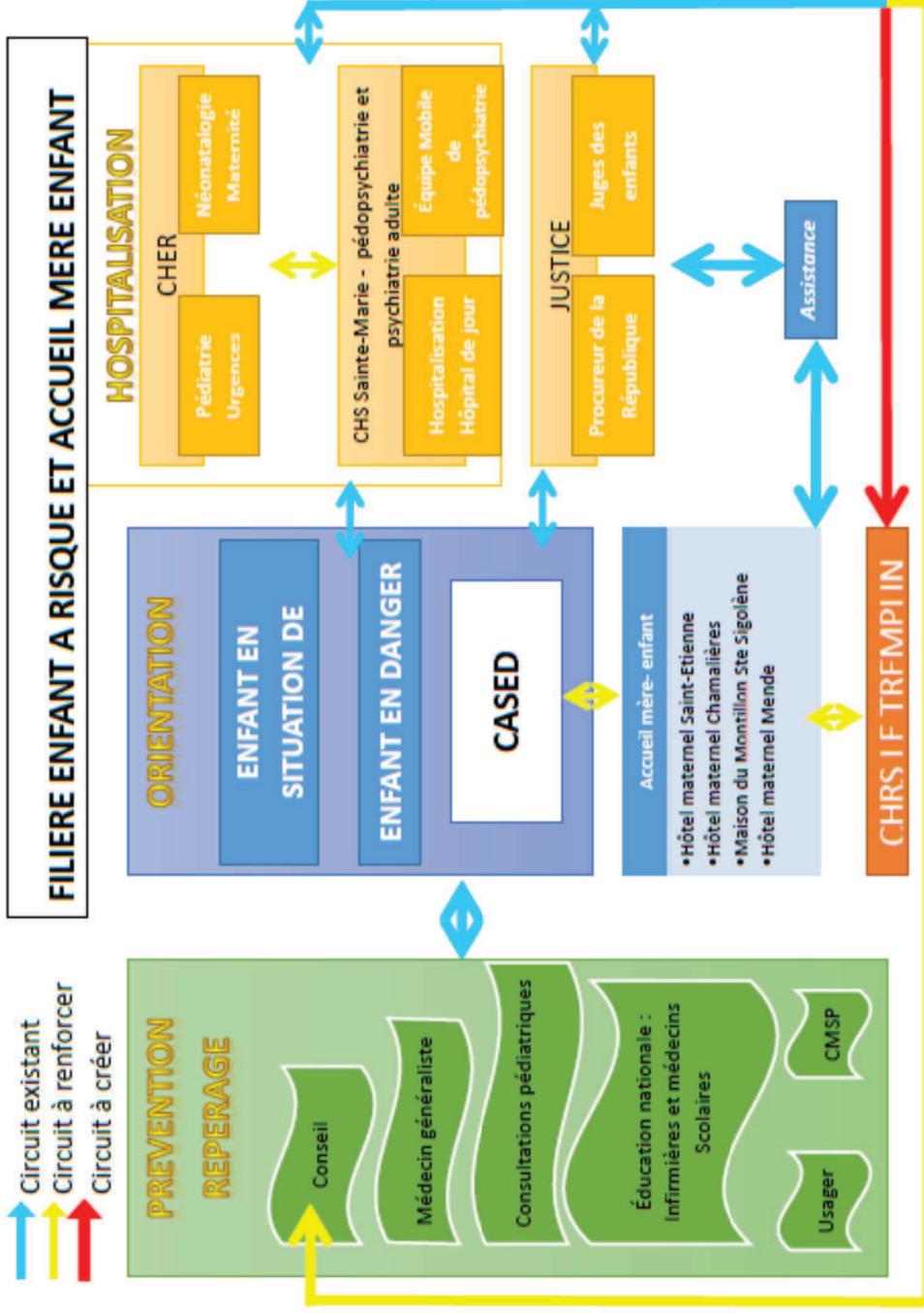
- Personnes vulnérables et en dangers :
 - ✓ Convention avec le CAMSP pour fluidifier le parcours de l'enfant vulnérable.
 - ✓ Lien avec la CASED dans les situations d'enfants à risque ou en danger.

- Pathologies infectieuses :
 - ✓ Précautions standard prises par tous les intervenants,
 - ✓ Prévention des infections nosocomiales surtout en périodes de pics saisonniers (prise en charge spécifique des bronchiolites, gastro-entérites), ainsi que pour des pathologies infantiles hautement contagieuses (coqueluche, rougeole, varicelle...)
 - ✓ Installation de solutions hydro-alcooliques dans chaque chambre, dans le sas d'entrée du service.

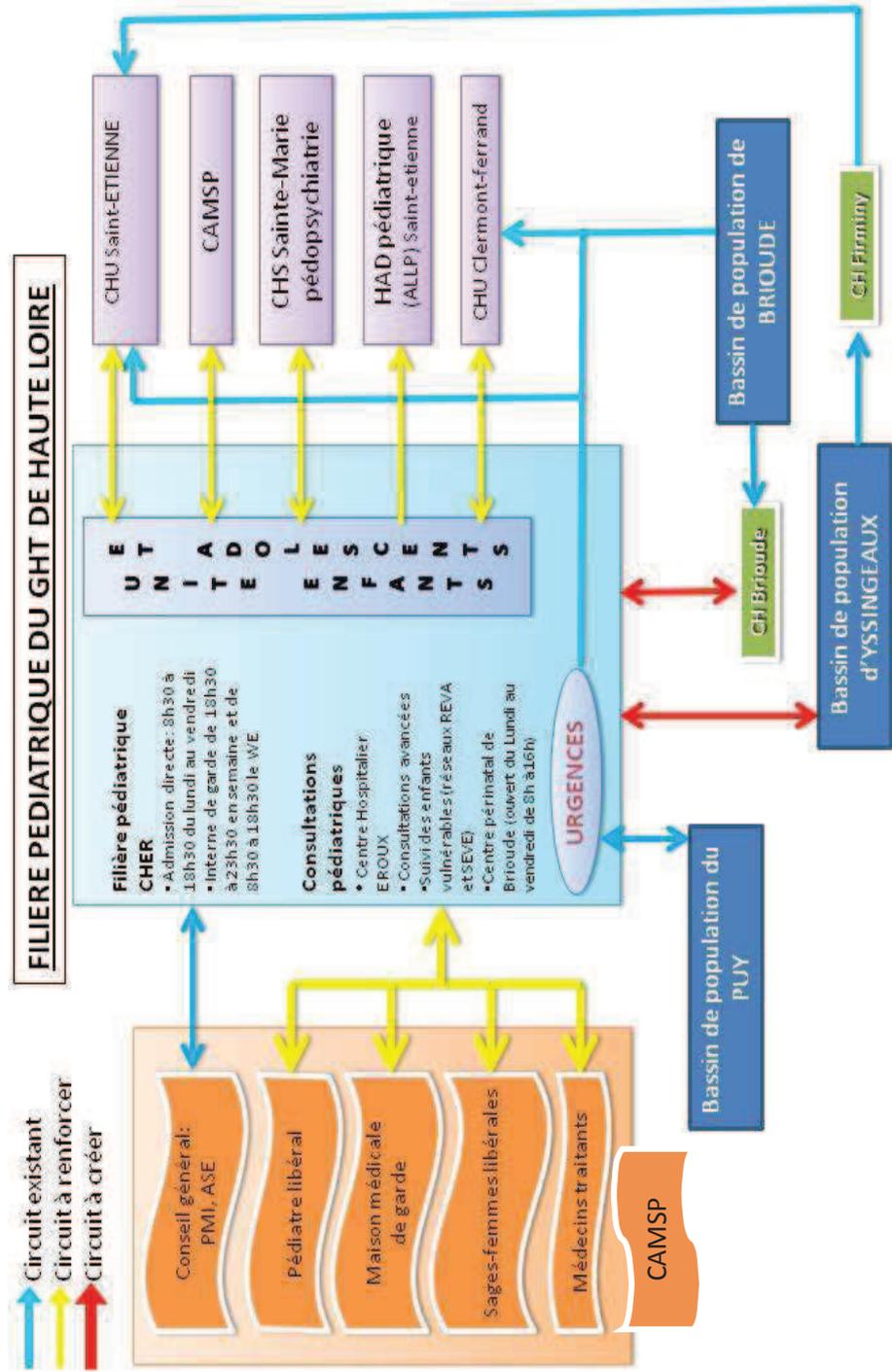
- Préventions du risque médico-légal et autres risques :
 - ✓ Traçabilité des actes dans le dossier de soins informatisé du patient sur un support unique de prescription et d'administration
 - ✓ Accidents d'exposition au sang : protocole disponible dans l'unité,
 - ✓ Suivi et maintenance du matériel assurés par le service du biomédical.

- Les STAFF médico-soignants du lundi au vendredi à 8h45

Axe 3 : Enfants vulnérables et accueil Mère / Enfant



4. ANNEXE 4 – FILIERE PEDIATRIQUE DU GHT DE HAUTE-LOIRE



4. Filière psychiatrique

La construction de la filière psychiatrique passera par la création d'une interface plus fonctionnelle entre le somatique et le psychiatrique, de la médecine de ville aux institutions sanitaires et médico-sociales. Il convient effectivement d'améliorer les flux de prise en charge et faciliter les interventions du secteur psychiatrique directement dans les structures et à domicile.

Le patient nécessitant une prise en charge psychiatrique doit pouvoir, une fois le somatique traité, être suivi, et/ou admis, et/ou réadmis en psychiatrie pour assurer la meilleure continuité des soins possible.

Cette filière a été construite dans les groupes, déjà existant, que sont :

- La gériatrie
- La pédiatrie
- Les urgences
- L'addictologie

Les éléments sont donc à consulter dans chacune des filières citées ci-dessus. Seule l'addictologie n'a pu envisager d'actions avec le CH de Sainte Marie car celui-ci est en attente d'un positionnement de l'ARS quant à l'avenir de cette prise en charge au sein de son établissement. Il conviendra, par conséquent, de développer ce partenariat dans les mois à venir. Un avenant modificatif du PMSP pourra être réalisé en ce sens.

5. Filière addictologie

1. Contexte

Restructuration de la filière addictologie de prise en charge permettant une adaptation du dispositif départemental

Méthodologie d'élaboration des projets de filières (I.1)

Pilotes : Dr GERARD

Groupe composé de :

- Dr GERARD, médecin chef de service Addictologie pole santé publique CHER
- Dr ROLLAND, médecin coordinateur CSAPA 43
- Dr NOELL, psychiatre addictologue CHER et SSR Addictologie Chambon sur Lignon
- Dr ANGUENOT, médecin référent équipe addictologie CH Brioude
- Dr RAMONA, psychiatre CHS Sainte-Marie
- Dr CHOKRI, psychiatre unité St Bernard CH St Marie
- David SOULIER, cadre de santé addictologie pole santé publique CHER
- Christine CHASSEFEYRE, cadre de santé CHER
- Bernard BRUN, IDE Coordonateur CH Brioude
- Françoise ALLANDRIEU, DSI Craponne
- Stéphanie FOIGNE, Infirmière addictologie Hôpital Langeac
- Valérie SABATIER, Yssingeaux
- Fabien DREYFUS, Directeur SSR Addictologie le Chambon sur Lignon
- Véronique MALOCHET, psychologue service addictologie CHER

Méthodologie de travail :

Echanges de mails, réunion d'état des lieux en déc 2016 et 2 réunions 22 et 29 mai 2017

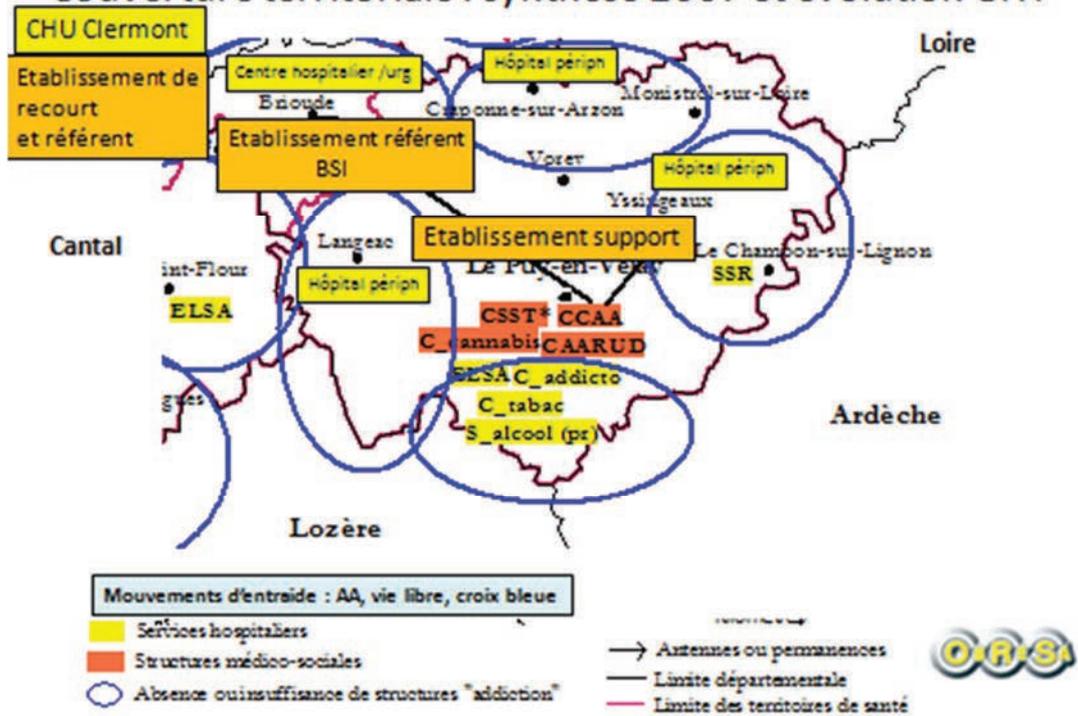
SWOT ADDICTOLOGIE et POPULATIONS

	Atouts	Handicaps
Analyse interne	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mutualisation des moyens au sein du Pôle Santé Publique ✓ Liens forts avec les partenaires 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de professionnels spécialisés en addictologie insuffisants (médecins, psychologues, infirmiers)
Analyse externe	<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Création de lits de sevrage complexe ✓ Développer la RdRD avec les pharmacies et structures 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réorganisation des lits de psychiatrie ✓ Absence de structure d'aval pour les comorbidités (troubles

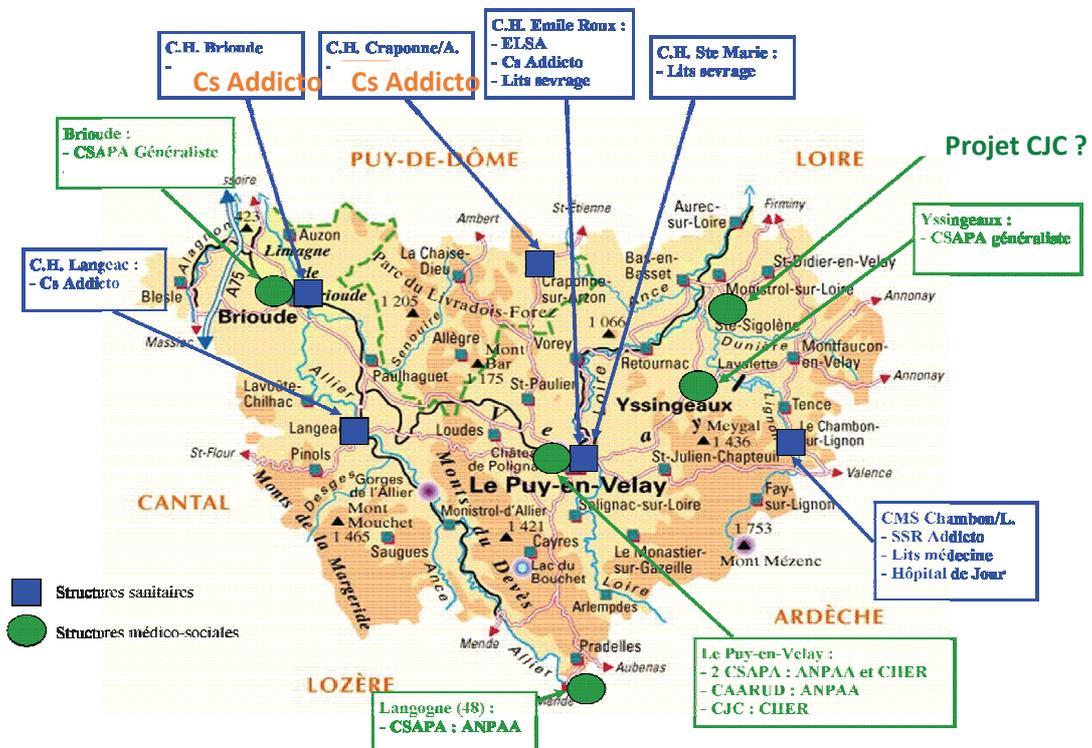
2. Diagnostic et enjeux de la filière addictologie

Sur les 10 dernières années l'offre de soins en addictologie sur le département s'est considérablement améliorée. La synthèse faite en 2007 par l'OBRESA mettait en évidence de nombreux territoires avec absence ou insuffisance de structure addiction. Le territoire est aujourd'hui couvert mais l'équilibre est fragile. Il y a de plus en plus de patients en démarche de soins ambulatoire et les délais sont plus longs pour les 1ers RDV spécialisés en médico-social (CSAPA) ou en sanitaire, les antennes CSAPA sur Brioude et Yssingaux sont saturées, les places en hospitalisation spécialisées en addictologie sont plus longues à obtenir (CHER, Ste Marie, SSR). Il y a de nombreux points de rupture dans la prise en charge centrée sur le patient et il existe de nombreuses inconnues sur l'avenir des moyens donnés à l'addictologie (poursuite des lits d'addictologie sur le CH Ste Marie, projet sevrage complexe sur le département, moyens pour développer les Consultations Jeunes Consommateurs, moyens pour développer la prévention...).

Couverture territoriale : synthèse 2007 et évolution GHT



Bilan en 2017 :

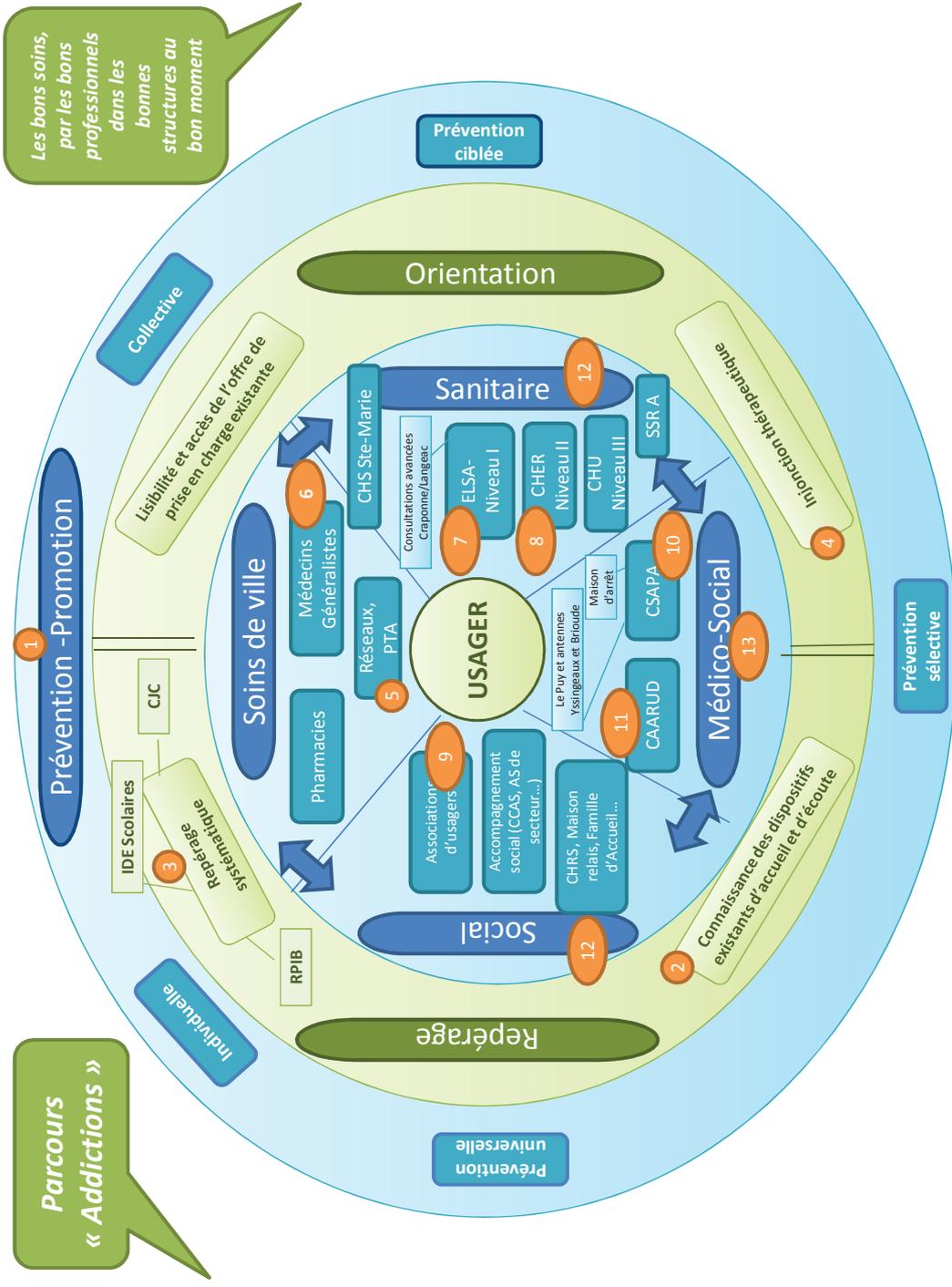


CAARUD : Antenne Mobile Monistrol, St Florine, Brioude, Chambon/Lignon + envoi postal matériel RdRD

CSAPA : visites à domicile AS sur tout le département

Constats : Évolution de l'ensemble des files actives :

		2014	2015	2016
CSAPA	entretiens IDE	1652	1734	2107
LE PUY	entretiens psycho	137	229	240
YSSINGEAUX	entretiens AS	262	283	376
BRIOUDE	cs médicales	3799	4489	5354
	cs psychiatre	215	/	/
	File active	488	558	641
	Nouveaux patients	140	165	160
MAISON D'ARRÊT	cs médicales	127 pour 44 patients	128 pour 62 patients	131 pour 61 patients
	entretiens AS	118 pour 42 patients	153 pour 60 patients	202 pour 69 patients
CJC	entretiens IDE	279	288	202
LE PUY	entretiens psycho			
YSSINGEAUX	entretiens AS			
BRIOUDE	cs médicales			
	cs psychiatre			
	File active	90	107	76
	Nouveaux Patients	64	64	
ELSA	entretiens IDE	2672	2746	1380
	entretiens psycho	331	341	351
	entretiens AS	94	93	77
	cs médicales	1751	2067	2191
	cs psychiatre	129	/	/
	File active	823	877	842
	Nouveaux Patients	557	542	375
Consultations externes addictologie CHER		362	354	336
Consultations addictologie Langeac	entretiens IDE	314	320	340
	entretiens psycho	112	129	136
	cs médicales (avec IDE)	185	151	144
	File active	77	69	79
	Nouveaux Patients	33	26	34
Consultations addictologie Craponne Mise en place des Cs le 15 avril 2014	Entretien IDE	157	301	301
	entretiens psycho	44	92	58
	cs médicales (avec IDE)	67	129	129
	File active	31	48	53
	Nouveaux Patients	31	30	29
Hospit CHER addicto		191	305	252
Consultations externes addictologie BRIOUDE	cs médicales	/	34	102
	entretiens IDE	170	0	104
	entretiens psycho	160	239	239



À partir du travail de l'ARS Bourgogne Franche Comté en lien avec la Fédération Addiction

Légende

Points de rupture du parcours « Addictions »

- 1 Multiplicité des actions insuffisamment évaluées et coordonnées entre les différents acteurs de la prévention
 - 2 Manque de connaissance de ces dispositifs par les usagers et les professionnels de santé
 - 3 Repérage des jeunes insuffisant par manque de moyens alloués
 - 4 Manque de médecins « relais »
 - 5 Manque de formation des professionnels de santé sur le territoire (médecins généralistes, pharmaciens...)
 - 6 Bon lien avec les médecins généralistes, mais problème de la démographie médicale
 - 7 Développer des lits de niveau I dans les hôpitaux locaux de Langeac et Craonne
 - 8 Absence de niveau II sur le territoire: projet à développer sur le CHER
 - 9 Inégalité de l'offre et manque de formation des bénévoles
 - 10 Augmentation de la file active et difficultés de suivi régulier de qualité
- 11 Difficulté d'articulation avec les structures sociales et/ou CSAPA
 - 12 Prise en charge non adaptée du public ayant des troubles cognitifs graves, absence de structure d'aval
 - 13 Prise en charge non adaptée du public ayant des comorbidités psychiatriques graves

Légende

Les sigles utilisés

RPIB

Repérage Précoce et Intervention Brève

CJC

Consultation Jeunes Consommateurs

ELSA

Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

SSRA

Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

CSAPA

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CAARUD

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

PTA

Plateforme Territoriale d'Appui

3. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Échéances
Articulation entre les différentes structures	Lutter contre les cloisonnements existants entre les hôpitaux du GHT, les membres du GHT et les autres structures, le sanitaire et le médico-social, l'addictologie et la psychiatrie et entre les différentes professions	Clarifier les missions de chacun et l'articulation des acteurs et des structures entre elles avec validation par les tutelles (feuille de route...)	Urgent 2 ^{ème} semestre 2017 puis bilan annuel
Dynamique de réseau	Absence de réseau addictologie sur le département (suite arrêt RESAAD43) Relancer une dynamique de réseau	Se rapprocher du réseau de la Loire (LOIREADD) pour profiter de leur expérience pour améliorer les échanges entre professionnels (bilan, réunions d'échanges, de formation...) Faire un état des lieux avec les professionnels de l'addictologie mais aussi les partenaires (sociaux, médico-sociaux, sanitaires...) pour faire un point sur les demandes et les projets à mettre en place. Organiser des assises de l'addictologie en Haute Loire de manière annuelle.	1 ^{er} semestre 2018 puis bilan annuel

Lits de niveau I sur le territoire (sevrage simple)	Permettre une hospitalisation de proximité pour des sevrages simples gérés par les médecins généralistes	Bilan sur chaque établissement des demandes et moyens utiles sur Langeac, Craponne, Brioude, Yssingaux, CHER	1 ^{er} semestre 2018 puis bilan annuel
La prise en charge médico-psycho-sociale sur la Haute Loire	Améliorer la réponse aux demandes des usagers avec une prise en charge de qualité au regard des textes de Loi	Partir des évaluations externes CSAPA 43 de 2017 pour améliorer les prises en charge <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la continuité des soins sur les bassins de santé du Brivadois et de l'Yssingelais (liens entre médecins généralistes, CSAPA CHER et ANPAA, équipes d'addictologie des hôpitaux de proximité - Autorisation des tutelles, moyens ajustés... 	2ème semestre 2018 et bilan annuel
Lits de niveau II (sevrage complexe) sur le département	Assurer une prise en charge hospitalière de qualité pour les usagers ayant les pathologies les plus complexes (comorbidité médicales ou psychiatriques)	Formalisation d'une demande d'autorisation aux tutelles d'un dossier sevrage complexe entre le CHER et le CH Ste Marie	2019
Prévention	Connaitre les dispositifs, harmoniser les prises en charge, centraliser les demandes	Faire un état des lieux des acteurs de prévention en addictologie, bilan des moyens, liens avec une commission des usagers, les dispositifs de la région (IREPS Rhône Alpes, Pole Régional de Compétence ex région Auvergne...).	1 ^{er} semestre 2019

Réflexion Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) sur le département	Améliorer la RdRD et l'accès aux soins (liens usagers – pharmacies, CAARUD – pharmacie, CSAPA – CAARUD...)	Réaliser un état des lieux et définir les projets entre les équipes CSAPA, CAARUD, acteurs de ville et sanitaires (projet TROD, évolution de la RdRD en lien avec les pharmacies...)	2020 puis bilan annuel
--	--	--	---------------------------

Cette filière, déjà très opérationnelle sur le département de la Haute-Loire entre tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire, doit donc poursuivre et confirmer cette dynamique.

6. Filière handicap

L'accès aux soins et l'accompagnement à la santé des personnes en situation de handicap

En 2013, le rapport JACOB sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées faisait le constat des difficultés rencontrées par les personnes handicapées dans leur parcours de santé. Elles rencontrent, comme d'autres populations fragilisées, un problème d'accessibilité géographique et financière aux services de santé. Mais l'obstacle majeur réside dans le fait que *les professionnels de santé n'ont pas été préparés à accueillir et à prendre en charge les personnes handicapées dans leurs spécificités*. C'est pourquoi il est impératif, pour le GHT43, d'intégrer à son Projet médical et de Soins Partagé, l'objectif d'un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement. Cette problématique est transversale et intéresse différents volets de ce projet :



Suivant les données du Schéma Départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2015-2020, le Département de la Haute Loire comptait en 2014 :

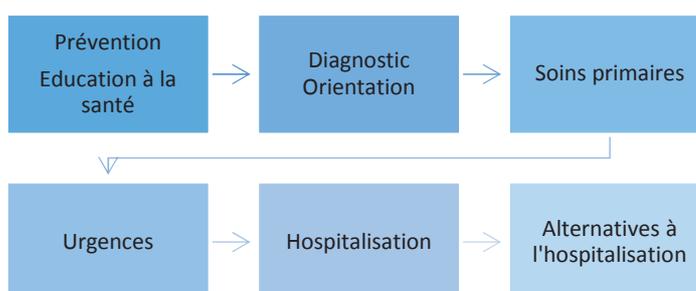
- 947 allocataires de l'AEEH, soit un taux de 19 pour 1000 enfants de 0 à 19 ans. Le taux pour la France entière est de 14 pour 1000.
- 5 056 allocataires de l'AAH, soit un taux de 40 pour 1000. Le taux pour la France entière est de 26 pour 1000.
- 959 bénéficiaires de la PCH et 229 allocataires de l'ACTP, soit un taux de 5.2 pour 1000. Le taux pour la France entière se situe à 4 pour 1000.

Ainsi, la population en situation de handicap de la Haute Loire présente des taux très supérieurs aux taux régionaux et nationaux et à tendance à fortement croître, notamment du fait de la croissance démographique, particulièrement marquée au Nord Est du Département. Pour ce qui concerne l'offre de service en direction des personnes handicapées, le département de la Haute-Loire dispose de 71 établissements et services ; ce qui engage à poursuivre et développer de nombreux partenariats sur le territoire de la Haute Loire.

	BSI Brioude		BSI Le Puy		BSI Yssingeaux		Total	
	Etab.	Places	Etab.	Places	Etab.	Places	Etab.	Places
Enfance handicapée								
CAMSP	1	13	1	40			2	53
CMPP	0	0	1	250	1	250	2	500
IME	2	91	2	91	1	62	5	244
Itep	1	25	1	49			2	74
Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés	0	0	2	29	0	0	2	29
Déficience auditive: internat	0	0	1	20			1	20
SESSAD (DI, TCC, Def motrice)	3	38	6	120	3	90	12	248
Déficience auditive: SSEFIS	0	0	1	20			1	20
Déficience visuelle SAAAS	0	0	1	15			1	15
Total enfance	7	167	16	634	5	402	28	1203
Adultes handicapés								
MAS			2	106	1	11	3	117
FAM	1	29	5	124	2	34	8	187
Foyers de vie	1	26	1	25	2	71	4	122
Foyers d'hébergement	1	38	4	111	2	39	7	188
ESAT	1	78	3	257	3	136	7	471
Foyers polyvalents							0	0
SAVS	1	23	3	134	2	60	6	217
SAMSAH			3	30			3	30
SSIAD places PH	1	4	2	12	2	11	5	27
Total adultes	6	198	23	799	14	362	43	1359
Total général	13	365	39	1433	19	764	71	2562

Les membres du Groupement Hospitalier de la Haute Loire ont une offre en direction des personnes handicapées adultes dans le cadre de leurs activités SSIAD : 1 place personnes handicapées sur les 44 places du CH d'Yssingeaux, 2 places handicapées sur les places du SSIAD du CH de Langeac. Le CH de Brioude développe une activité bucco-dentaire et a établi un partenariat avec le CAMS. L'activité SSR des membres et associés est particulièrement concernée par la problématique du parcours de soins/parcours de vie des personnes en situation de handicap. L'HAD intervient auprès de personnes en situation de handicap à domicile ou en établissement médico-social. Un accord-cadre sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap au Centre Hospitalier Émile Roux a été signé en 2010 avec différents établissements et services en direction des personnes handicapées. Celui-ci avait pour objectif d'améliorer les conditions d'accueil, de promouvoir une meilleure connaissance réciproque des institutions et un renforcement de la coordination entre les acteurs. Il est en cours d'actualisation en 2017.

On ne peut, envisager la construction d'une « filière handicap », du fait de l'extrême diversité des situations de handicap et des problèmes de santé que rencontrent les personnes dans ces situations. Par contre, on peut identifier des temps ou situations clés dans le parcours de soins :



Pour construire un parcours de soins et de santé sans rupture dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap, le Projet Médical et de Soins Partagé est décliné en quatre axes.

1. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Échéances
Sensibilisation, formation et démarche éthique dans l'accompagnement	Construire une culture commune de l'accompagnement à la santé des personnes handicapées	Adopter et mettre en œuvre la Charte Romain Jacob dans l'ensemble des établissements du Groupement Hospitalier de la Haute Loire Mieux connaître les difficultés vécues par les personnes en situation de handicap et les professionnels dans leur parcours de soin Organiser des actions communes de formation et de sensibilisation des professionnels Développer les échanges interprofessionnels et inter-établissement, avec la contribution des personnes en situation de handicap et leurs associations	2017-2018 2017-2018 2019-2020 2017-2018
Parcours de soins	Améliorer l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap	Étendre l'accord-cadre sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap du Centre Hospitalier Émile Roux, Mettre en place dans chaque établissement membre du GHT43 des référents Accueil des personnes en situation de handicap, chargés de soutenir les actions de sensibilisation et d'amélioration des pratiques professionnelles, travaillant en réseau au sein du GHT Faciliter et développer l'accès aux soins dans le lieu de vie	2017-2018 2017-2018 2019-2020

Continuité de la prise en charge	Renforcer la coordination des acteurs	Mieux faire connaître l'offre de service et les personnes ressources Améliorer la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement Soutenir l'utilisation de Via-Trajectoire Handicap par les acteurs hospitaliers	2017-2018 2019-2020 2019-2020
Organisation de l'offre de soins	Développer les coopérations pour une meilleure réponse aux besoins de santé	Faciliter le déploiement des services en direction des personnes en situation de handicap sur chacun des bassins de santé intermédiaires par le développement des coopérations Faciliter l'échange des pratiques et les démarches d'amélioration de la qualité conjointes	2017-2018 Après 2020

Axe 1 : Construire une culture commune de l'accompagnement à la santé des personnes en situation de handicap

Adopter et mettre en œuvre la Charte Romain Jacob dans l'ensemble des établissements du Groupement Hospitalier de la Haute Loire

La Charte Romain Jacob « Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap a fait l'objet d'une réflexion organisée et fédérée par le groupe MNH, regroupant l'ensemble des acteurs nationaux du soin et de l'accompagnement, sous le haut patronage de l'Académie de médecine et a été signé le 16 décembre 2014. Son adoption par l'ensemble des membres, partenaires et associés du GHT43 marquera son engagement dans une politique concertée.

- Organisation de l'adoption de la Charte par les membres, partenaires et associés
- Action de communication avec les membres du GAMS43

↪ **Mieux connaître les difficultés vécues par les personnes en situation de handicap et les professionnels dans leur parcours de soins**

Les associations du champ du handicap témoignent de nombreuses difficultés dans l'accès aux soins aux différentes étapes du parcours de santé. Il est nécessaire d'affiner le diagnostic avec les professionnels du secteur mais aussi avec les personnes concernées et leurs associations. Par exemple, l'association Handidactique a lancé un questionnaire permanent permettant de mettre en lumière les difficultés vécues par les personnes en situation de handicap.

- Questionnaire à destination des professionnels du champ du handicap
- Questionnaire en direction des personnels hospitaliers
- Utilisation du questionnaire de l'association handidactique pour l'expression des personnes en situation de handicap elle-même
- Recueil de données concernant le recours aux services par les personnes en situation de handicap

↪ **Organiser des actions communes de formation et de sensibilisation des professionnels**

Pour un meilleur accueil et accompagnement des personnes en situation de handicap, la nécessité de former les personnels hospitaliers est reconnue. Deux niveaux de formation sont à prendre en compte ; pour les acteurs du projet handicap et pour l'ensemble des intervenants. Les actions concernées peuvent entrer dans le DPC.

- Formation inter-établissement des référents handicap
 - Plan pluriannuel inter-établissements à destination des personnels soignants et sociaux
 - Actions de formation à destination des médecins
- **Développer les échanges interprofessionnels et inter-établissements, avec la contribution des personnes en situation de handicap et leurs associations**

Il s'agit de favoriser l'interconnaissance entre équipes mais aussi familiariser les personnes en situation de handicap au système hospitalier.

- Programme de rencontre/visite des services hospitaliers
- Programme de rencontre/visite des établissements et services du champ du handicap

Axe 2 : Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

↳ **Étendre l'accord-cadre sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap au Centre Hospitalier Émile Roux,**

L'accord cadre a été signé en 2010. Un bilan a été réalisé en 2012. Une fiche de liaison a été élaborée. Il s'agit d'évaluer la mise en œuvre de l'accord-cadre avec les partenaires signataires et d'amender son contenu sur cette base, en incluant la question de la sortie d'hospitalisation et veiller à sa mise en œuvre au sein du GHT43 :

- Évaluation de l'accord cadre
- Élaboration d'un nouvel accord-cadre sur le périmètre du GHT43 (fin 2017)
- Mise en place d'un Comité de suivi

↳ **Mettre en place dans chaque établissement membre du GHT43 des correspondants Accueil des personnes en situation de handicap**

Il s'agit de : constituer un réseau d'échanges de pratiques, de soutenir et coordonner les actions d'amélioration de l'accueil des personnes en situation de handicap au sein de chaque établissement et de désigner un interlocuteur pour les partenaires du champ du handicap, d'assurer la participation des correspondants au Comité de suivi de l'accord cadre.

- Désignation d'un binôme par établissement (soignant et travailleur social)
- Formation des référents (cf. Axe 1)
- Organisation du groupe des correspondants et ses travaux

↳ **Faciliter et développer l'accès aux soins dans le lieu de vie de la personne en situation de handicap**

Il s'agit de développer les prises en charge en ambulatoire des personnes en situation de handicap, dans le but d'éviter autant que faire se peut les hospitalisations, d'améliorer l'accès aux soins (accessibilité géographique, culturel, financière et délai d'accès), pour les personnes à domicile comme les personnes hébergées en établissement, médicalisés ou non. Cela concerne le développement des consultations avancées de spécialistes, l'intervention des SSIAD en établissements non médicalisés ou à domicile, l'intervention de l'HAD en établissement et à domicile, l'intervention des équipes mobiles en soins palliatifs et en gériatrie (problématique du vieillissement des personnes handicapées) en soutien aux équipes.

- Développement des consultations avancées et communication auprès des acteurs du champ du handicap
- Développement de l'offre en places personnes handicapées des SSIAD et intervention dans les établissements non médicalisés
- Développement des prises en charge HAD dans le champ du handicap
- Développement de l'intervention des équipes mobiles Soins palliatifs et Gériatrie

Axe 3 : Renforcer la coordination des acteurs

↪ **Mieux faire connaître l'offre de service et les personnes ressources**

L'amélioration du parcours de soins des personnes en situation de handicap nécessite une bonne connaissance des interlocuteurs hospitaliers du territoire : services hospitaliers, réseau des correspondants Handicap qui seront nommés...

- Réalisation d'un annuaire

↪ **Améliorer la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement**

L'amélioration du parcours de soins des personnes en situation de handicap nécessite un partage d'information renforcé, qui doit particulièrement être pris en compte dans les projets du GHT en matière de système d'information.

- Développement de l'utilisation du DMP dans le champ du handicap
- Développement de la messagerie sécurisée dans l'échange d'informations entre professionnels
- Extension de l'outil mis en place pour l'hospitalisation des personnes âgées dans le champ du handicap

↪ **Soutenir l'utilisation de Via-Trajectoire Handicap par les acteurs hospitaliers**

L'utilisation de Via Trajectoires pour l'orientation des patients, aussi bien dans le parcours hospitalier que l'orientation vers les établissements médico-sociaux, améliore le parcours patient mais aussi permet de mieux connaître les parcours.

- Accompagnement du déploiement futur de Via Trajectoires Handicap
- Recueil des données et analyse au niveau du GHT43 des parcours

Axe 4 : Développer les coopérations pour une meilleure réponse aux besoins de santé des personnes en situation de handicap

↪ **Faciliter le déploiement des services en direction des personnes en situation de handicap sur chacun des bassins de santé intermédiaires par le développement des coopérations**

Le renforcement des liens entre acteurs du champ sanitaire et du champ du handicap est propice au déploiement des services en direction des personnes en situation de handicap au-delà de la gestion des parcours. Les partenariats peuvent porter sur la mise à disposition de locaux, des prestations de service, des mutualisations de personnel... Ils concernent l'adhésion au GHT43 des établissements médico-sociaux et la création de groupements de coopération.

- État des lieux des coopérations entre les membres du GHT43 et les établissements et services du champ du handicap
- Élaboration d'un projet de développement des coopérations, déclinés par établissement membre et par type de coopération

↪ **Faciliter l'échange des pratiques et les démarches d'amélioration de la qualité conjointes**

Les actions d'amélioration du parcours patient et leur évaluation peuvent être conduites de façon concertée et partagées avec les acteurs du champ du handicap. L'échange de pratiques peut être étendu à d'autres thématiques (hygiène...).

- Élaboration des procédures conjointes concernant les parcours
- Programmes conjoints (EPP, évaluation des risques...)

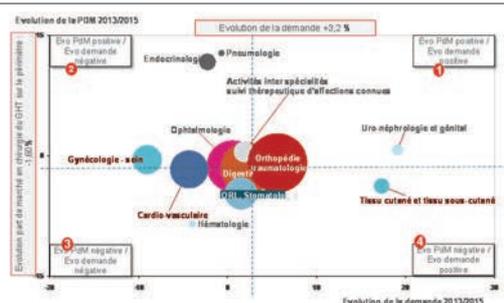
✓ Filière médico chirurgicale

1. Filière spécialités d'organes

Les Centres hospitaliers Emile Roux et de Brioude proposent une activité de chirurgie au sein du GHT. Les spécialités suivantes sont déjà proposées : anesthésie, orthopédie, traumatologie, viscéral et digestif, vasculaire, maxillo-faciale, odontologie, ORL, ophtalmologie, urologie, gastro-entérologie, thoracique, chirurgie esthétique.

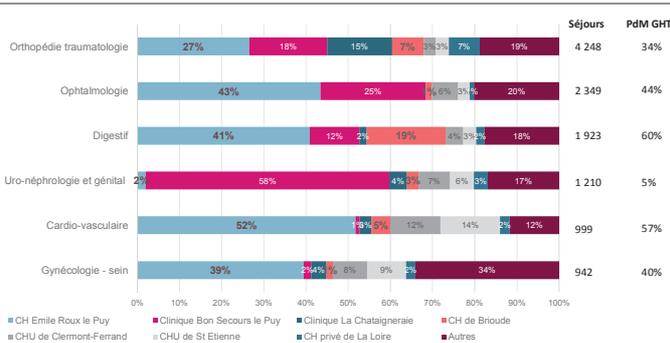
L'offre publique départementale en chirurgie est confrontée à une forte attractivité des départements limitrophes et avoisinants (Loire, Cantal, Puy de Dôme, Rhône avec les Hospices Civils de Lyon). Le taux de fuite en chirurgie du département de la Haute Loire s'élève à 55%, depuis 3 ans. L'activité des établissements privés de la Haute Loire contribue également à restreindre le positionnement du GHT en chirurgie. Ainsi, si la part de marché du GHT en chirurgie est de 29% en 2015, elle atteint 46% lorsque les établissements associés ou partenaires sont inclus. Cette part de marché est de 40% si l'on considère leur positionnement sur la zone d'attractivité cumulée des deux établissements¹. Le GHT bénéficie d'un positionnement marqué sur la plupart des activités à plus fort volume (ortho-traumatologie, le digestif et l'ophtalmologie) qui représentent plus de la moitié de l'activité. L'activité chirurgicale progresse dans les deux établissements depuis 2013.

Les activités les plus importantes présentent une augmentation de la demande mais les Pdm restent stables sur le département **Répartition de l'activité de chirurgie entre les établissements à l'échelle du département en 2015**



La taille des bulles représente la demande en séjours sur le seul périmètre d'étude

Source : PMSI



Les domaines d'activité mentionnés correspondent à 80% des séjours de chirurgie du département

Source : PMSI

¹ La zone d'attractivité cumulée se compose des communes représentant 80% de l'activité de chaque établissement

Les taux de chirurgie ambulatoire et des gestes marqueurs se sont améliorés entre 2012 et 2015 : le taux de chirurgie ambulatoire est passé pour le GHT de 37,09% à 43,32%, ce qui le rapproche du 8e décile des établissements de sa catégorie (44,79%).

Il conviendra de poursuivre la dynamique instaurée sous la Communauté Hospitalière de Territoire concernant les deux établissements autorisés en chirurgie, à savoir le CH de Brioude et le CH Emile Roux.

Associés, ces deux établissements constituent une force pour conforter l'offre publique de chirurgie et limiter la fuite de patientèle vers les établissements des départements limitrophes :

- Côté Ouest, vers les établissements privés clermontois ;
- Côté Est, vers les établissements stéphanois.

La stratégie de groupe doit permettre de :

- Promouvoir la chirurgie conventionnelle et ambulatoire du Centre Hospitalier Émile Roux du Puy en Velay.
- Poursuivre l'activité de la chirurgie conventionnelle et développer une chirurgie ambulatoire sur le Centre Hospitalier de Brioude afin d'optimiser son plateau technique.

1. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail	Projets prioritaires	Actions prévues	Echéances
Optimiser les parcours patients en chirurgie	Développer la prise en charge ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser une étude de dimensionnement capacitaire cible par établissement à partir des objectifs d'activité réalisés en ambulatoire définis par chaque spécialité Renforcer le parcours patient ambulatoire à l'échelle du GHT 	2017-2018
	Optimiser le parcours du patient en hospitalisation conventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Mener une réflexion spécifique sur la prise en charge gériatrique en chirurgie Développer des programmes de récupération rapide des patients après une chirurgie Développer le recours à l'HAD 	2017-2019
Renforcer le positionnement du GHT sur le département	Poursuivre la mise en place de consultations avancées	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place de nouvelles consultations avancées 	2017-2018
	Renforcer le lien avec la médecine de ville	<ul style="list-style-type: none"> Rendre vivantes et accessibles les informations relatives à l'offre de soins du territoire Accorder aux sollicitations des médecins de ville une attention privilégiée et une réponse adaptée Respecter les délais d'envoi du courrier en sortie d'hospitalisation 	2018-2020

Axe 1 : Optimiser les parcours patients en chirurgie au sein du GHT

L'une des priorités sera l'optimisation des parcours des patients.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète est une priorité nationale avec l'objectif affiché d'un taux de chirurgie ambulatoire de plus de 62.2% à l'horizon 2018. Dans ce contexte, les techniques médicales et la tarification à l'activité évoluent progressivement, depuis quelques années, au profit de la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, en sus de la chirurgie ambulatoire, toujours dans un souci d'améliorer l'offre de soins en termes de réponse à la population et d'efficacité médico-économique, l'ensemble des établissements du GHT travaillera à la réduction de ses durées de séjours par un parcours patient en hospitalisation conventionnelle optimisé. Le renforcement du lien Ville/Hôpitaux Généraux et de proximité, sur l'ensemble de l'offre, notamment pour les lits d'hospitalisation post-chirurgie et d'aval, sera donc particulièrement travaillé. L'offre de soins chirurgicale publique sera ainsi privilégiée au sein du GHT 43.

L'objectif de cet axe est double :

- **Développer la prise en charge ambulatoire** sur les sites du CHER et du CH de Brioude en développant le partenariat entre les deux établissements. Les spécialités envisagées dans un premier temps seront la chirurgie digestive et viscérale, l'orthopédie, l'ophtalmologie, l'ORL, la stomatologie, et la chirurgie vasculaire.

Deux actions seront développées par le GHT :

- **Renforcer conjointement le parcours patient ambulatoire à l'échelle du GHT** afin d'en assurer l'efficacité aux plans organisationnels et de la qualité de prise en charge / gestion des risques
- **Définir en concertation entre le CHER et le CH de Brioude des cibles d'activité ambulatoire** (par spécialité et type de prise en charge) **et des cibles de performance organisationnelles** (taux d'occupation des lits et taux de rotation des places...). **À l'issue de ce travail, le GHT réalisera une étude de dimensionnement capacitaire cible par établissement et définira le capacitaire cible par établissement.**
- **Optimiser le parcours du patient en hospitalisation conventionnelle**

Trois actions seront proposées :

- ✓ **Mener une réflexion spécifique sur la prise en charge gériatrique en chirurgie**, à partir d'une segmentation de la patientèle chirurgicale âgée (typologie des profils patients et des interventions réalisées), il s'agira pour les équipes de formaliser la filière optimale
- ✓ **Développer des programmes de récupération rapide des patients après une chirurgie.** Le programme de récupération rapide après chirurgie (RRAC) en orthopédie en cours de mise en place constituera un projet pilote au sein du GHT qui pourra être dupliqué à d'autres disciplines en fonction de son évaluation à J+1an.
- ✓ **Développer le recours à la HAD** en réalisant un travail conjoint sur les critères d'accès en HAD qui permettra de formaliser le fonctionnement du GHT avec la HAD et permettre notamment l'intervention de la HAD dès l'entrée dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

Axe 2 : Renforcer le positionnement du GHT en chirurgie sur le département

L'autre priorité consiste en la recherche d'une attractivité nouvelle au sein des structures du GHT43 ; l'objectif étant de capter la patientèle auprès des médecins adresseurs, les médecins généralistes libéraux notamment. Cette stratégie gagnant-gagnant doit permettre de maintenir et de développer une chirurgie publique forte sur le territoire du Groupement Hospitalier de Territoire au bénéfice des patients de la Haute-Loire, et des départements frontaliers.

Par ailleurs, dans un souci permanent d'amélioration de l'offre de soins (adaptation au vieillissement de la population et à la croissance des pathologies chroniques, optimisation des dépenses de santé, amélioration de la prise en charge, diminution des délais de RDV, diminution du taux de fuite...), il est nécessaire de limiter au maximum les déplacements des patients, médicalisés ou non. Pour se faire, il a été impulsé, sous l'égide de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), le développement des consultations avancées de proximité par des spécialistes du CHER et de la Clinique Bon Secours. Ainsi, sur l'hôpital de proximité d'Yssingaux, 15 consultations de spécialistes ont été mises en place à la fin 2015. Sur celui de Craponne Sur Arzon, deux ont été déployées entre 2014 et 2015. Sur celui de Langeac, il y en a eu trois sur la même période, et sur le CH de Brioude, une démarche de partage de compétences a été initiée, depuis 2016, au travers du pôle de santé publique, en filiation avec celui du CHER. Deux antennes de l'HAD43, dont le siège est au CHER, ont été déployées à Brioude et Yssingaux.

De la même manière, le Protocole Sud a permis la mise en place de partenariats (consultations et interventions chirurgicales, postes partagés...) par l'intervention de praticiens du CHU de Clermont-Fd, qui ont vocation à être pérennisés et étoffés : médecine interne, neurologie, cardiologie, rhumatologie, chirurgie ortho-traumatologique, médecine du travail ainsi que gynécologie et pédiatrie en lien avec la Maternité du CH d'Issoire (établissement en Direction Commune avec le CHU de Clermont-Fd).

Il convient de poursuivre cette action sur l'ensemble des établissements "parties" du GHT en concertation avec les médecins généralistes et l'offre de soins libérale.

Cette orientation permettra d'offrir à la population une égalité d'accès aux soins : population depuis le domicile et à domicile, personnes hébergées en établissement médico-social et patients hospitalisés dans les unités hospitalières de l'établissement accueillant les consultations avancées.

Partant de ce constat, le GHT souhaite atteindre deux objectifs sur cette filière :

- **Poursuivre la mise en place de consultations avancées** sur le territoire du GHT, en concertation avec les autres établissements parties du GHT. La zone d'attractivité (ZA) du CH d'Yssingaux regroupe le plus grand nombre de patients pris en charge en chirurgie au CHER du GHT. 80% des séjours chirurgicaux des patients issus des ZA des établissements parties du GHT concernent 5 activités : ophtalmologie, orthopédie, ORL/stomatologie, digestif et cardio-vasculaire.
- **Renforcer le lien avec la médecine de ville**, en intégrant davantage les libéraux dans l'organisation du parcours patient.

Trois actions seront mises en œuvre par le GHT :

- ✓ **Rendre vivantes et accessibles les informations relatives à l'offre de soins en chirurgie**
- ✓ **Accorder aux sollicitations des médecins de ville une attention privilégiée et une réponse adaptée**
- ✓ **Améliorer les délais d'envoi du courrier en sortie d'hospitalisation**

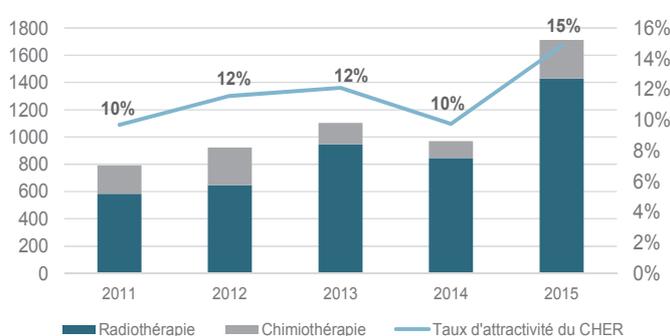
2. Filière pathologies tumorales

Cette filière de prise en charge est déjà construite sur le département et la région pour diverses spécialités. Elle implique les acteurs privés et publics, dont les CHU et les Centres de Lutte Contre le Cancer. Les Centres hospitaliers du Puy en Velay et de Brioude proposent une activité d'oncologie au sein du GHT. Le CH Émile Roux dispose de trois autorisations en chirurgie mammaire, digestive et ORL/cervico-faciale et maxillo-faciale, en sus de son autorisation en chimiothérapie et radiothérapie. Le CH de Brioude dispose de son côté d'une autorisation de chimiothérapie en tant que centre associé du CHU de Clermont-Ferrand.

Données d'activité en oncologie 2015

Oncologie	CHER	CH de Brioude	GHT
Nombre de séances de chimiothérapie pour cancer	3 006	642	3 648
Nombre de séances de radiothérapie pour cancer	8 568	NA	8 568
Évolution du nombre de séances depuis 2011	+ 45%	+ 147%	+ 48%
Nombre d'interventions chirurgicales	157	11	168

Évolution du nombre de séances du CHER pour des patients domiciliés à Brioude entre 2011 et 2015



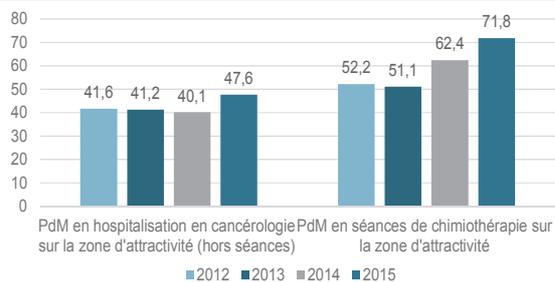
Source : Étude CHER mai 2016

Source : CHER et CH – PMSI

Sur sa zone d'attractivité, le CH Emile Roux gagne des parts de marché à la fois en hospitalisation de cancérologie et en séances de chimiothérapie entre 2012 et 2015. Le CH de Brioude s'est dans la même période positionné sur les séances (+12,3 points).

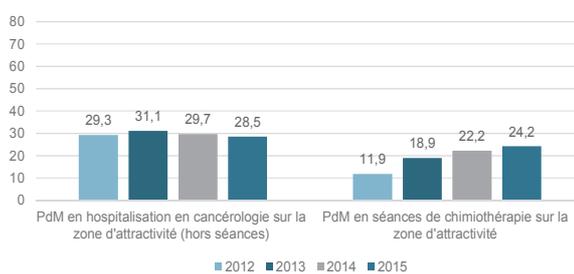
Malgré cette augmentation depuis quelques années, le taux de fuite reste au-dessus de 75%. Les principaux acteurs positionnés sur la zone d'attractivité de Brioude sont d'abord le CHU de Clermont-Ferrand (32,2% de PdM en 2015), le Centre régional Jean Perrin (20,6%), le pôle de santé république – Clermont (14,3%), le CH Émile Roux (6,4%).

Évolution des parts de marché du CH Emile Roux sur sa zone d'attractivité 2011-15



Source : PMSI

Évolution des parts de marché du CH de Brioude sur sa zone d'attractivité 2011-15



Source : DIM CHER mai 2016 à partir du PMSI

L'enjeu de la filière consiste à poursuivre le développement des équipes médicales et chirurgicales en oncologie, radiologie et radiothérapie afin de rendre possible les prises en charge de cancers sur le territoire de la Haute-Loire et faciliter, de ce fait, la vie des patients en leur offrant proximité et qualité.

1. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail	Projets prioritaires	Actions prévues	Echéances
Optimiser les parcours patients en chirurgie	Développer la prise en charge ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des objectifs d'activité réalisés en chirurgie ambulatoire pour l'activité carcinologique • Renforcer le parcours patient ambulatoire à l'échelle du GHT 	2017-2018
	Optimiser le parcours du patient en hospitalisation conventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Mener une réflexion spécifique sur la prise en charge gériatrique en chirurgie • Développer des programmes de récupération rapide des patients après une chirurgie • Développer le recours à la HAD • Créer une Unité de Soins Palliatifs au CHER et des lits de soins palliatifs sur les établissements de proximité 	2017-2019
Renforcer le positionnement du GHT sur le département	Favoriser des diagnostics plus précoces du cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la mise en place de consultations avancées • Renforcer l'accès à l'offre de cancérologie • Acquérir un scanner Sur le CH de Brioude 	2017-2018 2018-2019
	Renforcer le lien avec la médecine de ville	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre vivantes et accessibles les informations relatives à l'offre de soins du territoire • Accorder aux sollicitations des médecins de ville une attention privilégiée et une réponse adaptée • Améliorer les délais d'envoi du courrier en sortie d'hospitalisation 	2018-2020

Axe 1 : Optimiser les parcours patients atteints de pathologies tumorales

L'une des priorités sera l'optimisation des parcours des patients. Le projet de la filière prend en compte les évolutions suivantes, qui viendront en impacter l'organisation dans les dix prochaines années :

- Le développement de la chirurgie ambulatoire
- La réduction progressive du nombre de séances de radiothérapie grâce à des techniques plus performantes
- Le développement de la réalisation de la chimiothérapie à domicile grâce au développement des traitements oraux et de l'hospitalisation à domicile
- La montée en charge de la caractérisation des tumeurs qui permet de mieux connaître les tumeurs pour les soigner de manière ciblée
- Le développement de la radiologie interventionnelle, permettant des actes plus précis et moins invasifs pour les patients
- Le développement des soins de support afin de prendre en charge le patient dans sa globalité

Il conviendra de construire les parcours de prise en charge sur le GHT 43 en oncologie générale, gynécologique, du sein, urologique, digestif, ORL et hématologique.

L'objectif de cet axe est double :

1. Développer la prise en charge ambulatoire sur les sites du CHER et du CH de Brioude en développant le partenariat entre les deux établissements.

Deux actions seront développées par le GHT :

- **Renforcer conjointement le parcours patient ambulatoire à l'échelle du GHT** afin d'en assurer l'efficacité aux plans organisationnels et de la qualité de prise en charge / gestion des risques
- **Définir en concertation entre le CHER et le CH de Brioude des cibles d'activité ambulatoire** Les spécialités envisagées dans un premier temps seront le sein et l'ORL.
- **Optimiser le parcours du patient en hospitalisation conventionnelle**

Trois actions seront proposées :

- **Mener une réflexion spécifique sur la prise en charge en oncogériatrie**, à partir d'une segmentation de la patientèle chirurgicale âgée (typologie des profils patients et des interventions réalisées), il s'agira pour les équipes de formaliser la filière optimale pour ces patients
- **Développer le recours à la HAD** en réalisant un travail conjoint sur les critères d'accès en HAD qui permettra de formaliser le fonctionnement du GHT avec la HAD.
- **À terme, envisager la mise en place de programmes de récupération rapide des patients après une chirurgie**, à partir du retour d'expérience du programme de récupération rapide après chirurgie (RRAC) qui va être mis en place en orthopédie au CHER.
- **Créer une unité de soins palliatifs au CHER et développer des lits de soins palliatifs sur les structures de proximité.**

Axe 2 : Renforcer le positionnement du GHT sur le département sur les pathologies tumorales

L'autre priorité consiste en la recherche d'une attractivité renforcée au sein des structures du GHT43 ; l'objectif étant de capter la patientèle auprès des médecins adresseurs, les médecins

généralistes libéraux notamment. Cette stratégie gagnant-gagnant doit permettre de maintenir et de développer une chirurgie publique forte sur les pathologies tumorales sur le territoire du Groupement Hospitalier de Territoire au bénéfice des patients de la Haute-Loire, et des départements frontaliers, en lien avec le CHU de Clermont-Ferrand.

Par ailleurs, dans un souci permanent d'amélioration de l'offre de soins (adaptation au vieillissement de la population et à la croissance des pathologies chroniques, optimisation des dépenses de santé, amélioration de la prise en charge, diminution des délais de RDV, diminution du taux de fuite...), il est nécessaire de limiter au maximum les déplacements des patients, médicalisés ou non. Pour se faire, il a été impulsé, sous l'égide de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), le développement des consultations avancées de proximité par des spécialistes du CHER et de la Clinique Bon Secours.

Il convient de poursuivre cette action sur l'ensemble des établissements "parties" du GHT en concertation avec les médecins généralistes et l'offre de soins libérale.

Cette orientation permettra d'offrir à la population une égalité d'accès aux soins : population depuis le domicile et à domicile, personnes hébergées en établissement médico-social et patients hospitalisés dans les unités hospitalières de l'établissement accueillant les consultations avancées.

Le GHT souhaite ainsi atteindre deux objectifs sur cette filière :

1. Favoriser des diagnostics plus précoces du cancer sur le territoire du GHT

Le GHT prévoit de :

- **Poursuivre la mise en place de consultations avancées**, en lien avec la filière de chirurgie « spécialités d'organe ».
- **Renforcer l'accès à l'offre de cancérologie pour la médecine de ville**, en facilitant par exemple l'accès à une consultation sous 5 jours pour suspicion de cancer et en facilitant l'accès au plateau d'imagerie pour les patients adressés par les médecins référents (processus de prise de RDV en imagerie)
- **Acquérir un nouveau scanner sur Brioude** pour améliorer cette offre de soins sur l'ensemble du GHT 43.

2. Renforcer le lien avec la médecine de ville, en intégrant davantage les libéraux dans l'organisation du parcours patient, qui répond au processus observé de chronicisation du cancer qui augmentent les allers-retours entre l'hôpital et la ville.

Trois actions seront mises en œuvre par le GHT, qui seront communes à la filière de « spécialités d'organes » :

- **Rendre vivantes et accessibles les informations relatives à l'offre de soins en chirurgie**
- **Accorder aux sollicitations des médecins de ville une attention privilégiée et une réponse adaptée**
- **Améliorer les délais d'envoi du courrier en sortie d'hospitalisation**
- **Le maintien et le développement des différentes spécialités médicales et chirurgicales.**

3. Filière RNCV

Méthodologie d'élaboration des projets de filières (I.1)

Le groupe de travail RNCV (Risque neurocardiovasculaire) a travaillé :

- ✓ D'abord sur l'existant et les besoins au niveau du CHER,
 - à partir du travail déjà fait en 2015, en le réactualisant
 - avec une synthèse le 13 04 17, réunion à laquelle ont participé :
 - Valérie RAVEYRE, cadre en neuro-néphro
 - Fabienne BONNEFOY, cadre en diabéto-endocrino,
 - Marie-Claire OMBRET, cadre UTEP
 - Dr Estelle ATAYI, pneumologue
 - Dr Jérémie DASSA, neurologue
 - Drs Stéphanie VERRET et Catherine GRIGORESCO, diabéto endocrinologues
 - ce travail figure dans l'annexe « Synthèse des projets RNCV et respiratoires »
- ✓ Ensuite le 23 05 17, avec certains membres du groupe RNCV du GHT, réunion à laquelle ont participé :
 - Bruno BOURLOIS et Michel GIRARD, patients à RNCV,
 - Valérie RAVEYRE, Fabienne BONNEFOY, Marie-Claire OMBRET, cadres de santé du CHER,
 - Cécile BRUCHET, cadre du Réseau Diabète-Obésité-RCV 43,
 - Françoise ALLANDRIEU, cadre supérieur de santé , CH Craponne,
 - les Drs Philippe SARROU, MG de Langeac, Président de la CME du CH Langeac, Jérémie DASSA, Stéphanie VERRET et Catherine GRIGORESCO
- ✓ Cette réunion avait pour objectifs
 - de formaliser le parcours de santé du patient sur le GHT,
 - en identifiant l'existant et les axes d'amélioration
 - et en les priorisant

Les différents enjeux de la filière RNCV,

- Concernent :
 - La prévention et le dépistage
 - Le plateau technique, moyens matériels et consultations de spécialistes
 - L'éducation thérapeutique du patient ET des professionnels
 - La création d'un SSR neurocardiovasculaire
 - Nécessitent la création d'une « structure » de coordination chargée de recenser et de mettre à jour tous les acteurs et toutes les actions existant sur le GHT
 - Sous couvert de conditions précises : écoute, réactivité, proximité, confiance, pluridisciplinarité, communication

1. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Échéances
Prévention et Dépistage	Améliorer le dépistage et la prévention de proximité Améliorer l'information de la population Créer du lien entre les acteurs	Lister tous les acteurs et actions = cartographie Coupler les actions locales et nationales Créer le BUS RNCV = bus de dispensation d'information – promotion de la santé.	2017 - 2018 2019 – 2020 Après 2020
Plateau technique et Consultations spécialisées	Améliorer les délais d'obtention d'un examen et/ou d'une consultation Respecter le délai des comptes-rendus	Obtenir des moyens supplémentaires : cardiologues et radiologues Augmenter les horaires de fonctionnement des plateaux techniques Développer les consultations avancées notamment en diabétologie	2017 - 2018
ETP	Étendre les actions d'ETP vers les patients et les professionnels UTEF/ CH de proximité Réseaux/MSP/Professionnels libéraux (ex :IDE Azalée)	Créer du lien entre les intervenants ETP Recenser les actions déjà existantes Créer un annuaire Pérenniser les moyens et soutenir les projets nouveaux, en collaboration avec les autorités de tarification	Dès 2017
SSR neurocardiovasculaire	Répondre à la demande de la population concernée contrainte de partir du département pour se rééduquer	Recenser les besoins du GHT : nombre de patients présentant un ECV justifiant la prise en charge en SSR Obtenir des moyens matériels et humains pour créer la structure de SSR spécialisé en cardiologie. Développer les liens avec les SSR polyvalents pour la prise en charge des patients post AVC. Améliorer les moyens humains (MPR, kiné, ergo, orthophonistes...) pour faciliter cette prise en charge. La mutualisation des moyens sera privilégiée = réflexion au déploiement d'une équipe mobile.	2018 - 2019

<p>Coordination Structurée - Communication</p>	<p>Faciliter l'accès aux différents intervenants : cs, plateau technique, ETP</p>	<p>Créer une plateforme avec numéro unique Créer un guide (formats informatique et papier) destiné aux patients Créer un guide (formats informatiques et papier) destiné aux professionnels Actualiser en permanence</p>	<p>2018 - 2019</p>
<p>Formations</p>	<p>Harmonisation des pratiques professionnelles Développement de compétences spécialisées</p>	<p>Développement des formations partagées pour les personnels paramédicaux Développement des EPU sur tout le territoire</p>	<p>Dès 2017</p>

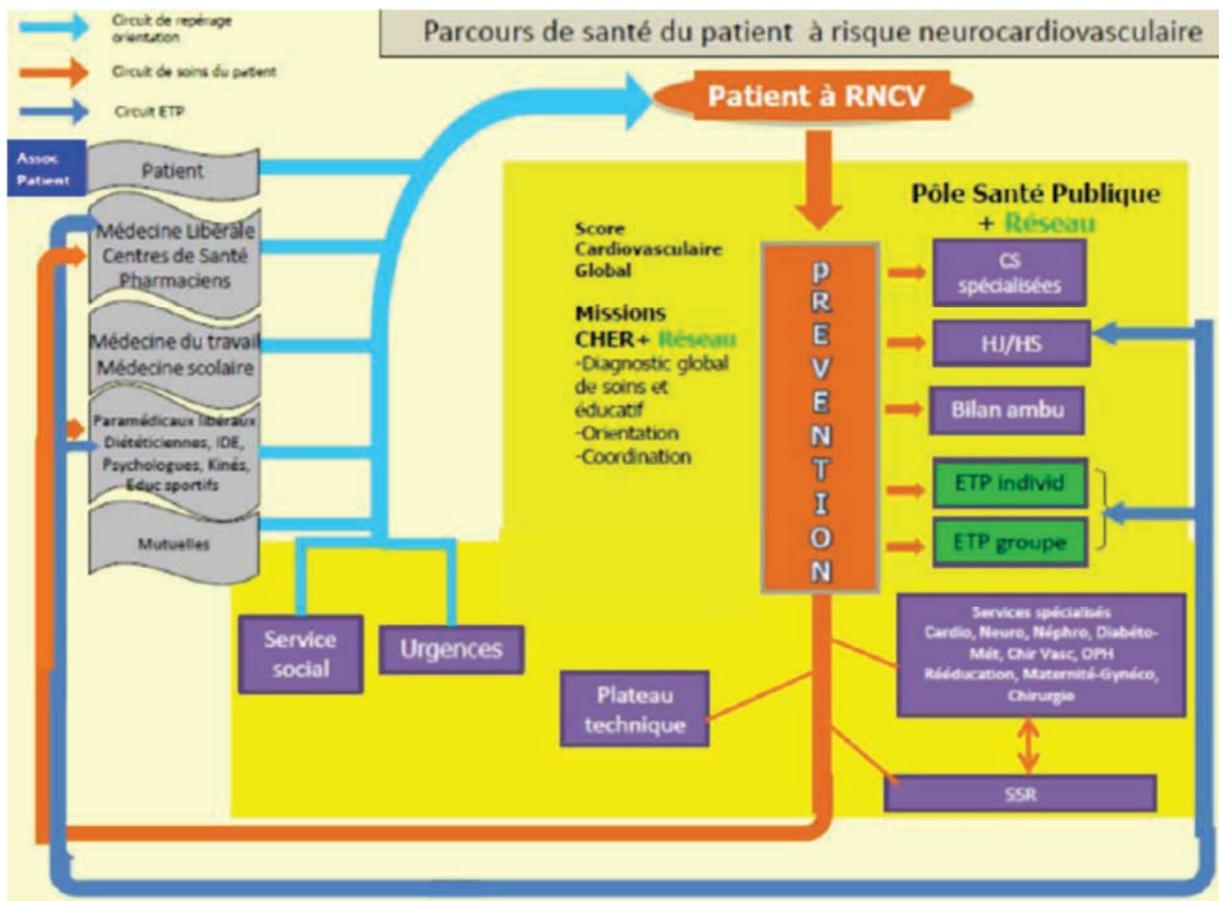
2. Synthèse des projets de prise en charge des risques neuro-cardio-vasculaires

	Radiologie	Cardiologie	Neurologie	Néphrologie	Chirurgie Vasculaire
PROJETS	Améliorer l'offre de soins et diminuer les délais de RDV : Acquisition d'un deuxième scanner et deuxième IRM. Acquisition d'une console de post traitement pour le scanner adaptée ? Développer une activité d'imagerie interventionnelle ? Ces projets seront déclinés en fiches action dans le cadre du projet « plateau technique »	Coronarographie / SSR cardiologie	Actions d'information et d'éducation de la population concernant les facteurs de risque neurovasculaires et les symptômes d'AVC Ouverture d'une unité neurovasculaire (4 lits de soins intensifs et 7 lits d'aval) Instauration d'un programme d'éducation thérapeutique au sein de la consultation pluri professionnelle post AVC	Prise en charge des néphropathies à risque cardio-vasculaires / HTA / 8 postes supplémentaires en centre lourd de dialyse	Rééducation des artériopathies en interne et externe
MOYENS HUMAINS	Astreinte IRM : radiologues ? Manipulateurs / Secrétaires	Temps de kinésithérapeute, médecin MPR, Médecins cardiologues, IDE, diététicienne	Temps d'IDE, diététicien, médecin neurologue	Temps supplémentaires en médecins, diététiciens, IDE, AS	Temps de diététicien, Kinésithérapeute, rééducateur
MOYENS MATERIEL		Tapis, vélo, table de coronarographie, matériel de réentraînement à l'effort	Actions de communication, Projet de bus AVC, Manomètre automatisé, Appareil à glycémie	Sommocheck / Matériel d'automesure de la tension artérielle / Pédaliers lits / Equipement postes de dialyse	e-santé, équipement de rééducation

EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT		Nutrition, sevrage tabac, exercice physique	ETP facteurs de risque cardioneuovasculaire	ETP sur l'observance médicaments, techniques, Automesure tension artérielle, diététique.	Programmes d'ETP sur l'alimentation, l'éducation physique et sportive, et l'addictologie
FOMATION du PERSONNEL	Formation radiologiques à la réalisation des examens vasculaires en garde ?		DU neurovasculaire paramédical		

	Diabétologie	Laboratoire	Pneumologie	Vasculaire
PROJETS	<p>Poursuivre la prise en charge du diabète gestationnel en lien avec le service de maternité / Améliorer la prise en charge sociale du patient diabétique / Créer un circuit de prise en charge des patients diabétiques sur tout le CHER/Structurer la prise en charge des pieds diabétiques/</p>	<p><u>Prescription connectée</u> sécuriser le processus : traçabilité, absence de transcription manuelle (UF soins), absence de ressaisie (labo) / améliorer la pertinence des examens : nécessité d'une prescription médicale argumentée / optimiser l'organisation et les effectifs : pas de transcription manuelle ni de ressaisie, prise en charge directe des échantillons / améliorer les délais de rendu : temps de transcription, de ressaisie, d'appels téléphoniques... <u>Mise en place d'un pneumatique</u> : sécuriser le processus : processus acheminement et délai pré-analytique maîtrisés / améliorer la pertinence des examens : résultats rendus dans des délais pertinents par rapport à l'indication (urgences) / optimiser l'organisation et les effectifs : pas de stockage préanalytique (ni UF soins ni labo) d'où étalement de l'arrivée des demandes, prise en charge en continu sans risque d'embolisation ; réallocation du temps agent consacré à l'acheminement / améliorer les délais de rendu : moins de surcharges ponctuelles, meilleure maîtrise des délais de rendu. Ces objectifs seront développés en fiche action dans le cadre du groupe « plateau technique » ou « système d'information ».</p>	<p>Réhabilitation respiratoire / Prise en charge des insuffisants respiratoires chroniques / PEC des allergies / PEC de l'oncologie (renvoi vers les pathologies tumorales).</p>	<p>Regrouper tout le vasculaire sur un même plateau technique / Travailler sur la rééducation à la marche / Les veines / PEC et rééducation des lymphodèmes</p>

MOYENS HUMAINS	Atelier cuisine : cuisinier, ASH, diététicien / Atelier social : assistante sociale / Equipe mobile de diabétologie : médecin, IDE	Préleveurs	Kinésithérapeute, temps de pneumologue, psychologue, diététicien, médecin nutritionniste	Capteur de pression transcutané en O ² / Capillaroscope / pression digitale / plateau technique du SSR cardio / échographie
MOYENS MATERIEL	Matériel d'accompagnement à l'effort Appareil de TcPO2, Bus dépistage et prévention en partenariat avec le Réseau	Pneumatiques / Tortues	Matériel pour réaliser l'accompagnement à l'effort / Saturomètre / 1 chambre d'enregistrement du sommeil en plus / Captynographe transcutané	2ème médecin vasculaire / Kinésithérapeute / Diététicien /
EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	Diabète, Education physique, Nutritionnel, Sevrage tabac		Nutrition / Observance thérapeutique	ETP pour les veines
FOMATION du PERSONNEL	Formation à l'ETP (40h) du nouveau personnel			



Cette filière spécifique a donc vocation à exister et vivre sur tout le territoire grâce à l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

5. Filière projets supports : biologie médicale, imagerie médicale, biomédical, pharmacie

✓ Filière biologie

Les établissements membres du GHT s'engagent à mener des réflexions sur l'organisation de la biologie au sein du territoire (Impacts qualité, logistique et financiers). Les membres de la GHT devront veiller à la préservation de l'offre locale (ville/hôpital). Le respect de ces équilibres locaux relève d'une question prioritaire d'aménagement du territoire.

1.1 Contexte territorial

ETABLISSEMENTS	ACTIVITE BIOLOGIE (MILLIONS DE B)
- CH LE PUY EN VELAY	19.8 (COMPRIS CHSM LE PUY : 0.8)
- CH CRAPONNE SUR ARZON	0.2
- CH LANGEAC	0.2
- CH BRIOUDE	2.2
- CH YSSINGEAUX	0.5

1.2 Les constats

- 1 laboratoire hospitalier public (CHER) et 1 laboratoire privé (Alti-Labo) pour le département
- CHER, CHPCA : Biologie prise en charge au labo CHER
- CH Brioude, CH Yssingaux, CH Langeac : Antennes locales de prestataires privés hors département

1.3 Les objectifs

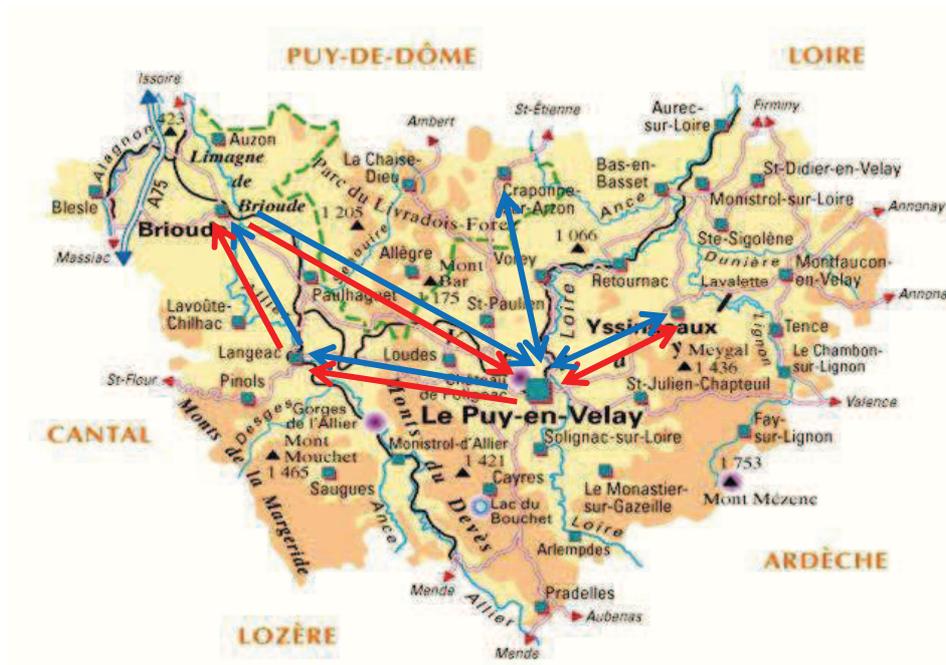
- Proposer une offre de centralisation au CHER pour les autres établissements publics (déjà effective pour le CHPCA et le CHSM).
- Tenir compte des besoins locaux (ex. : les urgences au CH de Brioude).

1.4 Les actions envisagées

- Mise en place d'une collecte selon un schéma et des horaires déterminés. Ex : modèle ci-dessous :

Matin ↔

Après-midi ↔



1.5 Les avantages et inconvénients de la centralisation

Avantages :

Coût : Possibilité de réduction sur le tarif du B (inexistant avec le privé).

Renforcement de la biologie publique du 43

Disponibilité des résultats : 1 laboratoire = 1 serveur de résultats pour le GHT

Inconvénients :

Coûts logistiques

Obligation de disposer d'une infrastructure informatique de territoire (VPN)

Impact sur le laboratoire privé du département

Contraintes horaires : synchronisation obligatoire entre le prélèvement et la collecte pour le respect des délais maximum de prise en charge

Délai de transport s'ajoutant au délai de traitement

Problème de la prise en charge de l'urgence

Recours à de la biologie délocalisée

ZOOM sur la biologie délocalisée avec un appareillage mis à disposition 24h/24, 7j/7 :

Gammes d'analyses disponibles : NFS, CRP, gaz du sang, ionogramme, marqueurs cardiaques, HCG.

Limites : hémostase, enzymologie (urgences digestives), immuno-hématologie

Contraintes :

Coût appareillage

Qualification initiale, contrôle qualité continu

Corrélation / analyseurs laboratoire central
Interfaces / informatique laboratoire central
Gestion des stocks réactifs
Formation et maintien de la compétence des utilisateurs

CONCLUSION

Une étude de faisabilité pratique et financière sera nécessaire afin de s'assurer de la pertinence de la centralisation en matière de biologie publique hospitalière.

✓ Filière imagerie

Des autorisations d'imagerie sont détenues par les établissements du CHER, de Brioude et de Langeac.

Pour l'imagerie lourde, seul le CHER et le GIE IRM détiennent une autorisation (IRM, scanner). Cette situation ne répond pas aux éloignements géographiques identifiées du 43 et ne correspond pas à une prise en charge sécurisée et de qualité au CH de Brioude, pourtant détenteur d'autorisations Urgences/SMUR 24h/24h, de Médecine et Chirurgie.

Un tel contexte de non couverture totale des besoins des patients de la Haute-Loire est contraire au principe de recherche de soins sûrs et de qualité affirmés dans le présent PMSP. En effet, cette absence d'outil d'aide au diagnostic sur le CH de Brioude ne correspond pas aux bonnes pratiques actuelles recommandées par les sociétés savantes. L'installation d'un scanner au CH de Brioude doit être recherchée. Cette installation est conditionnée au préalable par la recherche de constitution d'équipes radiologies aptes à assurer son exploitation sous la forme d'équipe médicale de territoire en radiologie qui pourrait être envisagée pour répondre à la continuité et à la permanence des soins, et pour optimiser les coûts de fonctionnements.

La télé-imagerie pourra faciliter l'exploitation.

Les délais impartis d'élaboration de la phase 2 du PMSP n'ont pas permis d'approfondir ce sujet avec la toute la rigueur et l'exhaustivité nécessaires.

✓ Filière biomédicale

Méthodologie d'élaboration des projets de filières (I.1)

La construction repose sur les travaux de l'ANAP et les perspectives ils offrent.

Elle peut s'articuler en 2 étapes :

- La réalisation d'un état des lieux,
- La définition d'objectifs et axes de travail.

Diagnostic et enjeux :

L'enjeu principal de la filière Biomédicale est assurer les missions d'un service biomédical à l'échelle du GHT.

Ces missions ont pour but notamment de :

- Assurer un pilotage de la fonction biomédicale (veille, projet de service, management...)
- Réaliser les investissements biomédicaux (achat) et leur planification. L'efficacité et la pertinence en regard de la pratique médicale sont recherchées.
- Permettre la meilleure gestion du parc des équipements et la traçabilité réglementaire,
- Mettre en œuvre d'une politique de maintenance assurant la sécurité sanitaire (gestion des risques) et efficacité économique.

Le constat au niveau départemental est que les prestations en Biomédical reposent essentiellement sur le service biomédical du CHER qui coopère avec les établissements le souhaitant sur la base de conventions.

De par les ressources limitées de ce service, il ne peut assurer seul l'ensemble des missions d'un service biomédical sur l'ensemble GHT.

Le Service Biomédical du CHER

Un ingénieur biomédical en chef (investissement, marchés publics, planification, méthodologie maintenance, gestion des risques et qualité...)	
Une équipe de techniciens (6) formée à la maintenance en interne (80%), gérant les stocks et les interventions.	 

Constatons que :

- Les établissements du GHT disposent en leurs seins de compétences biomédicales mais qui répondent que partiellement aux exigences (réglementaires ou non) d'un service biomédical.
- Les prestations biomédicales du CHER portent essentiellement sur la maintenance biomédicale et sa planification, plus ponctuellement sur les investissements et l'organisation.

EXISTANT DES PRESTATIONS BIOMEDICALES GHT



EXISTANT DES PRESTATIONS BIOMEDICALES HORS GHT



Le GHT pour le biomédical...et inversement. Le GHT offre :

- Une opportunité de consolidation, d'amélioration de collaborations déjà anciennes avec un Apport de méthodes et de compétences aux établissements demandeurs.
- Une réponse comme '**primo objectif**' = permettre l'application de la réglementation (Décret 1154-2001, certification HAS Critère 8k, recommandations ANAP pour le Génie Biomédical)

1. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Échéances
<p>Compléter l'offre en maintenance sur le GHT et le Département</p>	<p>Développer les coopérations avec les établissements partis</p> <p>Développer les compétences biomédicales des agents de maintenance des sites partis</p> <p>Utiliser un outil de Gestion de la Maintenance assistée par Ordinateur</p>	<p>Renforcer les conventions avec les sites partis ne bénéficiant pas de nos maintenances (notamment celles réglementaires)</p> <p>Promouvoir les compétences biomédicales (si possible) et améliorer les partages des informations</p> <p>Assurer la traçabilité, la conformité à la réglementation, la gestion des parcs</p>	<p>2017-2018</p> <p>2017-2018</p> <p>2017-2018</p>
<p>Organiser les investissements biomédicaux</p>	<p>Coordonner les investissements biomédicaux</p> <p>Réaliser des projets d'équipements GHT</p>	<p>Élaboration d'un Plan Pluriannuel d'Investissement pour chaque établissement en veillant aux avis des CME</p> <p>Au-delà du simple achat il s'agit de permettre ici une réelle gestion de projet aux différents établissements du GHT</p> <p>Proposer une organisation pour faciliter l'approvisionnement et les mises en</p>	<p>2017-2018</p> <p>2018</p>

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Échéances
	<p>Faciliter l'approvisionnement et les mises en service en dispositifs médicaux au sein de chaque établissement du GHT43</p> <p>Assurer la veille technologique conforme aux projets médicaux</p> <p>Homogénéiser les périmètres des achats biomédicaux dans le GHT</p>	<p>service dispositifs médicaux</p> <p>Apporter un avis technique sur les nouveautés en organisant avec les différents sites des échanges et des partages d'informations</p> <p>Considérer l'investissement dans sa globalité au niveau local et GHT (Équipements gérés dans sa globalité de la mise en service à la maintenance en passant par la gestion des consommables DM non stérile)</p>	<p>2019</p> <p>2018</p> <p>2018-2019</p>
<p>Promouvoir la qualité et la gestion des risques</p>	<p>Mettre en œuvre une politique de maintenance adaptée et de gestion des risques en matière d'équipement</p>	<p>Favoriser la coordination des maintenances et la gestion des risques biomédicaux. Optimiser les coûts.</p> <p>Favoriser le partage de documents</p>	<p>2018</p>

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Échéances
	<p>Répondre aux exigences réglementaires</p> <p>Préparer la certification commune</p>	<p>(document support, audits) dans un souci d'une harmonisation des pratiques</p> <p>Identifier des projets communs concernant les activités du biomédical</p>	<p>2017-2018</p> <p>2018-2019</p>
<p>Apporter une vision stratégique sur les équipements biomédicaux</p>	<p>Conseiller les directions</p>	<p>Proposer des stratégies d'équipements en lien avec les projets institutionnels et le projet de territoire</p> <p>Contribuer au développement des technologies de santé au sein du territoire</p>	<p>2019</p>

✓ Filière pharmacie

La filière Pharmacie du GHT 43, a été construite collégialement par les pharmaciens responsables des PUI des 5 CH du territoire. Elle s'est articulée en 2 étapes :

- La réalisation d'un état des lieux :
 - o d'une part, des activités de chacune des PUI en s'appuyant sur l'enquête annuelle des établissements de santé (SAE)
 - o d'autre part, des conventions et coopération existantes au sein du GHT 43.
- La définition d'objectifs et axes de travail.
- Diagnostic et enjeux :

L'enjeu principal de la filière PUI est le maintien de l'offre de soin pharmaceutique spécialisée en « pharmacie hospitalière et des collectivités » sur l'ensemble du territoire. Chaque établissement membre du GHT 43 possède une autorisation de pharmacie à usage intérieur.

Les pharmaciens responsables de chacune des PUI souhaitent conforter et pérenniser cette offre ainsi que développer des coopérations avec des établissements médico-sociaux du bassin de santé afin de leur permettre d'accéder à une prestation pharmaceutique spécialisée en l'absence de PUI.

Au sein du GHT, on répertorie les conventions suivantes concernant la pharmacie :

- Convention de coopération concernant la permanence des soins pharmaceutiques
- Groupement de commandes régional pour l'acquisition de produits pharmaceutiques : Pharm Auvergne
- Convention de fonctionnement de l'antenne d'Hospitalisation À Domicile du CH d'Émile Roux au sein des CH de Brioude, d'Yssingeaux, Craponne et Langeac.
- Convention de sous-traitance des activités de stérilisation et de chimiothérapie par le Centre Hospitalier Émile Roux pour le Centre Hospitalier de Brioude
- Convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire « Pharmacie des établissements de santé et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et personnes handicapées de l'yssingelais » : CH Yssingeaux (Administrateur), EHPAD / FAM / MAS de Beaux-Malataverne, EHPAD Sainte-Sigolène, EHPAD Saint Pal de Mons

Les pharmaciens du GHT43 s'engagent d'ores et déjà dans des projets transversaux :

- La prévention et la gestion du risque infectieux avec la participation au groupe altiligérien de lutte, d'observation et de prévention des infections nosocomiales.
- La qualité et la gestion des risques en conseillant la cellule qualité territoriale sur les thématiques relatives à la prise en charge médicamenteuse
- Le bon usage des anti-infectieux par le partage de l'expertise des pharmaciens titulaire d'un diplôme universitaire.

Un état des lieux des activités et caractéristiques des PUI des établissements du GHT43, a été établi à partir des données de la SAE 2017 basée sur les données 2016. Le tableau présenté en page suite reprend l'ensemble de ces données

	CH Emile Roux	CH Brioude	CH Yssingeaux	CH Langeac	CH Craponne
La PUI fonctionne-t-elle dans le cadre d'un groupement ?	non	non	OUI	NON	non
Si OUI lequel : GCS, GCSMS ou autres			GCS		
MCO	332	76	15	25	21
Psychiatrie	0	0	0	0	
SSR	57	40	25	0	
USLD	55	20	30	40	
Etablissement non sanitaire	45	20	253	160	132
Consommation médicamenteuse de l'année (en euros)	6 207 578 €	1 414 540 €	254 891 €	98 449 €	143 508 €
Informatisation					
Présence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament	oui	oui	OUI	OUI	oui
Si oui, préciser le nom du logiciel	ORBIS	SILLAGE-GENOIS	OSIRIS	CARIATIDES	EMED
Nombre de lits informatisés	588	95	323	225	153
La PUI bénéficie-t-elle d'une informatisation de la gestion des stocks?	oui	oui	OUI	OUI	oui
Si oui, préciser le nom du logiciel	HEXAGONE	CPAGE i	MEDIANE	Cpage	CLIWIN
Activités pharmaceutiques					
Nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique	588	139	323	225	153
Nombre de lits bénéficiant d'une dispensation nominative	126	139	217	225	132
Contrat de bon usage des médicaments validé	oui	oui	Non Applicable	Non Applicable	Non Applicable
Présence d'une unité centralisée de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	oui	non	NON	NON	non

	CH Emile Roux	CH Brioude	CH Yssingeaux	CH Langeac	CH Craponne
Présence d'une unité centralisée de préparation de nutrition entérale	non	non	NON	NON	non
Présence d'une unité centralisée de préparation d'autres préparations injectables	non	non	NON	NON	non
La PUI gère-t-elle des dispositifs médicaux implantables ?	oui	oui	NON	NON	non
Ventes au public des médicaments et dispositifs stériles	oui	oui	OUI	OUI	oui
Approvisionnement de spécialités pharmaceutiques à des patients pris en charge par l'HAD et en unités de dialyse à domicile	oui	non	NON	NON	non
Si oui, nombre de places de HAD	26	antenne HAD 43	0	0	non concerné
Si oui, nombre de postes de dialyse à domicile	non concerné	non concerné	0	0	non concerné
Activités de stérilisation					
La PUI est-elle autorisée à effectuer la stérilisation?	oui	non	NON	NON	non
Informatisation du processus de stérilisation	oui	convention de sous-traitance au CHER	Non Applicable	Non Applicable	NA
Lavage automatisé des bacs et des chariots	oui	oui	Non Applicable	Non Applicable	NA
La PUI assure t-elle le transport?	oui	oui	Non Applicable	Non Applicable	NA
Ressources humaines					
Pharmaciens (internes exclus)	4	2	1	2	0,5
Effectif Temps plein					
Effectif temps partiel					
ETP moyen annuel	4	1,7	1,4	0,8	0,5
Pharmaciens dédiés à l'activité de stérilisation	1	0	0	0	0
Effectif Temps plein					
Effectif temps partiel					
ETP moyen annuel	0,5	0	0	0	0
Pharmaciens dédiés aux préparations de chimiothérapie anticancéreuse	1	0	0	0	0
Effectif Temps plein					
Effectif temps partiel					
ETP moyen annuel					

	CH Emile Roux	CH Brioude	CH Yssingeaux	CH Langeac	CH Craponne
Chimiothérapie anticancéreuse	0,6	0	0	0	0
	ETP moyen annuel				
Cadre de santé		0	0	0	0
	Effectif Temps plein				
	Effectif temps partiel				
Préparateur	1,1	0	0	0	0
	ETP moyen annuel				
	12	2	2	2	0
	Effectif Temps plein				
	4	1	0		0,8
Autre personnel technique et médico-technique (hors préparateurs)	14,19	2,2	2	2	0,8
	ETP moyen annuel				
	14	0	1	0	0
	Effectif Temps plein				
	1	0	0	0	0
Personnel administratif	14,97	0	1	0	0
	ETP moyen annuel				
	1	1	0	1	0
	Effectif Temps plein				
	3	1	1	0	0
	ETP moyen annuel	1,3	0,6	1	0
Permanence des soins pharmaceutiques					
Existence d'une garde 24h/24h	non	non	NON	NON	non
Existence d'une astreinte 24h/24h	oui	non	NON	NON	non

1. Synthèse des axes de travail identifiés

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Échéances
Organiser la continuité des soins pharmaceutiques	<p>Développer le lien ville Hôpital</p> <p>Faciliter l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux coûteux au sein de chaque PUI du GHT43</p> <p>Assurer une continuité des soins pharmaceutiques au sein du territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser l'accès au Dossier Pharmaceutique des patients au sein des PUI du territoire (liens ville-hôpital et liens entre les différentes structures hospitalières et/ou médico-sociales) ➤ Proposer une organisation pour faciliter l'approvisionnement de médicaments ou dispositifs spécifiques et coûteux (échanges entre PUI, achat d'un conditionnement pour plusieurs PUI etc...) ➤ Apporter un avis sur l'organisation de la permanence pharmaceutique afin de prévenir toute fermeture de PUI ; veiller à alerter les Directions / RH par anticipation dès que la permanence et/ou la continuité pharmaceutique d'une PUI est compromise 	<p>2019 – 2020</p> <p>2017 - 2018</p> <p>2017- 2020</p>
Renforcer l'offre de soins pharmaceutiques	<p>Développer les coopérations avec les établissements médico-soiaux du territoire</p> <p>Permettre aux établissements ne disposant pas de PUI d'offrir une prise en charge médicamenteuse sécurisée à leurs patients</p>	<p>Renforcer le GCS PUI du bassin de l'Yssingelais</p> <p>Promouvoir le développement d'un GCS PUI au niveau du bassin du Velay</p> <p>Promouvoir la mutualisation et le rapprochement entre PUI au niveau du bassin du brivadois (sous forme GCS ou autre)</p>	<p>2017-2018</p> <p>2017-2018</p> <p>2017-2018</p>

Axes de travail identifiés	Enjeux et objectifs	Projet(s) et actions prévus	Échéances
Promouvoir la qualité et lutter contre la iatrogénie médicamenteuse	<p>Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse</p> <p>Répondre aux exigences réglementaires</p> <p>Préparer la certification commune</p> <p>Partager l'expertise de l'ensemble des professionnels des PUI</p>	<p>Favoriser la mise en place d'une culture pharmaceutique territoriale</p> <p>Favoriser le partage de documents (document support, audits) dans un souci d'une harmonisation des pratiques</p> <p>Identifier des projets communs concernant les activités de la PUI</p>	<p>2018</p> <p>2017-2018</p> <p>2018-2019</p>

Axe 1 : Organiser la continuité des soins pharmaceutiques

Assurer la continuité des soins pharmaceutiques constitue l'axe prioritaire du projet pharmaceutique de territoire.

Objectifs de l'axe :

- Développer le lien ville Hôpital
- Faciliter l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux coûteux au sein de chaque PUI du GHT43
- Assurer une continuité des soins pharmaceutiques au sein du territoire

Identification des projets à mettre en place

- Développer le lien ville hôpital et la pharmacie clinique en favorisant l'accès au Dossier Pharmaceutique (DP) des patients au sein des PUI du territoire (liens ville-hôpital et liens entre les différentes structures hospitalières et/ou établissements médico-sociaux) :
 - Identifier les prérequis et les freins au développement du DP au sein de chaque structure
 - Etablir une convention avec l'ordre des pharmaciens pour accéder à l'outil DP
 - Acquérir les outils indispensables à l'accès au DP (logiciel DP compatible, carte CPS3 pour chaque pharmacien)
 - Développer l'utilisation du DP
 - Faire un état des lieux de son utilisation
- Proposer une organisation pour faciliter l'approvisionnement de médicaments ou dispositifs spécifiques et coûteux
 - Identifier les spécialités concernées,
 - Définir une procédure intégrant les modalités de commande, de livraison et de facturation de ces spécialités
- Apporter un avis sur l'organisation de la permanence pharmaceutique afin de prévenir toute fermeture de PUI ; veiller à alerter les Directions / RH par anticipation dès que la permanence et/ou la continuité pharmaceutique d'une PUI est compromise

Axe 2 : Renforcer l'offre de soins pharmaceutiques

Le GHT 43 souhaite favoriser le développement des coopérations pharmaceutiques avec les établissements médico-sociaux du territoire. Cette démarche ne doit pas fragiliser le maillage territorial des pharmacies libérales au risque de fragiliser tout un bassin de population. Elle doit permettre en revanche de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des résidents de ces structures.

Objectifs de l'axe :

- Développer les coopérations avec les établissements médico-sociaux du territoire
- Permettre aux établissements ne disposant pas de PUI d'offrir une prise en charge médicamenteuse sécurisée à leur résident

Identification des projets à mettre en place

- Renforcer le GCS PUI du bassin de l'Yssingelais :
 - Permettre l'adhésion de deux nouveaux établissements médico-sociaux du bassin de l'Yssingelais :
 - Obtenir les autorisations nécessaires à cette adhésion
 - Modifier l'organisation et les locaux de la PUI afin d'assurer un approvisionnement efficient et sécurisé
 - Valider les modalités pratiques de fonctionnement avec les nouveaux adhérents
 - Harmoniser les pratiques de dispensation entre les différents établissements membres du GCS PUI de l'Yssingelais
- Promouvoir le développement d'un GCS PUI au niveau du bassin du velay. Ce GCS de PUI couvrira le périmètre du CH Emile Roux et du CH de Craponne dans un premier temps et pourra ensuite proposer les prestations pharmaceutiques à des structures sans PUI.
- Promouvoir la mutualisation et le rapprochement entre PUI au niveau du bassin du brivadois (sous forme GCS ou autre)
Le CH de Brioude et l'EHPAD de Paulhaguet sont chacun titulaires d'une autorisation de PUI. Ils sont en direction commune, et l'équipe pharmaceutique exerçant dans ces deux PUI est commune. Un rapprochement et une mutualisation est souhaitée, pour optimiser le fonctionnement de ces PUI. La constitution d'un GCS de pharmacie est une éventualité envisagée.

Axe 3 : Améliorer la qualité et lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse

Dans chaque établissement du GHT, les pharmaciens ont pu établir les forces et faiblesses sur le processus de prise en charge médicamenteuse. L'amélioration et la qualité et la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse constituent deux priorités du GHT 43. Le développement d'une culture pharmaceutique territoriale et le partage d'expertise permettront d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse et de réduire les risques sur le circuit du médicament.

Objectifs de l'axe :

- Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Répondre aux exigences réglementaires
- Préparer la certification synchronisée puis commune
- Partager l'expertise de l'ensemble des professionnels des PUI

Identification des projets à mettre en place

- Favoriser le développement d'une culture pharmaceutique de territoire :
 - Identifier des axes de formation prioritaires communs aux établissements du GHT
 - Proposer un programme de formation en lien avec le circuit du médicament en utilisant l'expertise des professionnels du GHT 43

- Favoriser le partage de documents (document support, audits) dans un souci d'une harmonisation des pratiques :
 - Identifier les documents support à partager,
 - Développer le module documentaire sous épiculture web,
 - Définir les modalités de partage de ces documents (qui propose, qui valide et qui met à jour)

- Identifier des projets communs concernant les activités de la PUI
 - Faire un état des lieux des projets en cours dans chaque PUI,
 - Identifier les projets pouvant être développés avec une dimension territoriale,
 - Si possible, structurer un projet au niveau territorial

6. Les conditions de mise en œuvre de l'association du CHU portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L.6132.3

L'ensemble des membres du GHT 43 s'entendent pour poursuivre le développement des coopérations avec les CHU de Clermont Ferrand (CHU de référence) et Saint-Etienne (CHU partenaire), afin de maintenir une offre de soins d'excellence sur le territoire de la Haute-Loire et permettre à la population de bénéficier des meilleurs recours, selon leurs besoins et leur lieu de prise en charge.

Les coopérations existantes entre CHU et CH du GHT43 :

- Les conventions entre le CHU de Clermont Ferrand et le CH du Puy En Velay pour les mises à disposition de praticiens hospitaliers ou attachés, les assistants...
- Le protocole sud, accord-cadre entre le CHU de Clermont Ferrand et les CH d'Issoire et de Brioude concernant le développement d'offres de soins de Médecine et Chirurgie existantes et nouvelles, et le partage de Praticiens médicaux, d'Assistants spécialistes et de compétences rares (ingénieries)...
- D'autres conventions existent : la convention 2014 entre le CHU de Clermont Ferrand et Langeac pour l'absorption des débordements des urgences du CHU...

Elles seront présentées à l'ensemble des membres du GHT afin de disposer d'un niveau d'information partagé sur le GHT.

De la même manière, il appartiendra de faire savoir aux établissements partenaires les nouvelles coopérations à venir afin de maintenir un niveau de transparence de cette information.

Les coopérations à visée scientifique seront également partagées afin de susciter le développement de la recherche médicale et paramédicale sur l'ensemble des établissements du GHT 43.

Une convention avec le CHU de Clermont Ferrand a été signée en ce sens le 22 mai 2017 (cf annexe 2).

7. Les principes d'organisations territoriales des équipes médicales et paramédicales communes

7.1 Les grandes lignes de la politique des ressources médicales et paramédicales

Compte de la démographie médicale sur le département de la Haute-Loire et de son impact pour les établissements parties au GHT, il est convenu de développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) de façon cohérente, concertée et coordonnée entre les établissements signataires.

Ainsi, la coordination de la gestion de la démographie doit être confiée à la Direction des Affaires Médicales (DAM) de l'établissement support, qui sera en outre l'interlocuteur du CHU sur ces questions, notamment dans le cadre de la convention d'association qui doit être signée entre le CHU de Clermont Ferrand et le GHT de Haute-Loire.

Par ailleurs, les membres du GHT expriment la volonté de travailler notamment de :

- **Réaliser les cartographies des ressources médicales et paramédicales :**
 - ✓ L'élaboration de cartographies des ressources médicales et paramédicales en place au sein du GHT.
 - ✓ La cartographie des postes statutaires existants et disponibles par statut, par spécialités et par quotité.
 - ✓ L'élaboration d'une cartographie des départs et des recrutements prévisionnels sur les 5 prochaines années.

- **Développer l'attractivité des postes médicaux en :**
 - ✓ Favorisant l'attractivité des postes en évitant des exercices isolés.
 - ✓ Mettant en place et déclinant de façon cohérente et coordonnée, au sein du GHT, le plan national d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public.
 - ✓ Identifiant les spécialités médicales et chirurgicales sous vigilance, sous tension, critique et s'engageant sur des actions communes avec, notamment, des incitations financières à la prise de poste.
 - ✓ Favorisant les recrutements et les exercices partagés de façon à éviter l'isolement médical.
 - ✓ Faisant agréer et en proposant des terrains de stage partagés entre établissements du GHT.
 - ✓ Harmonisant les règles de valorisation de l'exercice multi-site.

- **Harmoniser les règles de gestion des ressources médicales et paramédicales pour :**
 - ✓ Éviter les concurrences et les distorsions en termes de recrutement et d'attractivité, et adopter des principes communs.
 - ✓ Harmoniser les contrats d'exercice médical.
 - ✓ Harmoniser les règles de décompte du temps consacré par les praticiens à leurs différentes activités.

- ✓ Harmoniser les règles relatives à la rémunération et gestion du temps additionnel.
- ✓ Harmoniser les règles relatives à la gestion et au décompte du temps de travail et à la permanence des soins.
- ✓ Regrouper les achats d'intérim médical et réaliser un marché public commun.

7.2 Les grands principes de l'organisation territoriale des équipes médicales et paramédicales partagées

Il ressort de l'analyse des différentes filières par les groupes de travail, quelques grands principes qui seront inscrits, à terme, dans une charte de partenariat.

- La mutualisation ne peut se faire sans l'accord des personnes concernées. Des modalités de conventionnement, entre établissements, devront être envisagées afin de faciliter la vie contractuelle des agents.
- La mutualisation doit être envisagée prioritairement sur :
 - Les postes où les aides financières ne couvrent qu'une partie de celui-ci dans un établissement ; l'objectif étant d'arriver à offrir toutes les compétences sur tout le territoire du GHT 43.
 - Les compétences difficiles à recruter, y compris pour le corps médical.
- Des contreparties financières seront envisagées pour intégrer l'exercice multi-sites.
- Les organisations du travail seront facilitées pour l'agent sans pour autant mettre les institutions en difficulté ; une recherche de consensus entre les établissements sera réalisée.

8. La qualité de vie au travail

Selon le ministère des solidarités et de la santé, « développer la qualité de vie au travail, c'est être attentif à la qualité des relations sociales et professionnelles, au contenu du travail, à son organisation, aux possibilités de développement professionnel offertes à chacun et à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Développer la qualité de vie au travail, c'est donc améliorer le quotidien des personnes, c'est leur redonner la fierté du travail bien fait, ce qui permet in fine de renforcer la qualité de la prise en charge des patients.

La prise en compte de la qualité de vie au travail s'exerce sur de nombreux leviers, partant des conditions de travail, de l'environnement, de la sécurité, de la santé, de la formation et de l'évolution professionnelle. [...]

L'ambition de cette stratégie est de s'adresser à tous les professionnels de santé et à tous les modes d'exercice sans en gommer les spécificités. [...]

Cette stratégie se veut participative tant dans sa conception que dans son déploiement avec pour objectifs :

- Une impulsion nationale portée par tous les acteurs : institutions, ordres, syndicats, fédérations, etc.
- L'amélioration de l'environnement et des conditions de travail
- L'amélioration de la sécurité des professionnels
- La prévention et la prise en charge de la souffrance au travail

<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>

Au sein du GHT 43, la qualité de vie au travail sera réfléchi, en groupe, avec l'ensemble des représentations syndicales du département, l'encadrement soignant et logistique, les directions et traitera prioritairement les sujets suivants :

- Positionner la qualité de vie au travail au cœur du dialogue social et des politiques sociales
- Favoriser les initiatives individuelles et collectives
- Faciliter la conciliation entre vie privée et professionnelle
- Accompagner et sensibiliser les professionnels au changement
- Accompagner les cadres dans leurs activités de management
- Détecter et prendre en charge les risques psychosociaux
- Adapter les formations initiales et continues

Une politique sera ainsi construite pour la fin de l'année 2018 en identifiant les actions de territoire à développer répondant aux grands principes cités ci-dessus.

À titre d'exemple, le GHT 43 a déjà écrit et obtenu un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) pour l'année 2017 portant sur la mise en place d'outils d'aides à la prise en charge des personnes âgées en EHPAD (ex. : les rails au plafond pour éviter les manipulations des personnes).

9. Les modalités de la mise en œuvre et de l'évaluation du PMSP

Le PMSP, après son approbation en juillet 2017 par l'ARS, sera :

- Mis en œuvre par l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux du territoire,
- Suivi par le Comité Médical du GHT 43 qui vérifiera sa bonne application et constatera les éventuels écueils à son bon déroulement,
- Suivi par le Comité Stratégique qui prendra les décisions stratégiques utiles à son déploiement.

Deux fois par an, le PMSP fera l'objet d'une évaluation de sa mise en œuvre à partir des indicateurs suivants :

- L'augmentation de l'activité sur l'ensemble des établissements du GHT 43,
- L'amélioration des parts de marché sur le territoire et par établissement,
- Le suivi des taux de fuite de la population,
- La baisse de la durée moyenne de séjours,
- Le suivi des taux de réhospitalisation,
- Le suivi de l'évolution des effectifs médicaux sur le territoire,
- La mesure de la satisfaction des consommateurs de la santé sur le GHT 43.

ANNEXES

Annexe 1 : Base de travail initiale du PMSP du GHT 43

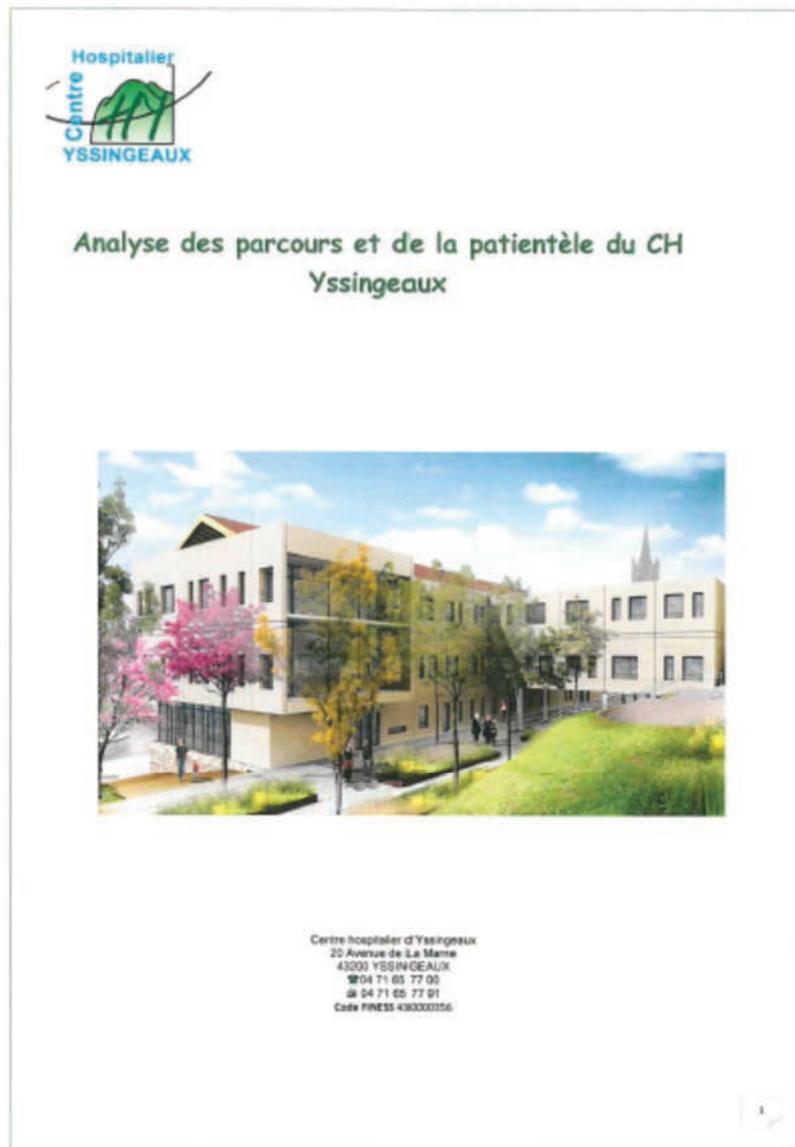
Annexe 2 : Convention passée avec le CHU de Clermont-Ferrand le 22 mai 2017

Annexe 3 : Liste des abréviations

Annexe 1 : Base de travail initiale du PMSP du GHT 43

- **Le bassin Yssingelais**
- **Le bassin de santé du Puy En Velay**
- **Le bassin de santé du Brivadois**

Le bassin Yssingelais



Introduction

L'objectif de ce document est de réaliser une analyse objective de la patientèle et des parcours de soin au sein du CH Yssingeaux.

Cet état des lieux a été établi, à partir du rapport d'activité 2015 du CH Yssingeaux, rédigé par Me TOURNEUR. Il servira de base de réflexion lors de l'établissement du PMP dans le cadre du GHT.

En 2015, l'établissement a vu le renouvellement de l'autorisation de médecine et de soins de longue durée, renouvellement de l'autorisation EHPAD et SSIAD, mise en service des lits d'hébergement temporaire, transformation des lits de médecine et augmentation de l'activité SSR.

Ainsi, depuis le 1^{er} Juillet 2015, la capacité de l'établissement est de :

- 15 lits de médecine dont 2 lits soins palliatifs
- 25 de soins de suite et de réadaptation
- 30 lits de soins de longue durée
- 136 d'EHPAD, 5 lits d'hébergement temporaire et 10 places d'accueil de jour
- 44 places de Soins infirmiers à domicile, 43 places personnes âgées et 1 place personnes handicapées.

1. Activité des services Médecine - SSR

a. Le service de médecine

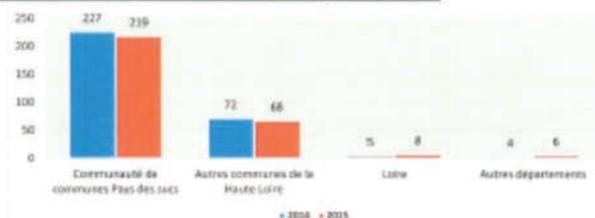
• Origine géographiques des patients

Les patients admis dans le service restent majoritairement originaires des communes appartenant à la Communauté Pays des Sucs. Leur proportion est de près de 73%

Cela provient du mode de fonctionnement du Centre hospitalier ex-hôpital local : le recrutement des patients est effectué, pour le service, principalement parmi la patientèle des médecins libéraux intervenant dans l'établissement, présente principalement sur ce territoire.

La prise en charge de patients venant d'autres départements augmentent. Cela correspond à des rapprochements familiaux.

	2014	2015
Communauté de communes Pays des suc	227 73,70%	219 72,76%
Autres communes de la Haute Loire	72 23,38%	68 22,59%
Loire	5 1,62%	8 2,66%
Autres départements	4 1,30%	6 1,99%
Total	308	301



• Provenance des patients

La part des patients venant de leur domicile a augmenté de près de 1%, passant de 63 à 64 %. La part des transferts d'un autre établissement a aussi augmenté, témoignant notamment d'une meilleure articulation avec les services d'urgence.

	2014	2015
Domicile	191	193
Autres établissements	87	87
CH d'Yssingeaux	17	16
EMPAD et USLD CH d'Yssingeaux	9	9
	304	305

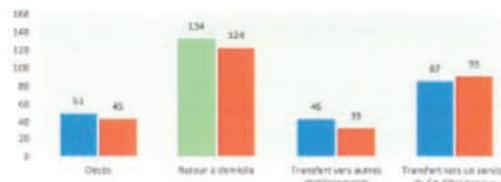


← 2014 → 2015

• Sortie des patients

Le principal mode de sortie du service reste le retour à domicile et sa part reste stable. Les transferts vers un autre service du CH d'Yssingeaux augmentent, ce qui est consécutif à l'ouverture du service d'hébergement temporaire (5 lits).

	2014	2015
Décès	51	45
Retour à domicile	134	134
Transfert vers autres établissements	45	35
Transfert vers un service du CH d'Yssingeaux	87	93
	317	297



← 2014 → 2015

• Caractéristiques démographiques des patients

La tranche d'âge la plus représentée parmi les patients admis dans le service est celle des 80-84 ans. Les moins de 75 ans représentent toujours $\frac{1}{3}$ des patients accueillis.

2015		
Racine de GHM	Effectif	%
Affections de l'appareil respiratoire	40	13%
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique	32	11%
Maladies et troubles mentaux	42	14%
Soins Palliatifs, avec ou sans acte	36	12%
Symptômes et convalescence	28	9%

• Données médico-économiques relatives à l'activité du service

L'activité du service reste très diversifiée. Les prises en charges les plus fréquentes ont concernées cette année les maladies et troubles mentaux, suivies par les affections de l'appareil respiratoire, puis par les soins palliatifs.

b. Le service de Soins de suite et de réadaptation

• Origine géographique des patients

Les patients admis dans le service restent majoritairement originaires de la Communauté de Communes Pays des Sucs (les 2/3). Mais on constate un certain élargissement de la zone de recrutement.

	2014	2015
Communauté de communes Pays des Sucs	175	211
Autres communes de la Haute Loire	77	100
Autres départements	8	10
Total	260	321



• Provenance des patients

Le nombre des entrées directes augmentent, mais leur part reste stable. Par contre, la part des patients venant d'un autre établissement augmentent (+3,32%), ce qui peut témoigner d'un renforcement de l'attractivité de l'établissement et d'une meilleure coordination des parcours.

	2014	2015
Domicile	11	14
Autres établissements	181	235
Autres services CH d'Yssingeaux	67	72
Total	259	321



Demands adressées par trajectoire :

Structure Prescriptrice	2014		2015	
	Prescriptions envoyées	Admissions effectives	Prescriptions envoyées	Admissions effectives
CENTRE HOSPITALIER LE PUY	116	66	138	96
C.H. DE FIRMINY	107	36	199	51
CHU ST ETIENNE	61	28	88	35
CENTRE HOSPITALIER D'YSSINGEAUX	40	40	33	33
CLINIQUE MUTUALISTE	29	17	32	16
HOPITAL PRIVE DE LA LOIRE	21	10	41	19
CLINIQUE BON SECOURS	11	8	10	5
INSTITUT DE CANCEROLOGIE LUCIEN NEUWIRTH	5	1	6	3
CLINIQUE DU PARC	2	2	2	1
HCL HOPITAL DE LA CROIX-ROUSSE	2	1	0	0
CENTRE LEON BERARD	0	0	1	1
	394	209	550	260

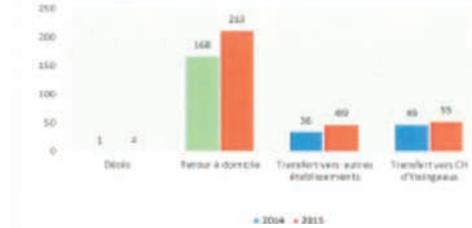
Près de 69% demandes d'admission via trajectoire sont faites par des établissements de santé de la Loire dont principalement le CH Firminy.

De même près de 50% des admissions en SSR sont des patients provenant d'établissements de santé de la Loire. Les patients proviennent du CH du Puy à hauteur de 37%.

• **Mode de sortie des patients**

La majeure partie des sorties du service (67%) correspondent toujours à un retour à domicile. L'orientation vers d'autres établissements à la fin du séjour est réalisée dans 15% des cas. Cela témoigne du rôle croissant de l'établissement dans le parcours patient, sur une zone d'attraction élargie.

	2014	2015
Décès	1	2
Retour à domicile	168	213
Transfert vers autres établissements	36	49
Transfert vers CH d'Yssingeaux	49	55
Total	254	319



Données issues de la partie administrative des soins

Les données issues du PMSI apportent un éclairage complémentaire sur les mouvements de patients. Domicile et structures médico-sociales représentent 72 % des sorties.

	Mode d'entrée		Mode de sortie	
	Effectif	%	Effectif	%
Mutation MCO	84	25%	22	6%
Mutation LS	1	0%	12	4%
Transfert MCO	245	72%	35	10%
Transfert SSR	2	1%	1	0%
Transfert PSY	0	0%	0	0%
Domicile	10	3%	206	60%
Domicile : Structure d'hébergement médico-sociale	0	0%	41	12%
Décès			2	1%
Séjours non terminés			23	7%
Total	342	100%	342	100%

- **Caractéristiques des patients**

La tranche d'âge la plus représentée reste celle des 80-84 ans. Les moins de 75 ans représentent, quant à eux, 17,58% des patients, en légère diminution par rapport à 2014.

- **Données médico-économiques relatives à l'activité du service**

Les affections et traumatismes du système ostéo-articulaires restent la catégorie majeure la plus importante.

CM	Effectif	%	Nb Journées	% journées
01 Affections du système nerveux	27	7,9	706	8,5
02 Affections de l'œil	1	0,3	7	0,1
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	10	2,9	192	2,3
04 Affections de l'appareil respiratoire	26	7,6	563	6,8
05 Affections de l'appareil circulatoire	30	8,8	554	6,6
06 Affections des organes digestifs	46	13,5	807	9,7
08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	108	31,5	3 379	40,5
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	10	2,9	185	2,2
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	11	3,2	301	3,6
11 Affections de l'appareil génito-urinaire	15	4,4	261	3,1
18 Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	1	0,3	28	0,3
19 Troubles mentaux et du comportement	16	4,7	383	4,6
23 Autres motifs de recours aux services de santé	41	12	973	11,7
Total	342	100	8 339	100

2. Activité de l'Unité de Soins de Longue Durée

• Origine géographique des patients

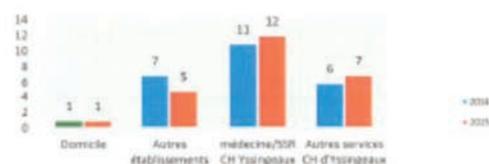
	2014	2015
Communauté de communes Pays des sucs	27	34
Autres communes de la Haute Loire	24	16
Loire	2	4
Autres départements	1	1
Total	54	55



L'aire de recrutement des patients en USLD est plus large que celle des autres services. Près de 62% des patients sont cependant originaires de la Communauté de communes Pays des Sucs.

• Provenance des patients entrés en 2015

	2014	2015
Domicile	1	1
Autres établissements	7	5
médecine/SSR CH Yssingeaux	11	12
Autres services CH d'Yssingeaux	6	7
Total	25	25



La très grande majorité des personnes entrées cette année dans le service reste en provenance des autres services du CH d'Yssingeaux (76%).

3. Activité de l'EHPAD

• Activité pour l'hébergement permanent par GIR

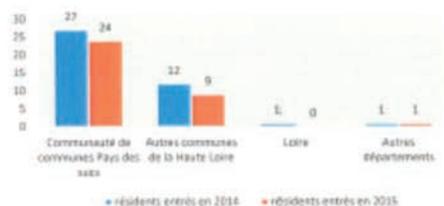
	2012	2013	2014	2015	Evolution 2014/2015
GIR 1	4 697	2 573	5 881	8 370	42,32%
GIR 2	20 937	24 868	19 250	18 967	-1,47%
GIR 3	5 624	6 324	7 224	8 643	19,64%
GIR 4	6 254	9 580	12 695	9 536	-24,88%
GIR 5	3 976	3 175	2 367	2 416	2,07%
GIR 6	4 808	3 075	1 825	1 083	-40,66%
total	48 296	49 595	49 242	49 015	-0,46%



Les tendances précédemment constatées se confirment avec une augmentation des journées réalisées en GIR 2.

> Origine géographique des résidents entrés en 2015

	résidents entrés en 2014	résidents entrés en 2015
Communauté de communes Pays des sucs	27	24
Autres communes de la Haute Loire	12	9
Loire	1	0
Autres départements	1	1
Total	41	34



La majeure partie des personnes entrées cette année reste originaire de la Communauté de communes Pays des Sucs.

> Provenance des résidents entrés en 2015

	2014	2015
Domicile	10	2
Autres établissements	2	1
Médecine-SOR CH d'Yssingeaux	28	16
USLD CH d'Yssingeaux	3	4
Hébergement temporaire CH Yssingeaux	0	13
Total	43	36

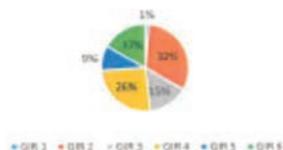


La majeure partie des personnes entrées cette année viennent d'un service du centre hospitalier d'Yssingeaux. Il est à noter la part des résidents ayant au préalable effectué un séjour en hébergement temporaire.

• Activité hébergement temporaire

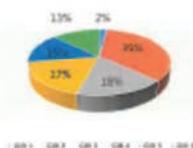
➤ Journées réalisées par GIR

	2015
GIR 1	17
GIR 2	413
GIR 3	192
GIR 4	333
GIR 5	119
GIR 6	217
total	1 291



➤ Personnes accueillies par GIR

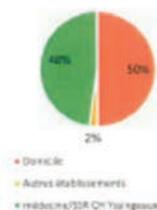
	2015
GIR 1	3
GIR 2	16
GIR 3	8
GIR 4	8
GIR 5	7
GIR 6	6
Total	66



L'activité du service est équilibrée du point de vue de la dépendance des personnes accueillies.

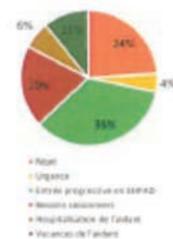
➤ Provenance des résidents en 2015

	2015
Domicile	23
Autres établissements	1
médecine/SSR CH Yssingeaux	22
Total	46



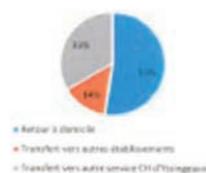
➤ Motifs d'entrée

	2015
Répit	11
Urgence	2
Entrée progressive en EHPAD	16
Besoin saisonniers	9
Hospitalisation de l'aidant	3
Vacances de l'aidant	5
Total	46



➤ Sortie des résidents

	2015
Retour à domicile	22
Transfert vers autres établissements	6
Transfert vers autre service CH d'Yssingeaux	14
Total	42



Plus de la moitié des résidents retrouvent leur domicile après leur séjour.

4. Activité Accueil de jour par GIR

	2012	2013	2014	2015	Evolution 2013/2014
GIR 1	0	0	0	0	
GIR 2	257	408	396	249	-2,94%
GIR 3	202	263	270	398	2,66%
GIR 4	553	907	958	914	10,03%
GIR 5	79	118	258	297	118,64%
GIR 6	70	67	53	39	-20,90%
Total	1 161	1 763	1 979	1 897	12,02%



On constate un resserrement de l'activité de l'accueil de jour sur les GIR 3-5, ce qui correspond bien à la vocation du service.

• Origine géographique des personnes accueillies en 2015

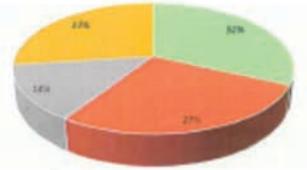
	2014	2015
Communauté de communes Pays des sucs	12	22
Autres communes de la Haute Loire	7	2
Total	19	24



L'aire de recrutement des personnes accueillies s'est ressermée sur le territoire de la CC Pays des Sucs.

• Fins d'accompagnement

	Nbre de patients
Fin de prise en charge	7
Entrée en établissement autre que CH d'Yssingeaux	6
Transfert autre accueil de jour	3
Entrée Unité protégée CH d'Yssingeaux ou EHPAD	6
Total	22



- Fin de prise en charge
- Entrée en établissement autre que CH d'Yssingeaux
- Transfert autre accueil de jour
- Entrée Unité protégée CH d'Yssingeaux ou EHPAD

5. - Activité du SSIAD

	2014	2015
GIR 1	1 769	1 802
GIR 2	4 101	3 295
GIR 3	2 164	2 682
GIR 4	5 907	6 211
GIR 5	1 925	884
GIR 6	258	0
Total	16 125	14 874



• Origine géographique des patients

	Nbre de patients
Communauté de communes Pays des sucs	50
Autres communes de la Haute Loire	6
Total	56



La zone d'intervention recouvre en grande partie celle de la Communauté de communes Pays des Sucs, ce qui explique l'origine des patients.

Près de 27 % des prises en charge s'effectuent à la suite d'une hospitalisation.

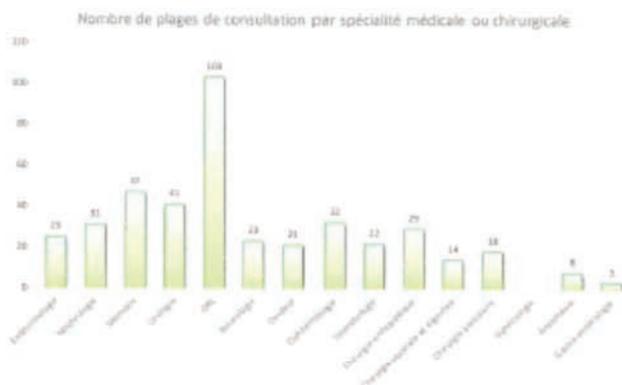
• Niveau de dépendance

	2012	2013	2014	2015
GIR 1	8	3	5	8
GIR 2	15	18	14	14
GIR 3	7	5	8	12
GIR 4	22	27	20	27
GIR 5	9	10	7	4
GIR 6	3	1	1	0
	64	64	55	65

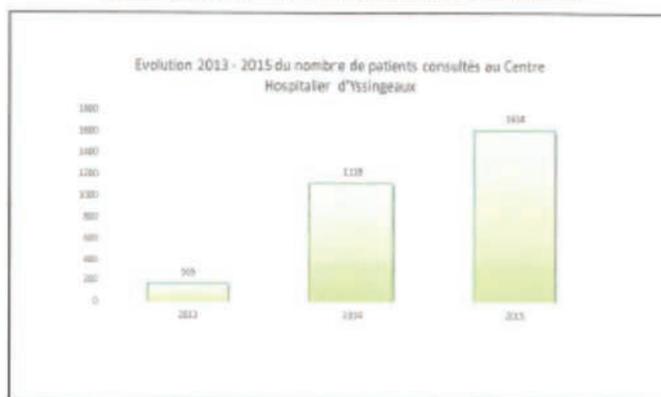


6. Consultations avancées

En coopération avec le Centre Hospitalier Emile Roux du Puy, des consultations de spécialistes ont été mises en place en juin 2013. Elles ont connu un fort développement depuis, qui s'est poursuivi en 2015.



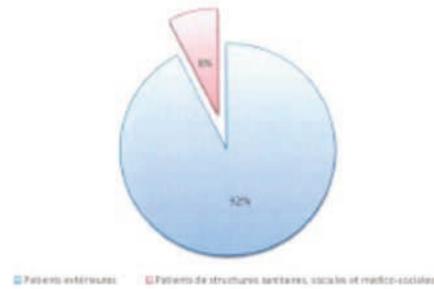
Depuis mai 2013, ce sont 417 plages de consultations dans 14 spécialités différentes qui ont été proposées au Centre Hospitalier d'Yssingeaux. La première consultation de gynécologie aura lieu en février 2016.



Entre 2013 et 2015, le nombre de consultations dispensées n'a cessé de croître. Sur cette période, près de 3000 patients ont consulté un spécialiste au Centre Hospitalier d'Yssingeaux.

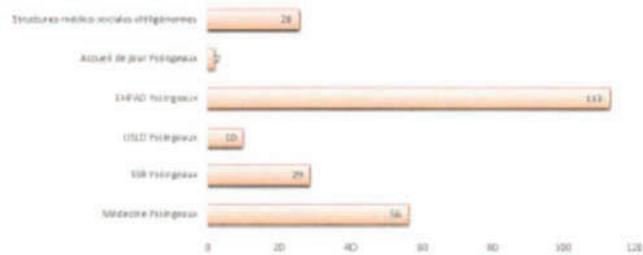
La présence de spécialistes contribue de manière notable à l'amélioration de la prise en charge médicale des patients et résidents du CH d'Yssingeaux. Elles facilitent l'accès aux soins des personnes très dépendantes. L'utilisation de ce service par les structures médico-sociales environnantes va croissante.

Part des patients issus de structures sanitaires, sociales et médico-sociales du bassin de santé intermédiaire yssinguais

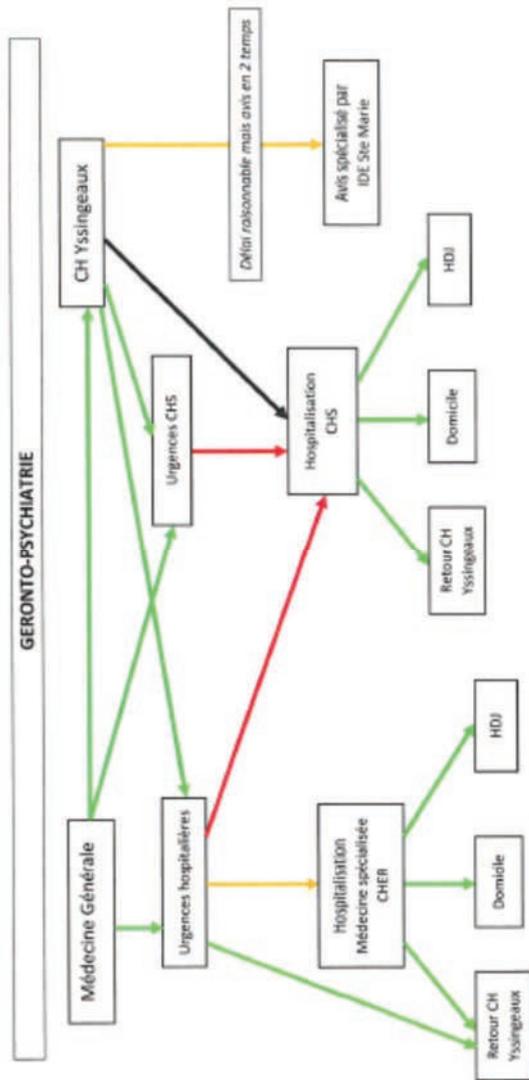


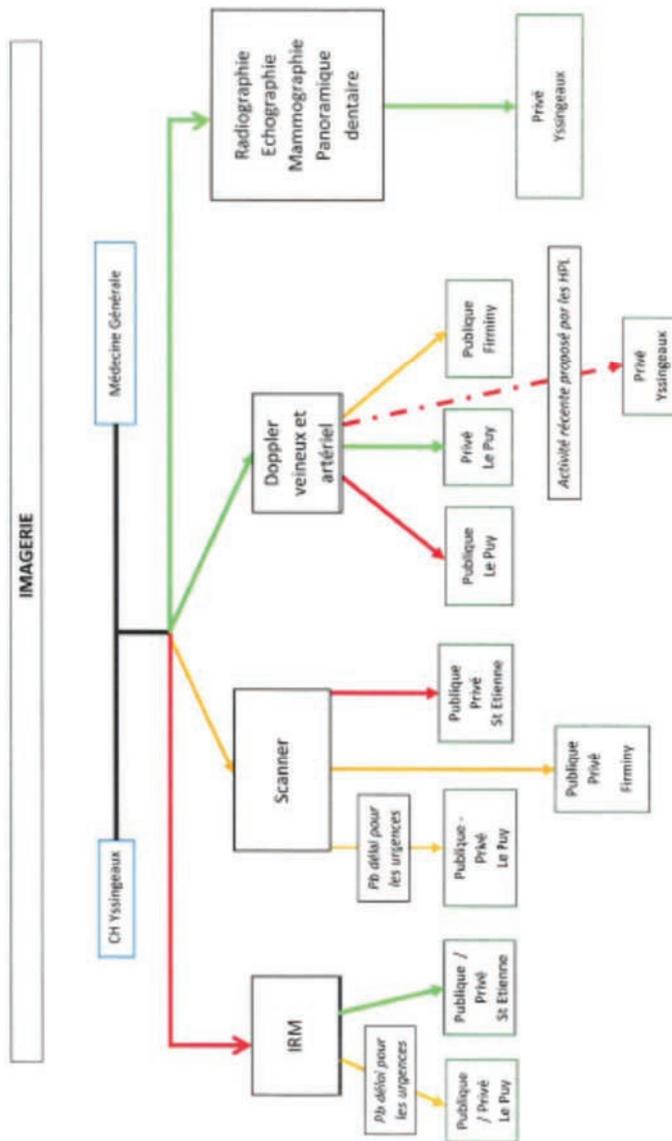
236 patients issus de structures sanitaires, sociales et médico-sociales du bassin de santé yssinguais ont consulté un spécialiste au Centre Hospitalier d'Yssingeaux (soit 8%). Ces consultations avancées permettent également de favoriser l'accès aux soins des populations âgées et en situation de handicap.

Nombre de patients et de résidents ayant bénéficié d'un recours à un spécialiste au Centre Hospitalier d'Yssingeaux.

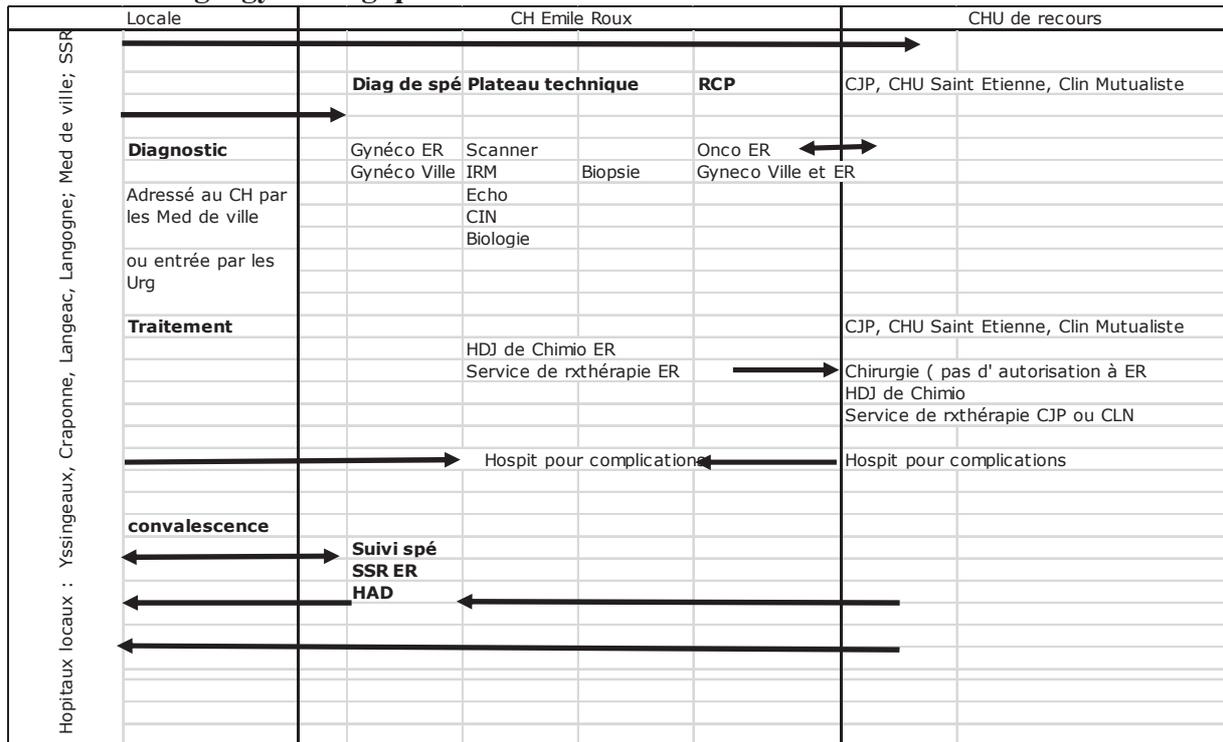


Les patients accueillis dans les services du Centre Hospitalier d'Yssingeaux bénéficient également de ces consultations avancées par le recours à des compétences spécialisées. Une dizaine de structures médico-sociales (EHPAD, FAM, MAS) du bassin de santé intermédiaire yssinguais bénéficient également de cette nouvelle offre.





Filière oncologie gynécologique



ER: Centre hospitalier Emile ROUX

CJP: Centre Jean Perin

CLN: Centre Lucien Neuwirt

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

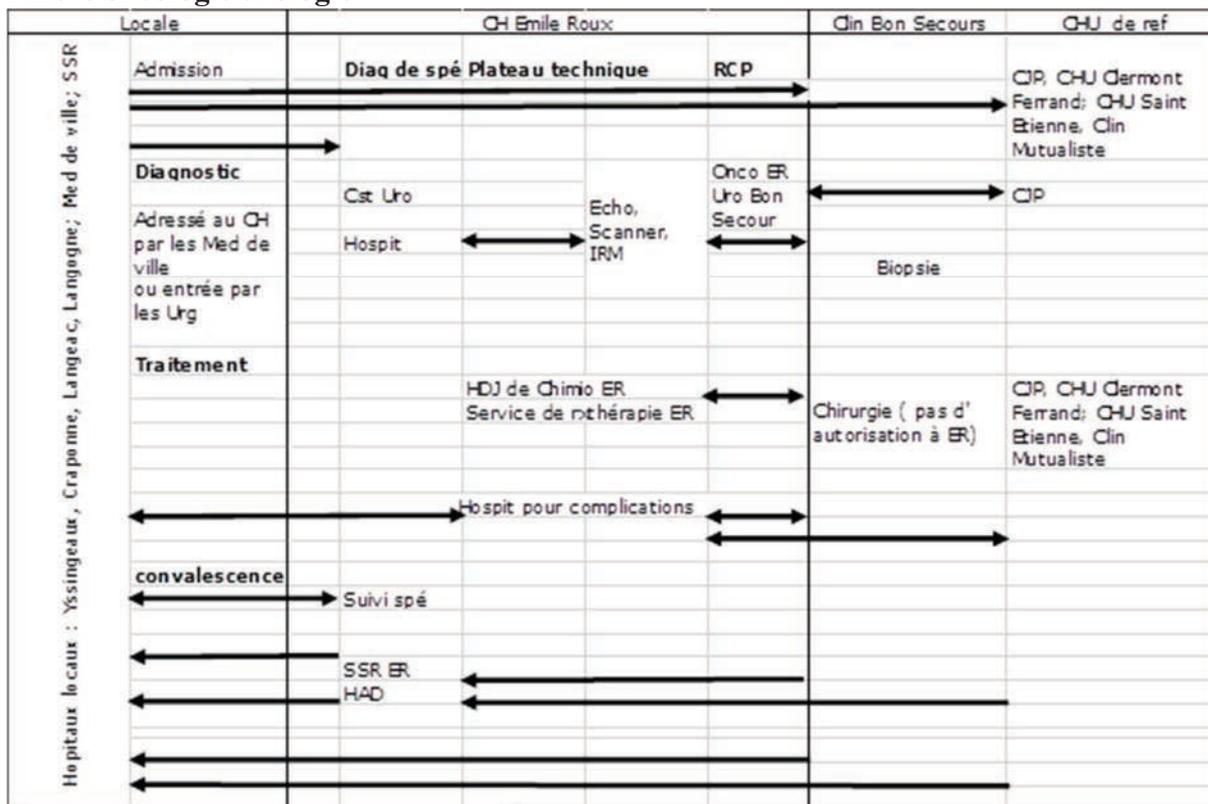
HAD: Hospitalisation à Domicile

Filière Oncologie seins

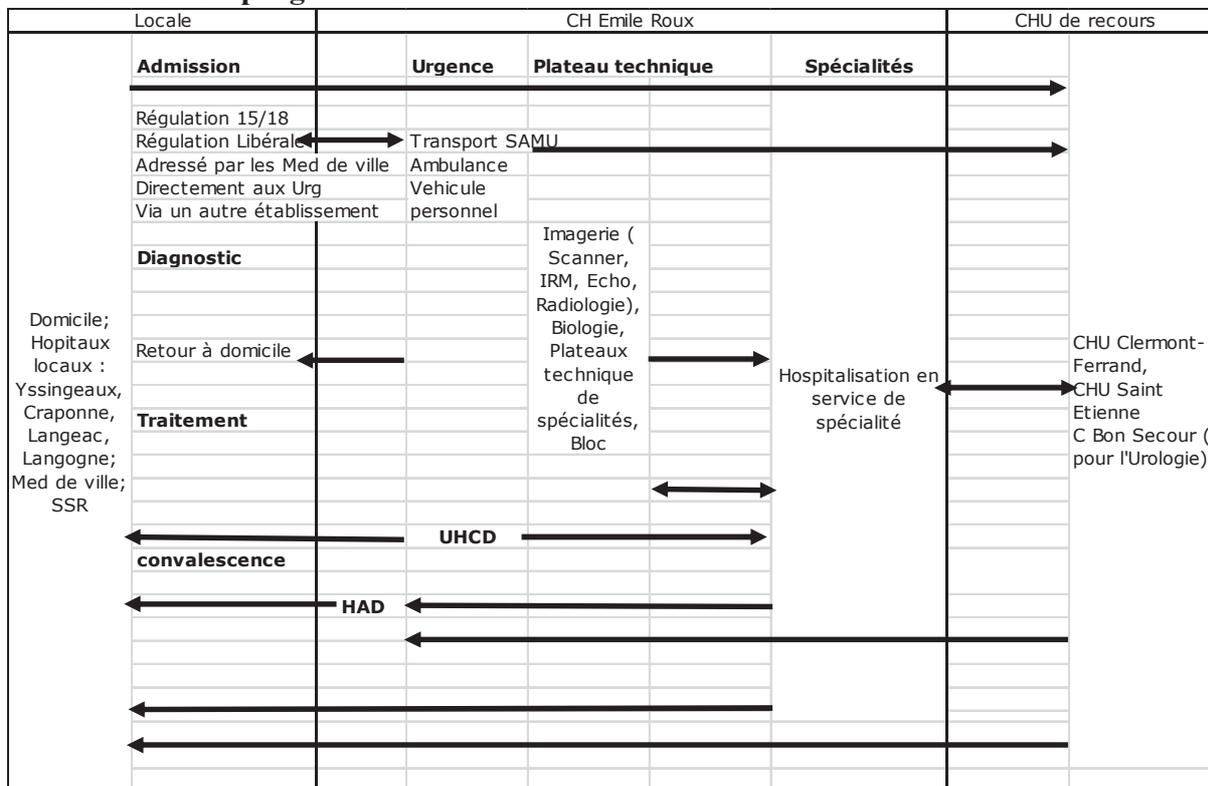
	Locale	CH Emile Roux			CHU de recours
Hopitaux locaux : Yssingeaux, Craponne, Langeac, Langogne, Med de ville, SSR	Admission		Diag de spé	Plateau technique	RCP
					→ CJP, CHU Saint Etienne, Clin Mutualiste
	Diagnostic		Gynéco ER Gynéco Ville	Mamographie ER ou Cabinet de Ville Scanner IRM Echo	Onco ER Gyneco Ville et ER
	Adressé au CH par les Med de ville ou entrée par les Urg				← CJP
	Traitement			Chirurgie Mammaire gynéco de Ville ou ER HDJ de Chimio ER Service de rxthérapie ER	CJP, CHU Saint Etienne, Clin Mutualiste Chirurgie (pas d' autorisation à ER HDJ de Chimio Service de rxthérapie CJP ou CLN
	Hospit pour complications		← Hospit pour complications	← Hospit pour complications	Hospit pour complications
	convalescence		Suivi spé SSR ER		
					←
					←

ER: Centre hospitalier Emile ROUX
 CJP: Centre Jean Perin
 CLN: Centre Lucien Neuwirt
 CHU: Centre Hospitalier Universitaire
 HAD: Hospitalisation à Domicile

Filière oncologie urologie



Filière soins non programmés



ER: Centre hospitalier Emile ROUX
 CJP: Centre Jean Perin
 CLN: Centre Lucien Neuwirt
 CHU: Centre Hospitalier Universitaire
 HAD: Hospitalisation à Domicile

Filière pédiatrie

	Locale		CH Emile Roux		CHU de recours
	Admission	Urgence	Plateau technique	Pédiatrie	
Medecin de ville Pédiatre entrée directe	Transport SAMU				
	Ambulance	Transfert SAMU			
	Vehicule personnel			Filiarisation Pédi	
	Diagnostic				
			Imagerie (Scanner, IRM, Echo, Radiologie), Biologie, Plateaux technique de spécialités, Bloc		
	Traitement				CHU de Clermont Ferrand CHU de Saint Etienne
				Hospit pour complications ou Cs spé	
	convalescence				

Filière gériatrie

Locale		CH Emile Roux			Gérontopsy	
Admission		Urgence	Plateau technique	Gériatrie/Autre service		
Domicile; Hopitaux locaux : Yssingeaux, Craponne, Langeac, Langogne; Med de ville; SSR USLD	Régulation 15/18					
	Régulation Libérale	→				
	Adressé par les Med de ville					
	Directement aux					
	Via un autre établissement					
	Adressé au CH par les Med de ville ou entrée par les Urg					
	Diagnostic					
				Imagerie (Scanner, IRM, Echo, Radiologie), Biologie, Plateaux technique de spécialités, Bloc opératoire		
			UHCD			
						Sainte Marie
Traitement						
		HAD				
convalescence						
				HDJ, consultation mémoire Trajectoire		
				SSR ER, CRFM ER		

ER: Centre hospitalier Emile ROUX

CJP: Centre Jean Perin

CLN: Centre Lucien Neuwirt

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

HAD: Hospitalisation à Domicile

ER: Centre hospitalier Emile ROUX
 CJP: Centre Jean Perin
 CLN: Centre Lucien Neuwirt
 CHU: Centre Hospitalier Universitaire
 HAD: Hospitalisation à Domicile

Filière AVC

	Locale		CH Emile Roux			CHU de recours	
	Admission		Urgence	Plateau technique	Spécialités		
CH B; Hopitaux locaux : Yssingeaux, Craponne, Langeac, Langogne; Med de ville; Domicile SSR	Régulation 15/18						
	Régulation Libérale		Transport SAMU				
	Adressé par les Med de ville		Ambulance				
	Directement aux Urg		Vehicule personnel				
	Via un autre établissement				Hospitalisation en service de Neurologie; UNV, Réa		
	Diagnostic			Imagerie (Scanner, IRM, Echo, Radiologie), Biologie, Plateaux technique de spécialités			
	Retour à domicile		UHCD				CHU Clermont-Ferrand, CHU Saint Etienne, UNV, Thrombectomie
	Traitement						
					UNV, Réa thrombolyse		
	convalescence						
Services de Medecine H Locaux ; CRFM SSR polyvalent; SSR spé; Domicile		HAD					

Filière Médecine

Locale	CH Emile Roux			CHU de recours
Admission	Urgence	Plateau technique	Spécialités	
Régulation 15/18				
Régulation Libérale	Transport SAMU			
Adressé par les Med de ville	Ambulance			
Directement aux Urg	Vehicule personnel		Hospitalisation en service de Neurologie; UNV, Réa	
Via un autre établissement				
Diagnostic		Imagerie (Scanner, IRM, Echo, Radiologie), Biologie, Plateaux technique de spécialités		
Retour à domicile	UHCD			CHU Clermont-Ferrand, CHU Saint Etienne, UNV, Thrombectomie
Traitement			UNV, Réa thrombolyse	
convalescence				
Services de Médecine H Locaux ; CRFM SSR polyvalent; SSR spé; Domicile	HAD			

ER: Centre hospitalier Emile ROUX
 CJP: Centre Jean Perin
 CLN: Centre Lucien Neuwirt
 CHU: Centre Hospitalier Universitaire
 HAD: Hospitalisation à Domicile

Le bassin de santé du Brivadois

Filière Cancérologie

Outil informatique commun de traçabilité des RCP : en cours de déploiement

Entrée dans le parcours de soins :

DIGESTIF

Médecin Traitant qui oriente vers Spécialiste ou Urgences

Spécialistes : Gastro CHB qui fait examen complémentaire +/- imagerie

Avec exam complémentaires : Chirurgie digestive CHB analyse les résultats et discussion

RCP CHU Estaing

Chirurgie : CH Estaing

Radiothérapie : CH Estaing ou CHER

Chimiothérapie : CHB

GYNECO (non sein)

Médecin Traitant qui oriente vers Spécialiste ou Urgences

Gynéco ville adresse : CJP

ou Service Médecine : RCP avec CJP puis orientation CJP ou CHU Estaing

SEIN

Médecin Traitant qui oriente vers Spécialiste ou Urgences

Gynéco ou Radiologue adresse : CJP et PSR

Chirurgie : CJP et PSR

Chimio : idem : même lieu que la chirurgie : CJP (49%), PSR (48%) + CHB (3%)

Radiothérapie : idem chirurgie

Autres cancers : **URO**

Médecin Traitant ou Urgences

Consultations urologiques au CHI ou CHU ou CHB/Clinique BS (Le Puy)

Autres cancers : **POUMON**

Médecin traitant

Chirurgie : CHU

Chimio : Public CHB et CHU Clermont-Ferrand, Privé/PSPH au CJP, PSR

Cancers **Hémato**

Médecin Traitant / Interniste CHB

RCP et Chimio : CHU (80%), CHB (3,6%), CHER (2,6%)

Cancers **Neuro**

CHU ou CJP

Cancérologie ORL

Chirurgie : CHU

Chimiothérapie : CHB (7%), PSR (84%), CJP (6,8%), CHU (1,5%)

Filière Pathologies Digestives

Médecin traitant ou Urgences

Avis spé : Chirurgie digestive CHB (astreinte : CHB)

Chirurgie : CHB (43,5%), CH Issoire (12%), CHU Clermont-Ferrand (11%), Cliniques Clermont-Ferrand (14%), CHER, CH St-Flour ...

Retour CHB après chirurgie – transfert CH Issoire/CHU Clermont lors de période de fermeture du Bloc CHB et/ou scanner à Issoire

Retour domicile ou SSR ou HAD

Filières Pathologies Orthopédiques

Médecins traitants / Rhumatologie ou Urgences pour traumatologie

Chirurgie : CHB (26%), CHI (1,7%), CHU (7%), Cliniques clermontoises (48%), CHER, CH St-Flour...

Retour domicile ou SSR

Filière URO

Consultations Urologie CHB (praticiens Clinique Le Puy) ou CHI/CHU ou Urgences

Chirurgie : CHI (8%), CHU (17%), Cliniques clermontoises (30%), Clinique Le Puy (31%), CHB...

Urgences urologique : CHU (lithotrypsie), sondes double j...

Filière ORL-Stomato

-Médecin traitant ou Urgences

-Cs spécialisée Brioude (JE M), Clermont-Ferrand (Cliniques et CHU), Le Puy (CHER)

-Chirurgie : CHB (24%), CHU (17%), Cliniques clermontoises (35%), CHER (12%)

Filière pathologies cardiaques

Voir schéma

Médecin traitant ou Urgences

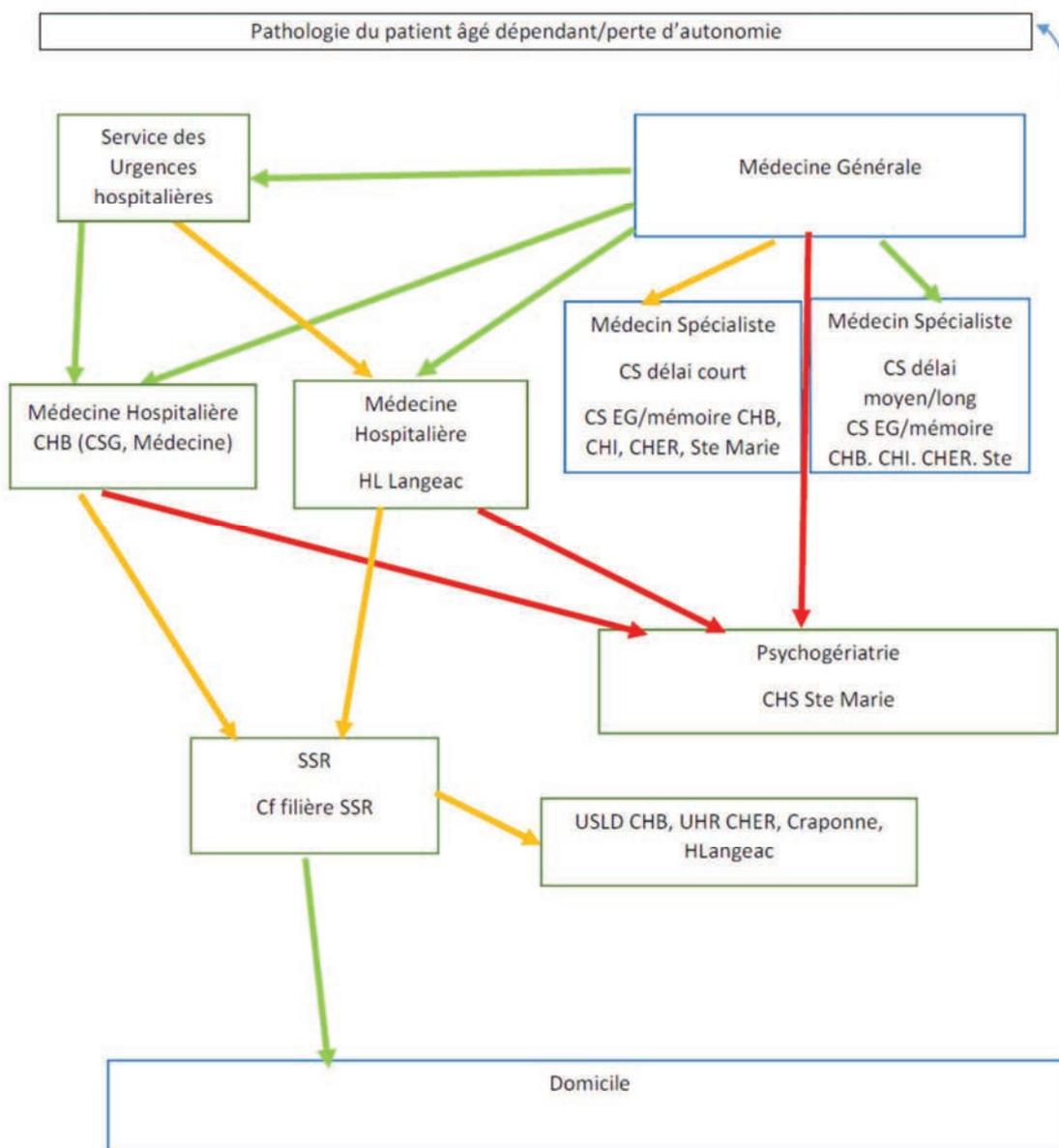
Cs Cardiologue Brioude (GD) : délai long

Si Urgent : Urgences CHB

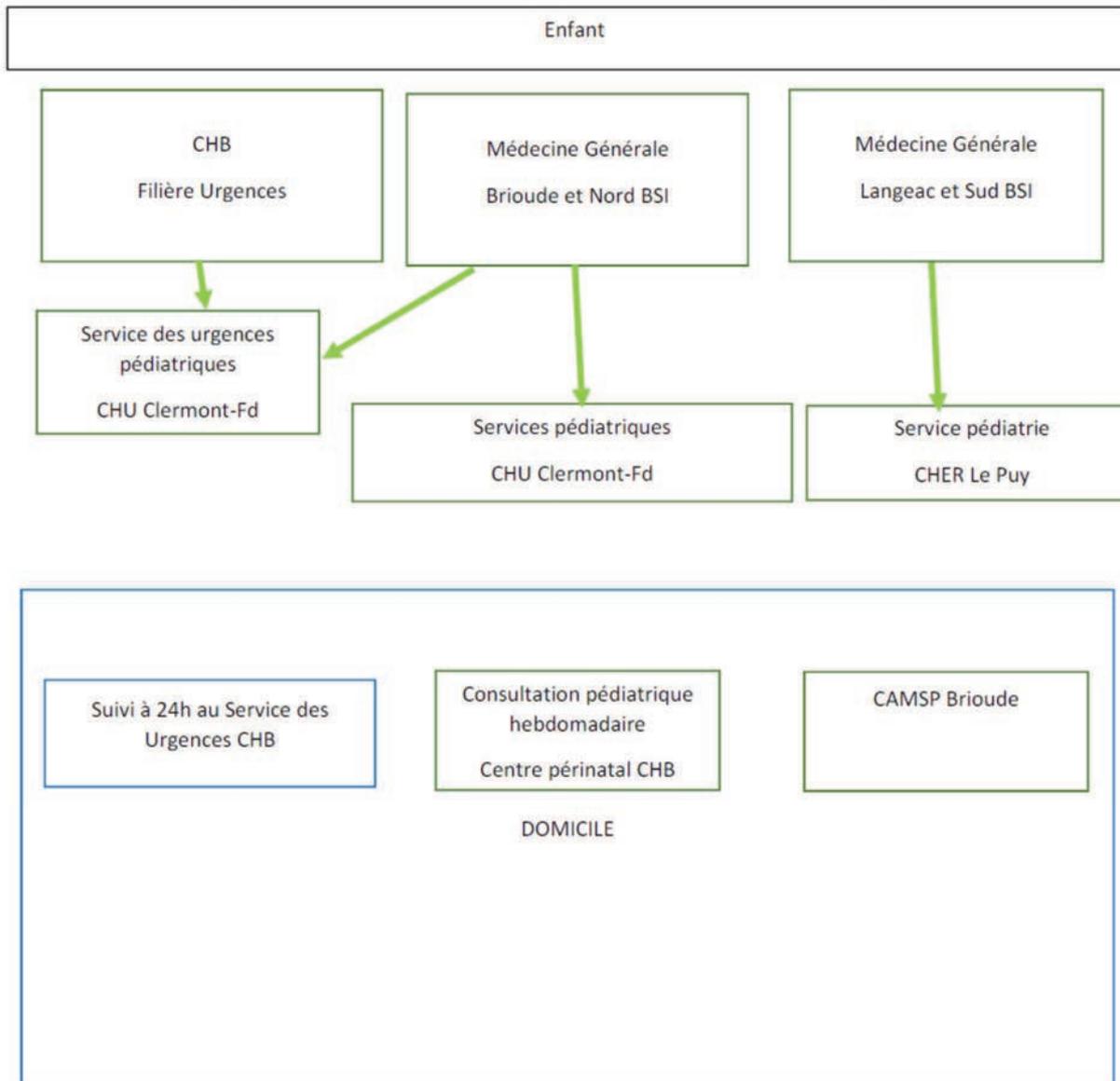
USI : CHU Clermont-Ferrand ou PSR

Cardio interventionnelle : CHU Clermont-Ferrand ou PSR

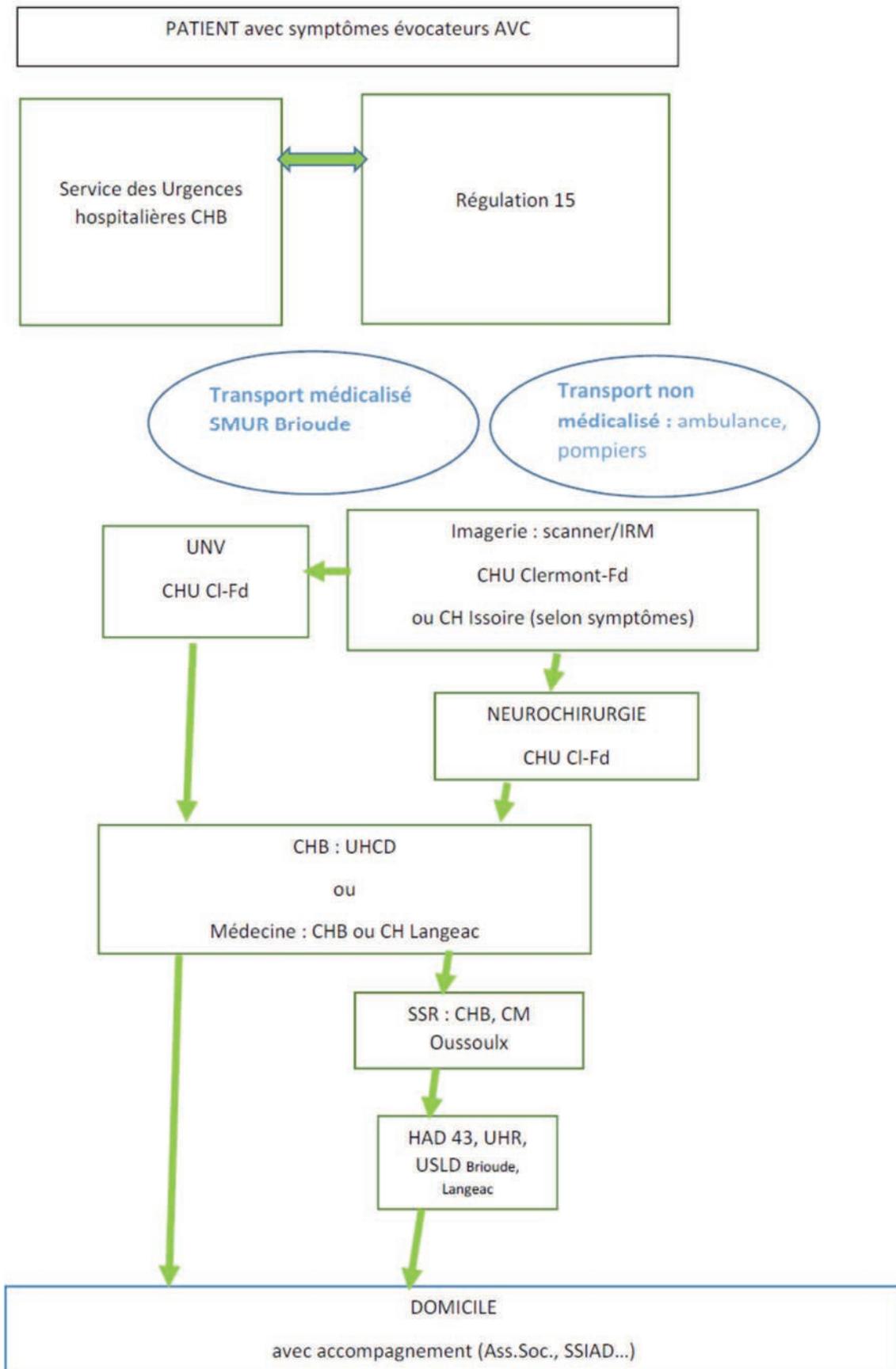
SCHEMA DE PARCOURS PATIENT = FILIERE de SOINS GERIATRIE



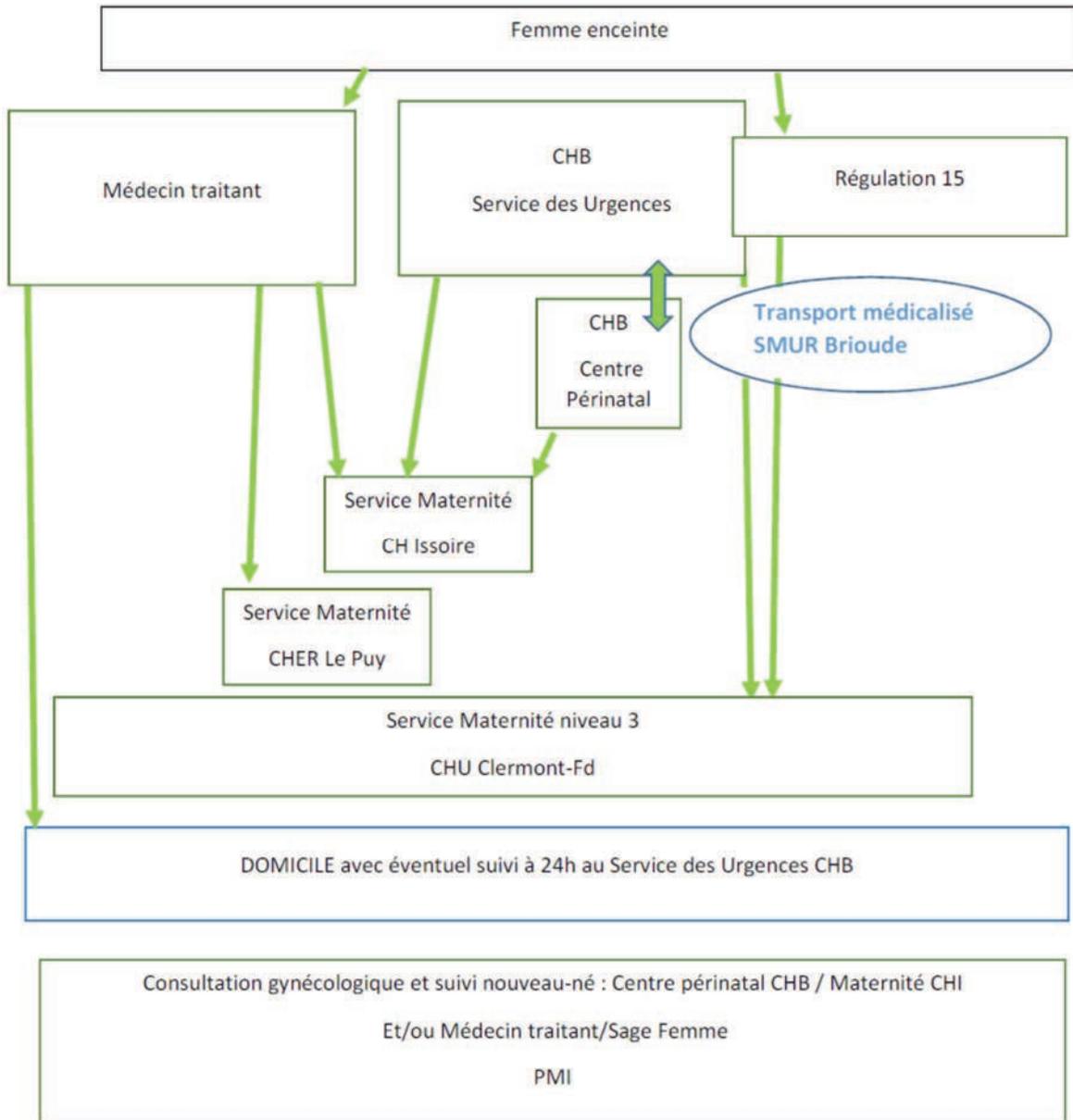
SCHEMA DE PARCOURS en pédiatrie



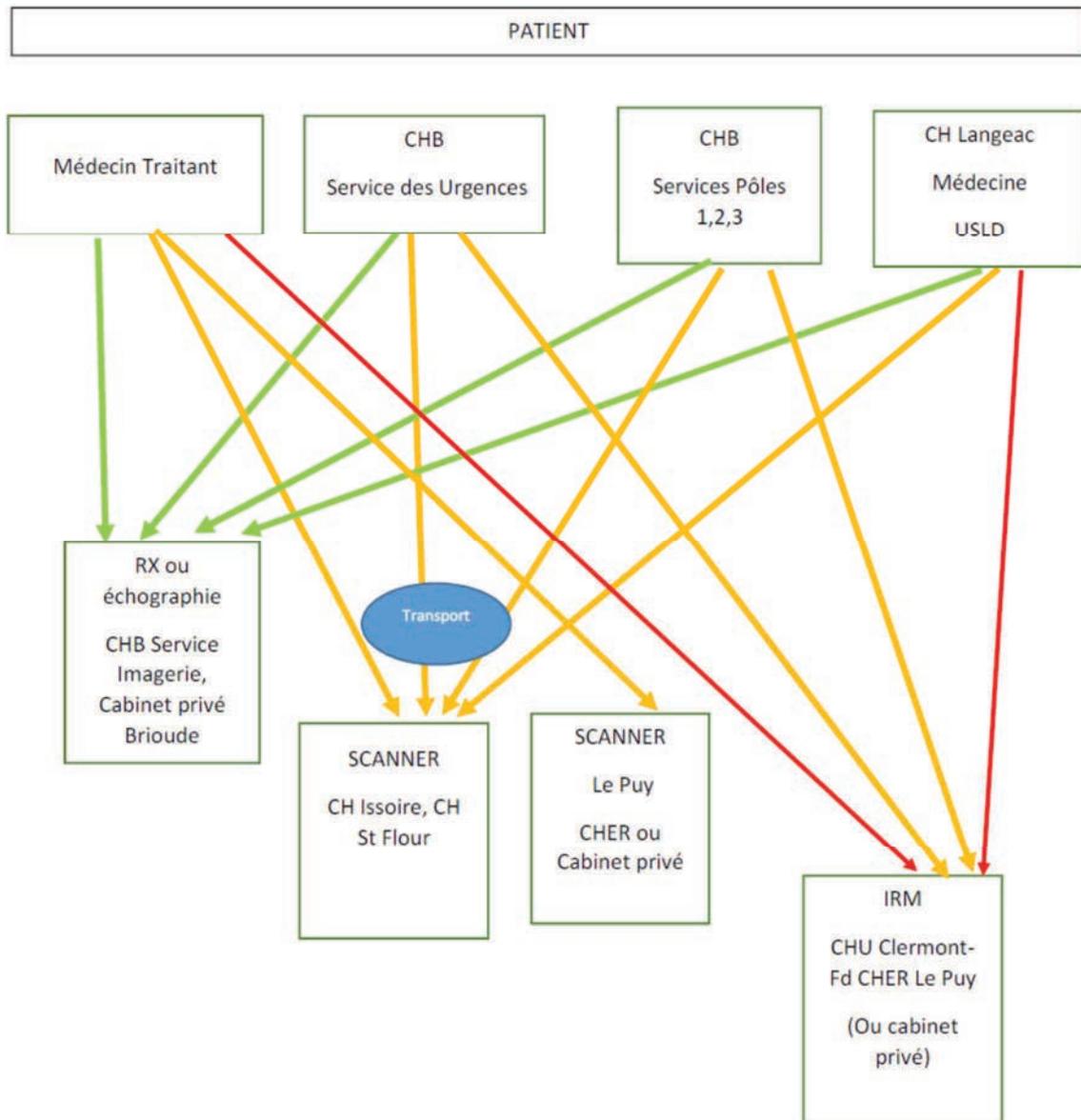
SCHEMA DE PARCOURS PATIENT = FILIERE de SOINS AVC :



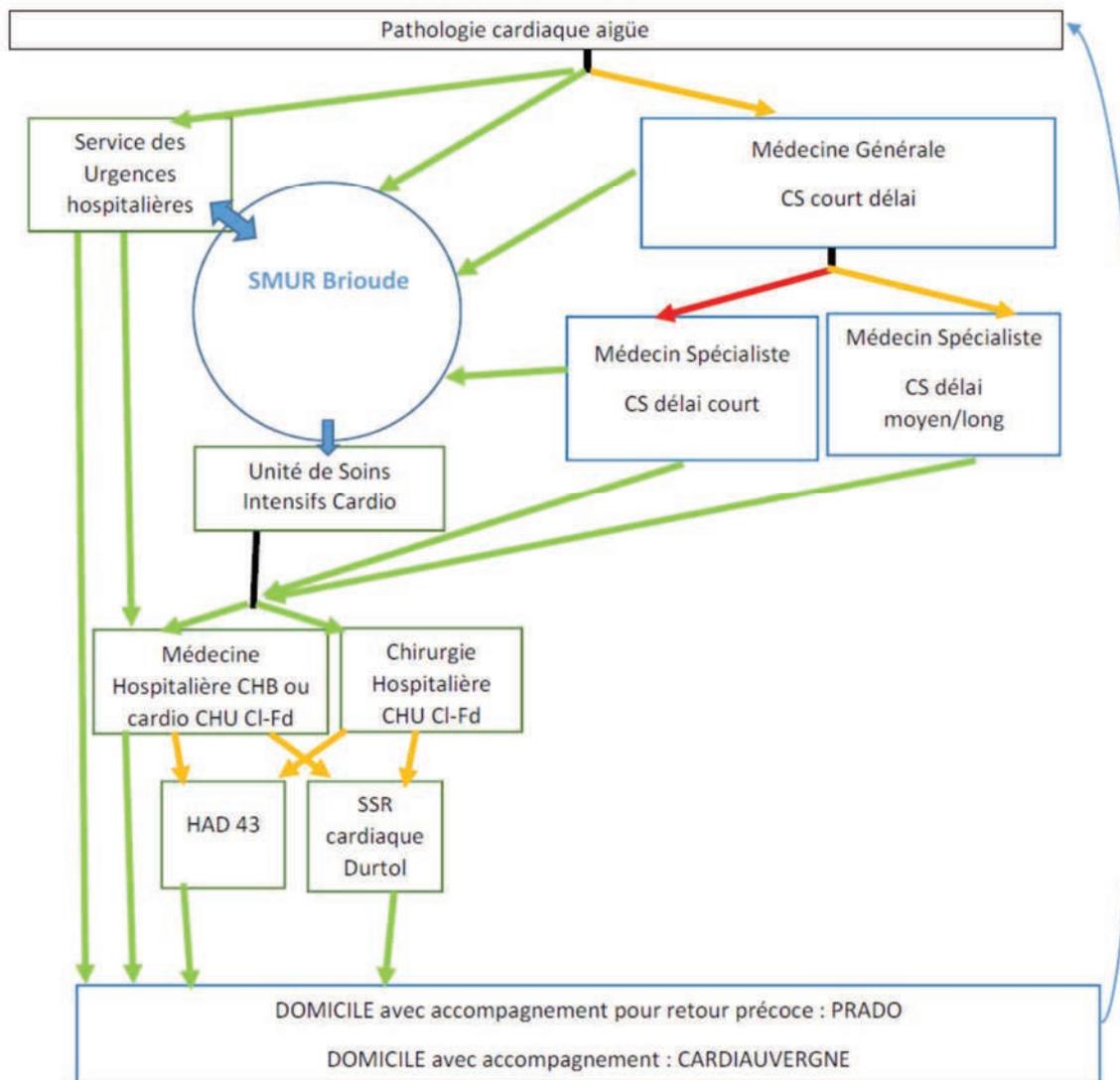
SCHEMA DE PARCOURS PATIENT = femme enceinte/parturiante:



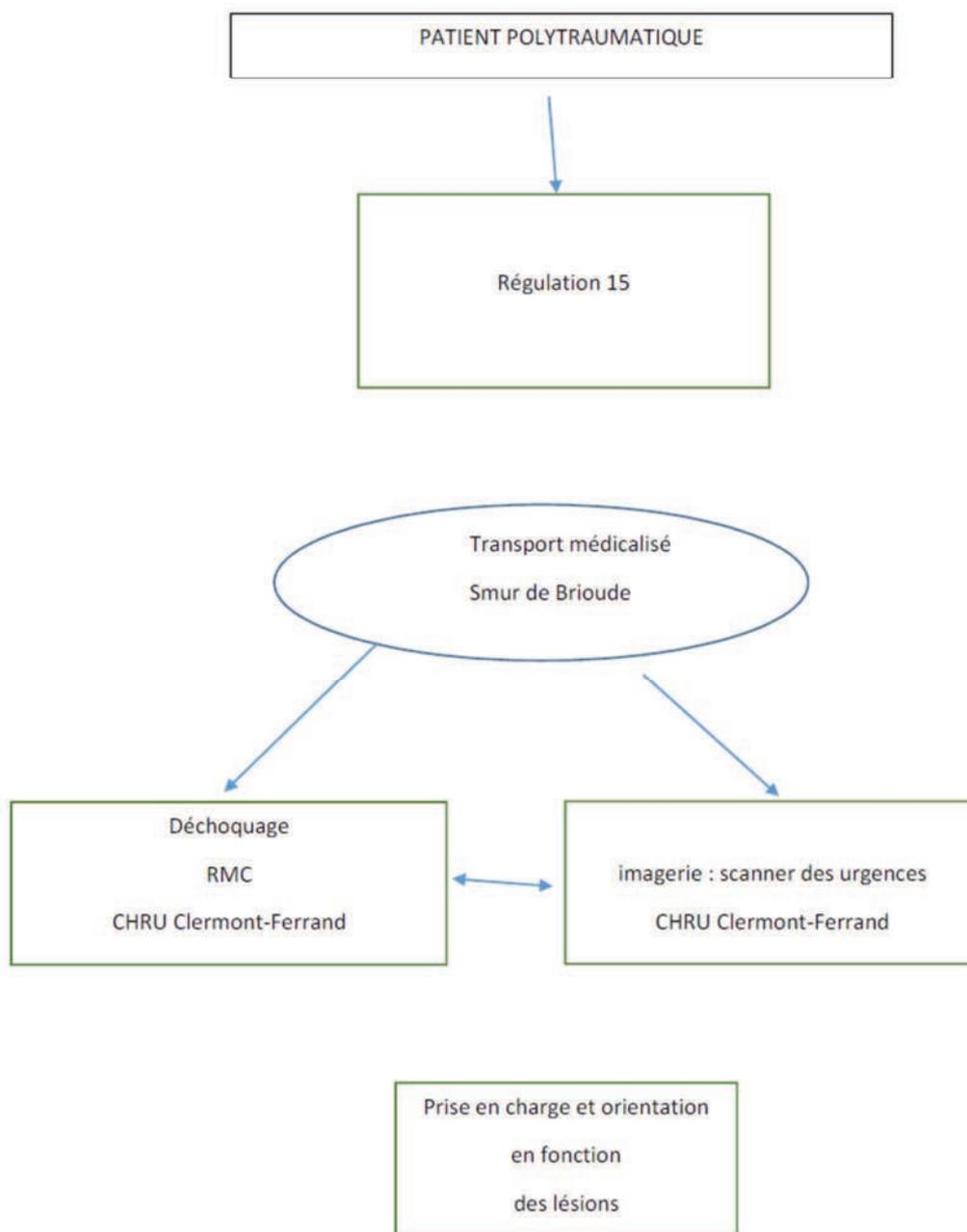
SCHEMA DE PARCOURS PATIENT = imagerie :



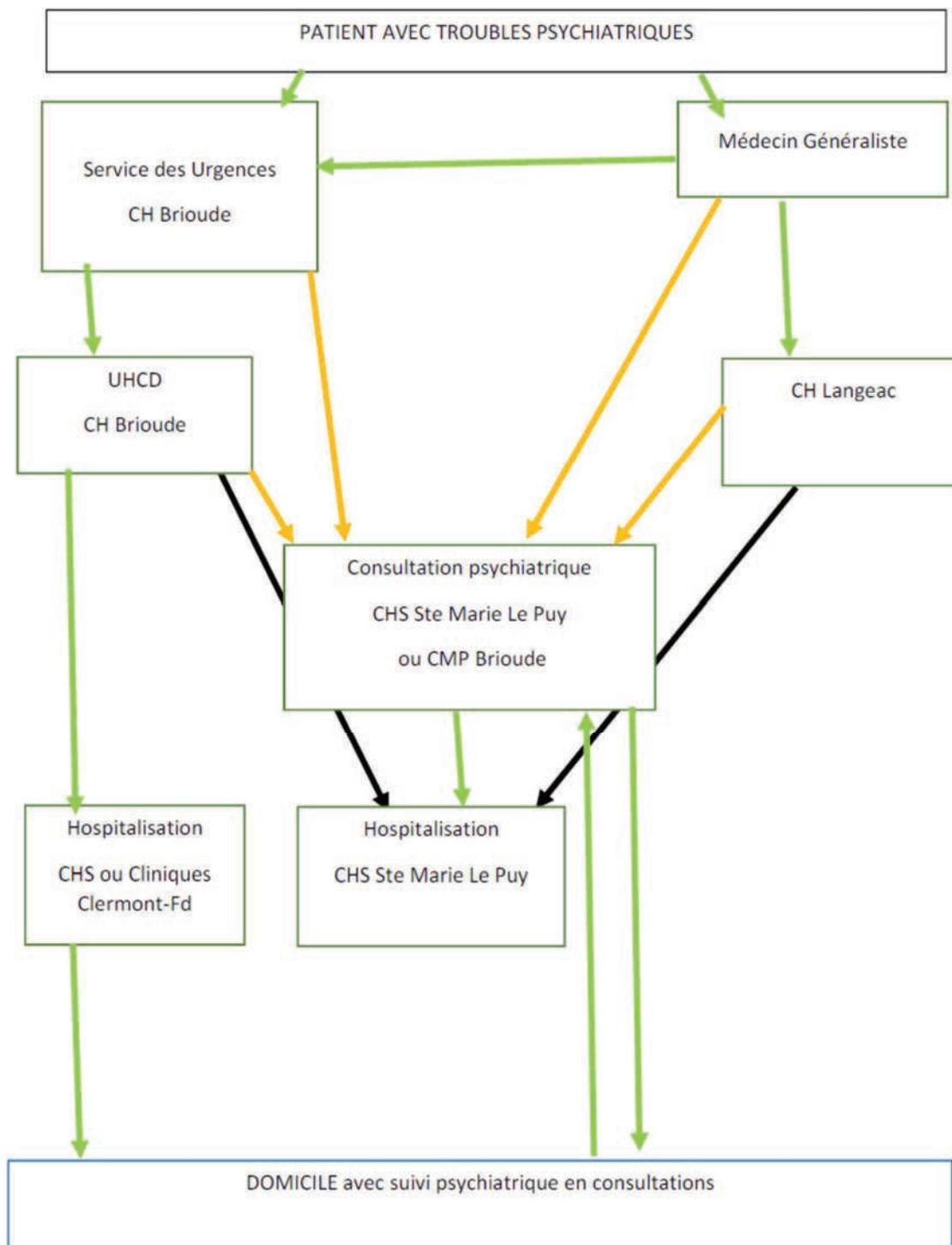
SCHEMA DE PARCOURS PATIENT = FILIERE de SOINS patho cardiaque aigüe:



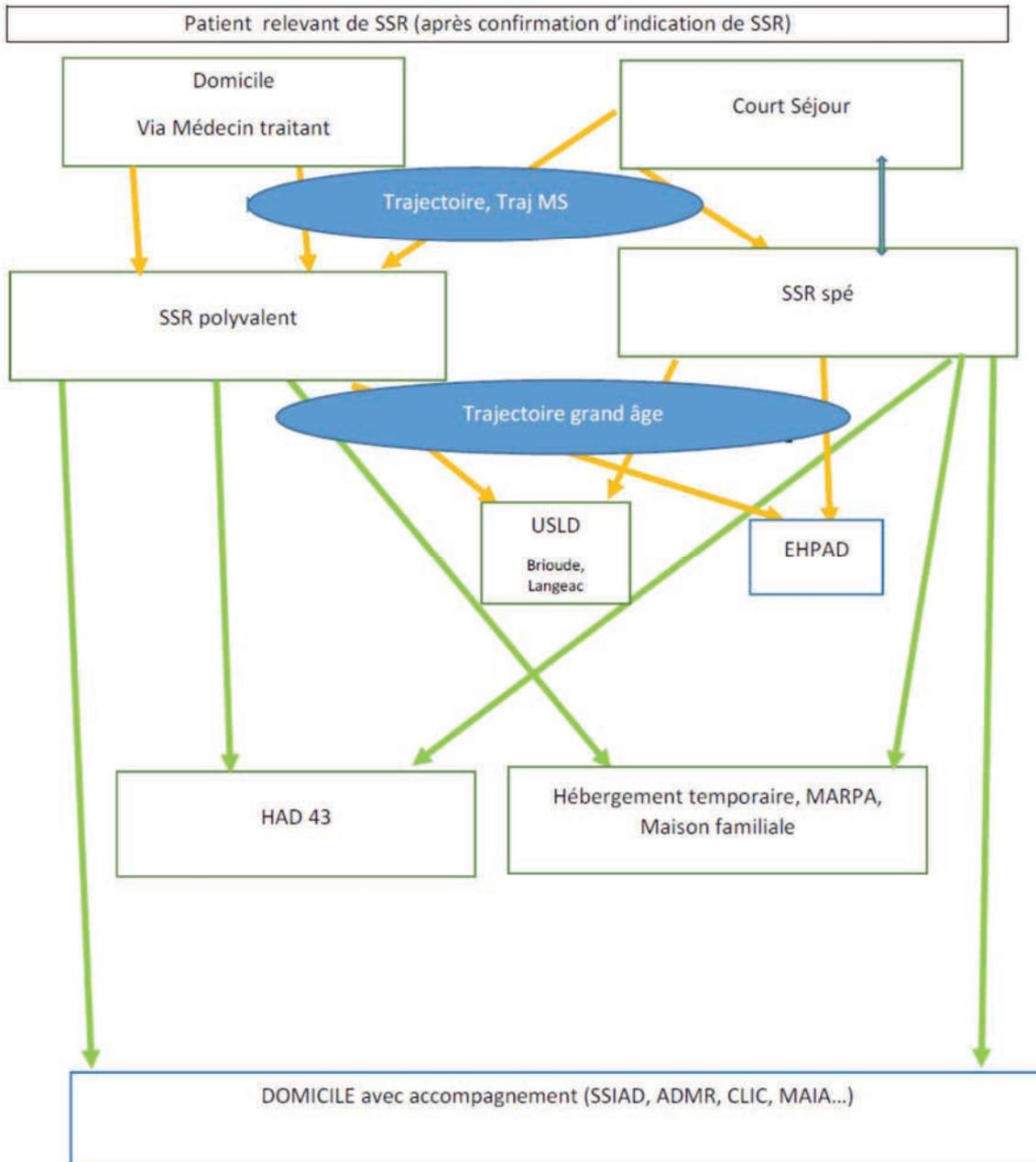
SCHEMA DE PARCOURS PATIENT = FILIERE de SOINS POLYTRAUMATISME :



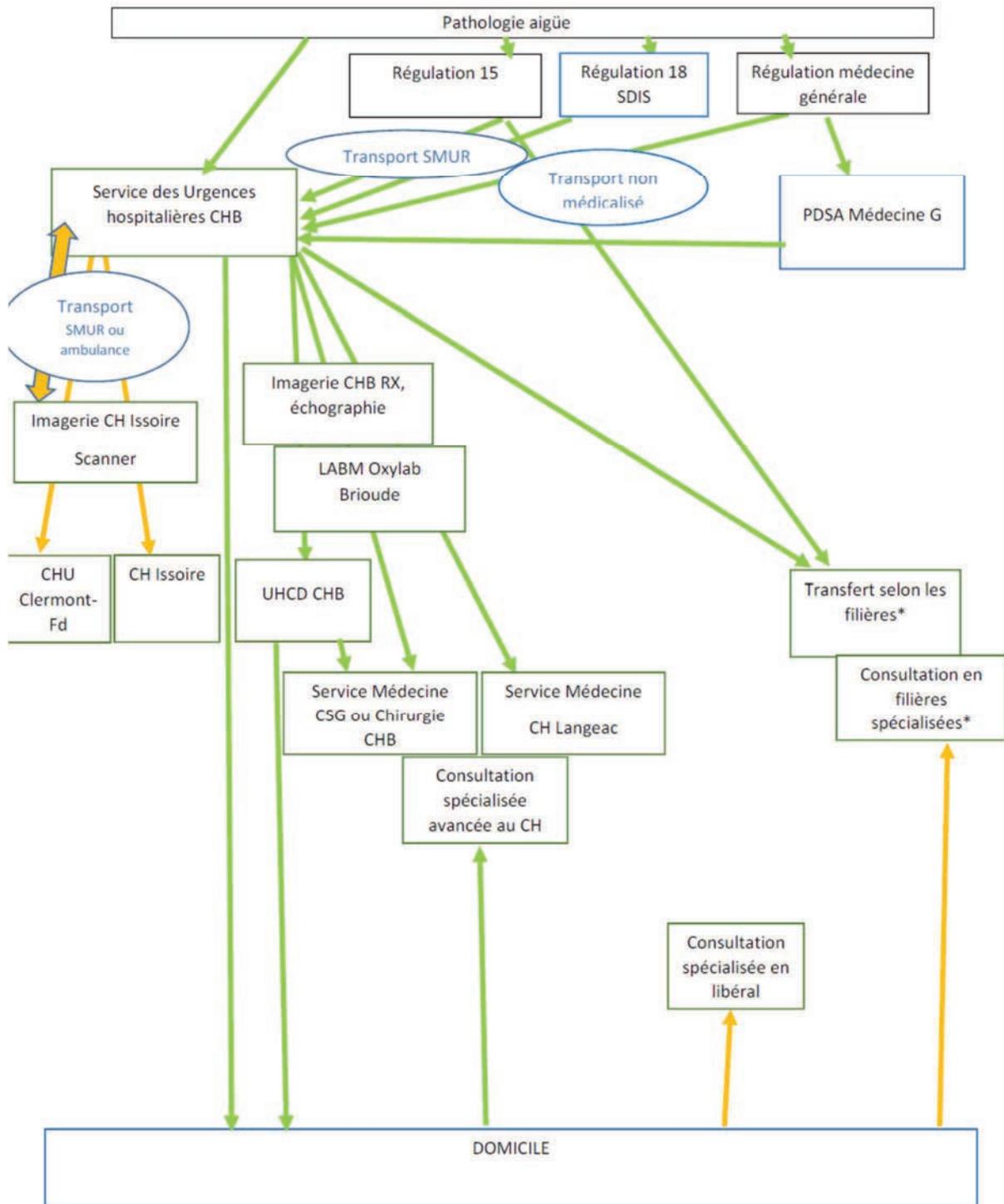
SCHEMA DE PARCOURS PATIENT = PSYCHIATRIE



SCHEMA DE PARCOURS PATIENT = FILIERE de SSR



SCHEMA DE PARCOURS PATIENT = FILIERE de SOINS Soins aigus non programmés et PDSA



Annexe 2 : Convention passée avec le CHU de Clermont-Ferrand le 22 mai 2017