



PROJET MÉDICAL PARTAGÉ  
GHT LÉMAN - MONT-BLANC



Hôpital de proximité  
Dufresne Sommeiller  
La Tour



Hôpital local  
Reignier





## LE GHT, UN ACCÈS ÉGAL À DES SOINS SECURISÉS ET DE QUALITÉ AUX HABITANTS DE CE TERRITOIRE

“ La mise en place des groupements hospitaliers de territoire est une des mesures des plus structurantes et des plus ambitieuses de la loi de modernisation de notre système de santé. Il s’agit d’un élément de la politique que je conduis depuis 2012 pour garantir l’accès aux soins de tous.

Chaque français doit avoir les mêmes chances de bénéficier d’une prise en charge adaptée à ses besoins lorsqu’il pousse la porte d’un hôpital : c’est le sens même des GHT.

Ce dispositif, que j’ai inscrit dans la loi, conciliera la nécessaire autonomie des établissements et le développement des synergies territoriales : pas de subordination, pas d’uniformisation : chaque GHT devra s’adapter aux réalités de son territoire et le projet médical en sera le cœur. ”

Marisol Touraine  
Ministre des affaires sociales et de la santé

Par courrier du 15 décembre 2015, Madame la Directrice Générale de l’Agence Régionale de Santé a proposé la liste des établissements appelés à constituer le groupement hospitalier Haute-Savoie Nord et a désigné le CHAL comme établissement préfigurateur de cette dernière.

Le 30 juin 2016, la convention constitutive du GHT “Haute-Savoie Nord” appelée désormais GHT Léman Mont-Blanc a été signée par les 7 établissements de ce GHT et approuvée par voie d’arrêté le 1<sup>er</sup> septembre 2016.



# SOMMAIRE

## Les caractéristiques sociodémographiques du territoire GHT Léman Mont Blanc

- I. Les caractéristiques sociodémographiques du territoire GHT Léman Mont Blanc
- II. L'offre de soins

## La méthodologie d'élaboration du projet

## Les actions transverses du projet médical partagé et l'évolution des modes de prise en charge

### Les actions transverses

- I. Le développement des consultations avancées
- II. La mutualisation de certaines lignes de permanence des soins
- III. Les outils innovants de la coopération

### Les nouveaux modes de prise en charge

- I. Le développement de l'HAD
- II. Le projet d'une plateforme de régulation d'activité
- III. Les actions en faveur de la réduction de la DMS
- IV. La coopération avec la médecine de ville

## Les filières de soins

La filière santé mentale

La filière gériatrique

La filière pneumologie - onco-pneumologie - insuffisance respiratoire et pathologies du sommeil

La filière néphrologie - dialyse - insuffisance rénale

La filière santé publique

La filière risques infectieux

La filière ORL

La filière cancérologie

La filière soins palliatifs

La filière cardiologie

La filière SSR

La filière pédiatrie - néonatalogie et médecine adolescence

La filière diabétologie - endocrinologie

La filière neurologie et neuro-vasculaire

La filière chirurgie orthopédique

La filière urgences

## Les filières médico-techniques

La filière pharmaceutique

La filière biologique

## Le projet de soins

## Les axes qualité du PMP



# Le GHT Léman Mont Blanc : ses caractéristiques

# I. Les caractéristiques sociodémographiques du territoire GHT Léman Mont Blanc

## ● LA SPÉCIFICITÉ DU TERRITOIRE DE HAUTE-SAVOIE NORD

A l'image de ce qui avait été réalisé dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Haute-Savoie Nord, la même délimitation géographique a été reprise pour constituer désormais le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Léman Mont Blanc.

Parmi les 15 GHT créés en Rhône-Alpes-Auvergne, nous observons que notre GHT se situe en termes de population, dans la zone des 400 à 500 000 habitants parmi les plus peuplés, juste après les zones de CHU.

La spécificité du Territoire de Léman Mont Blanc avait été soulevée dès sa création et avait trouvé à s'exprimer à travers le Projet Médical de la Communauté Hospitalière de Territoire.

Comptant 427 400 habitants, ce territoire est aussi peuplé que le sud du département, il se distingue par un réseau relativement dense de villes petites ou moyennes, au contraire de la plupart des départements français, bien plus centralisés.

Ainsi ce département présente une occupation de l'espace assez homogène et peu hiérarchisée. Si la ville d'Annecy domine au sud, le nord du département se structure autour de trois bassins principaux :

- Le Chablais avec Thonon et Evian
- La Vallée de l'Arve avec Sallanches et Chamonix
- Le Genevois et le Faucigny autour d'Annemasse, Bonneville et la Roche sur Foron

## ● LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE CET TERRITOIRE

La population de chaque GHT de Haute Savoie représente 7% de la population de Rhône-Alpes. A titre indicatif la plus grande zone de GHT est celle de Rhône Centre représentant 25% de la population de Rhône-Alpes. Les zones de GHT les plus petites représentent 4% de la population Rhône-Alpine.

Ces 2 GHT présentent des caractéristiques démographiques similaires : ce sont des zones jeunes présentant des indices de vieillissement faibles et dynamiques en termes de développement de population (le triple de la France), même si ce dynamisme pourrait s'atténuer sur les années à venir passant de 1,7-1,4% d'évolution annuelle moyenne de 2007-2012 à 1% entre 2013 et 2018.

### Données démographiques

Zone de soins de proximité	Population 2012	Evolution annuelle moyenne 2007-2012	Evolution annuelle moyenne 2013-2018	Indice de vieillissement	part des +75 ans
Annemasse	185 689	+1,8%	+1,1%	51	6,1%
Thonon-les-Bains	136 776	+1,7%	+1,1%	63	7,5%
Mont-Blanc	104 936	+0,1%	+0,4%	63	7,5%
<b>TOTAL GHT LEMAN MONT-BLANC</b>	<b>427 401</b>	<b>+1,4%</b>	<b>+0,9%</b>	<b>58</b>	<b>6,9%</b>
<b>TOTAL GHT GENEVOIS ANNECY ALBANAIS</b>	<b>434 182</b>	<b>+1,7%</b>	<b>+1,1%</b>	<b>56</b>	<b>7,0%</b>
<b>TOTAL Rhône-Alpes</b>	<b>6 341 160</b>	<b>+0,9%</b>	<b>+0,7%</b>	<b>66</b>	<b>8,5%</b>
<b>TOTAL France</b>	<b>65 241 241</b>	<b>+0,5%</b>	<b>+0,5%</b>	<b>67</b>	<b>9,0%</b>

Le GHT Léman Mont-Blanc comprend 3 ZSP dont une moins peuplée et particulièrement moins dynamique en termes d'évolution démographique : la ZSP du Mont Blanc, en zone de montagne. Le relief de cette ZSP fait que la densité de population est moindre avec peu de flux migratoires. Il faut ajouter que cette ZSP est fortement impactée par la saisonnalité été et hiver.

La ZSP la plus peuplée est celle d'Annemasse qui correspond également à la ZSP la plus dynamique et la plus jeune.

### Données socio-économiques

Zone de soins de proximité	Population 2012	Taux de chômage 2012	Revenu fiscal moyen 2011 (euros)	IC mortalité
Annemasse	185 689	11,0%	31 976	93
Thonon-les-Bains	136 776	9,0%	31 426	96,4
Mont-Blanc	104 936	9,0%	25 604	98
<b>TOTAL GHT LEMAN MONT-BLANC</b>	<b>427 401</b>	<b>9,9%</b>	<b>30 151</b>	<b>NC</b>
<b>TOTAL GHT GENEVOIS ANNECY ALBANAIS</b>	<b>434 182</b>	<b>8,9%</b>	<b>32 553</b>	<b>NC</b>
<b>TOTAL RHONE-ALPES</b>	<b>6 341 160</b>	<b>11,3%</b>	<b>25 028</b>	<b>94</b>
<b>TOTAL FRANCE</b>	<b>65 241 241</b>	<b>13,2%</b>	<b>23 591</b>	<b>100</b>

Le GHT présente les taux de chômage parmi les plus faibles de Rhône-Alpes sauf sur la ZSP d'Annemasse qui se situe au niveau de Rhône-Alpes (11%) mais reste moins élevé que la France.

Le revenu fiscal moyen est élevé, sauf dans la zone du Mont Blanc (niveau de Rhône-Alpes, et plus élevé que la France). Il faut modérer ce revenu fiscal élevé par un coût de la vie également élevé. L'indice comparatif de mortalité, qui approche l'état de santé des populations, est également globalement plus favorable que la moyenne française, sauf dans la zone du Mont Blanc (= moyenne française).

## ● L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES

Le poids tout relatif des personnes âgées dans le département s'avère complexe à gérer aujourd'hui. En effet la prise en charge des personnes âgées a longtemps été un sujet qui ne semblait pas prioritaire. Ces orientations du passé ont obligé ce département à rattraper le retard qui s'était creusé en matière de sous-dimensionnement des structures d'accueil et de soins et à répondre à une demande qui ne cesse de croître.

Par ailleurs, la population âgée n'est pas présente de façon homogène ; le Conseil Départemental a démontré que les personnes âgées sont proportionnellement plus nombreuses dans les massifs de l'est du département (Pays du Mont Blanc, Haute-Vallée du Giffre, Haute-Vallée d'Aulps...) ainsi que sur les rives du Lac d'Annecy et du Léman.

Le Schéma Gérontologique montre que la croissance de la population des plus de 75 ans sera 4,5 fois plus rapide que la population totale d'ici 2030.

## ● L'IMPACT DU TOURISME SAISONNIER

Le tourisme occupe également une partie croissante dans l'économie de ce territoire et se mesure à travers une série d'indicateurs comme le nombre de lits touristiques qui atteint près de 650 000 pour le département dont une part très importante dans la partie nord-est du département.

Cette fréquentation en hausse ne manque pas d'avoir des impacts sur les structures hospitalières. Traditionnellement pour le nord du département c'étaient les Hôpitaux du Pays du Mont Blanc et les Hôpitaux du Léman qui étaient le plus confrontés à cette situation ; depuis 2012, le CHAL, de par sa nouvelle implantation géographique, commence aussi à ressentir les effets du phénomène saisonnier.

## ● LES DISPARITÉS SOCIALES

Le paradoxe de la Haute-Savoie est d'être l'un des départements dont le niveau de revenu médian est le plus élevé en France, tout en accueillant aussi une part de population précaire.

Il est observé que si le taux de pauvreté n'est pas extrêmement élevé en Haute-Savoie par rapport à celui des autres départements, c'est l'intensité de la pauvreté qui y est plus importante compte-tenu des écarts de ressources et du coût de la vie dans le département.

Les publics exposés se retrouvent plus particulièrement parmi les travailleurs saisonniers ou les jeunes en insertion qui, bien que disposant d'une activité et d'un revenu, peinent à se loger.

Etat et département ont engagé de nombreuses actions dont celles consistant à favoriser l'accès au logement.

L'action des hôpitaux dans ce domaine se manifeste plus particulièrement à travers l'action des Permanences d'Accès aux Soins.

## II. L'offre de soins

### ● L'OFFRE MÉDICALE DE PREMIER RECOURS

Zone de soins de proximité	Population 2012	Densité des infirmiers libéraux (31/12/14)	Densité des kinésithérapeutes libéraux (31/12/14)	Densité des médecins généralistes libéraux (31/12/14)
Annemasse	185 689	50,6	81,3	84,5
Thonon-les-Bains	136 776	80,4	106,0	82,6
Mont-Blanc	104 936	79,1	163,0	112,4
<b>TOTAL GHT LEMAN MONT-BLANC</b>	<b>427 401</b>	<b>67,2</b>	<b>109,3</b>	<b>90,8</b>
<b>TOTAL GHT GENEVOIS ANNECY ALBANAIS</b>	<b>434 182</b>	<b>64,7</b>	<b>117,2</b>	<b>93,0</b>
<b>TOTAL RHONE-ALPES</b>	<b>6 341 160</b>	<b>124,7</b>	<b>107,0</b>	<b>93,7</b>

*Généralités : En ex-Rhône-Alpes, la densité des professionnels libéraux la plus élevée est celle des infirmiers (124,7) puis des kinésithérapeutes (107) et enfin des médecins généralistes (93,7).*

*Il existe une corrélation entre l'installation des médecins généralistes et celle des kinésithérapeutes. La densité des médecins généralistes libéraux accompagne donc celle des kinésithérapeutes.*

*Le conventionnement secteur I des médecins généralistes étant plus important dans les TS les moins dotés en médecins.*

*Les territoires qui disposent de beaucoup d'IDÉ sont les territoires ayant une population plus âgée.*

Les GHT de Haute-Savoie sont les moins dotés de Rhône-Alpes en infirmières libérales. Ce constat semble corroborer les difficultés de recrutement constatées par ailleurs par les établissements de santé, notamment du fait de la proximité et de l'attractivité de la Suisse. Une autre explication peut être un coût de l'immobilier dans ces zones plus élevé que la moyenne régionale.

Inversement, ces GHT disposent d'une densité en kinésithérapeutes et en médecins généralistes dans la moyenne régionale. Elle est particulièrement élevée dans la zone du Mont-Blanc.

En ce qui concerne les spécialistes, les densités des pédiatres, psychiatres, ophtalmologistes, gynécologues sont en général un peu inférieures aux moyennes régionales notamment sur la zone Léman Mont-Blanc. Les densités les plus faibles sont celles des pédiatres et des ophtalmologistes. Cependant, les taux de secteurs I sont globalement dans la moyenne des valeurs régionales.

### ● L'OFFRE DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Par courrier du 15/12/2015, Madame la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes a fixé la liste des Etablissements suivants composant le Groupement Hospitalier de Territoire Haute-Savoie Nord

- Les Hôpitaux du Léman (HDL)
- Les Hôpitaux du Pays du Mont Blanc (HDPMB)
- Le Centre Hospitalier Alpes-Léman (CHAL)
- Le Centre Hospitalier Andrevetan
- Le Centre Hospitalier Dufresne Sommeiller
- Le Centre Hospitalier de Reigner
- L'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Roche sur Foron

Il est à noter que l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Roche sur Foron, rattaché à ce Groupement, a néanmoins une vocation départementale et que les trois ex-hôpitaux locaux sont situés dans le bassin du CHAL

## ● LE GHT LÉMAN MONT-BLANC



-----  
Périmètre GHT  
Léman Mont-Blanc

**H** Hôpital Général

**HL** Hôpital Local

**EP  
SM** Etablissement Public  
de Santé Mentale

## ● LES PRINCIPAUX INDICATEURS D'ACTIVITÉ DES ETABLISSEMENTS MEMBRES DU GROUPEMENT

Le poids des 7 structures hospitalières composant le GHT, exprimé sous forme de capacités/lits, de nombre de séjours et de valorisation du chiffre d'affaires de naissances ou encore de passages aux urgences est présenté dans les tableaux ci-après.

Les sept Etablissements du Groupement comptent au total 2 764 lits et places, pour un budget de près de 460 M€, et un effectif total de près de 5 500 etp.

	Nb de lit/places installés	Budget (recettes) comptes réalisés 2015	Effectif rémunéré non médical	Effectif rémunéré médical (yc internes)
MCO	926 lits et 82 places	339 643 230,71	3 213,81	415,08
HAD	55 places	3 331 567,93	35,17	3,40
SSR	105 lits (dont 10 EVC)	10 624 867,76	117,89	4,98
PSY	208 lits et 92 places	43 505 396,00	623,70	42,88
USLD	110 lits	6 145 084,99	93,82	1,93
EHPAD	1 149 lits	49 098 454,50	714,01	11,16
Ssiad	37	1 685 758,00	97,11	0,80
<b>TOTAL</b>	<b>2 764 lits et places</b>	<b>458 715 848,31</b>	<b>4 895,51</b>	<b>480,23</b>
ECOLES	196 IFSI et 154 IFAS	4 681 508,42	42,39	-

En nombre de séjour l'activité des trois établissements se décompose comme tel :

	CHAL	HDL	HPMB
<b>Nombre de séjours</b>	33 287	35 549	19 286
dont médecine hors séances	17 090	13 892	11 521
dont chirurgie	7 674	6 574	5 228
dont obstétrique	2 895	2 425	1 963
<b>Séances</b>	5 628	12 658	574
Nombre de séjours hors séances	27 659	22891	18 712
<b>Valorisation 100 % T2A (K€)</b>	<b>73 628</b>	<b>56 167</b>	<b>39 330</b>
<b>Nombre de naissances</b>	<b>2 040</b>	<b>1 517</b>	<b>1 261</b>

## ● PASSAGES AUX URGENCES (DONNÉES 2015)

CHAL	HDL	HPMB	TOTAL
<b>NOMBRES DE PREMIERS PASSAGES</b>			<b>129 145 PASSAGES</b>
54 243	39 202	35 700	
<b>DONT HOSPITALISATION</b>			<b>28 525</b>
11 040	8 726	8 759	
<b>DONT EXTERNES</b>			<b>100 620</b>
43 203	30 476	26 941	

## ● LE FLUX DE PATIENTS

**Taux de fuite du territoire :** seulement 20%, dont 9% vers le GHT Genevois Annecy Albanais, le reste principalement vers les GHT ayant un CHU (Lyon et Grenoble).

**Les fuites les plus importantes en taux et en volume sont les suivantes :**

- Orthopédie-traumatologie : 3 100 séjours (25%), mais cela est compensé par une attractivité du même ordre (2 500 séjours)
- Système nerveux hors cathétérismes : 2 450 séjours (41%), non compensé en attractivité
- Cathétérismes vasculaires : 1 400 séjours (66%), non compensé en attractivité
- Hématologie : 630 séjours (38%), non compensé en attractivité
- Dans une moindre mesure le cardio-vasculaire : 1 400 séjours (22,5%), non compensé en attractivité.

Concernant les 3 dernières spécialités, le GHT Genevois Annecy joue probablement un rôle de recours ainsi que les CHU sur la partie neurologie et hématologie.

**Taux d'attractivité du territoire :** 4% en extra Rhône-Alpes (majoritairement des patients étrangers – attractivité liée au tourisme), 8% en intra-Rhône-Alpes, soit 7 500 séjours majoritairement en provenance de la zone du GHT Genevois Annecy, qui quant à elle attire des patients d'autres territoires de Rhône-Alpes. Les flux entre les deux zones se neutralisent globalement à 1 500 séjours près en faveur du territoire Genevois Annecy Albanais. L'analyse de l'attractivité par spécialité ne montre pas d'atypie marquante.

Le territoire de GHT est globalement autonome sur toutes ses ZSP du fait de la présence de plusieurs établissements répartis dans chaque zone de population. La zone d'Annemasse est globalement un recours important pour les zones plus excentrées du Mont-Blanc et de Thonon, davantage qu'Annecy, compte-tenu des distances géographiques.

Flux des patients par zone de soins de proximité – MCO

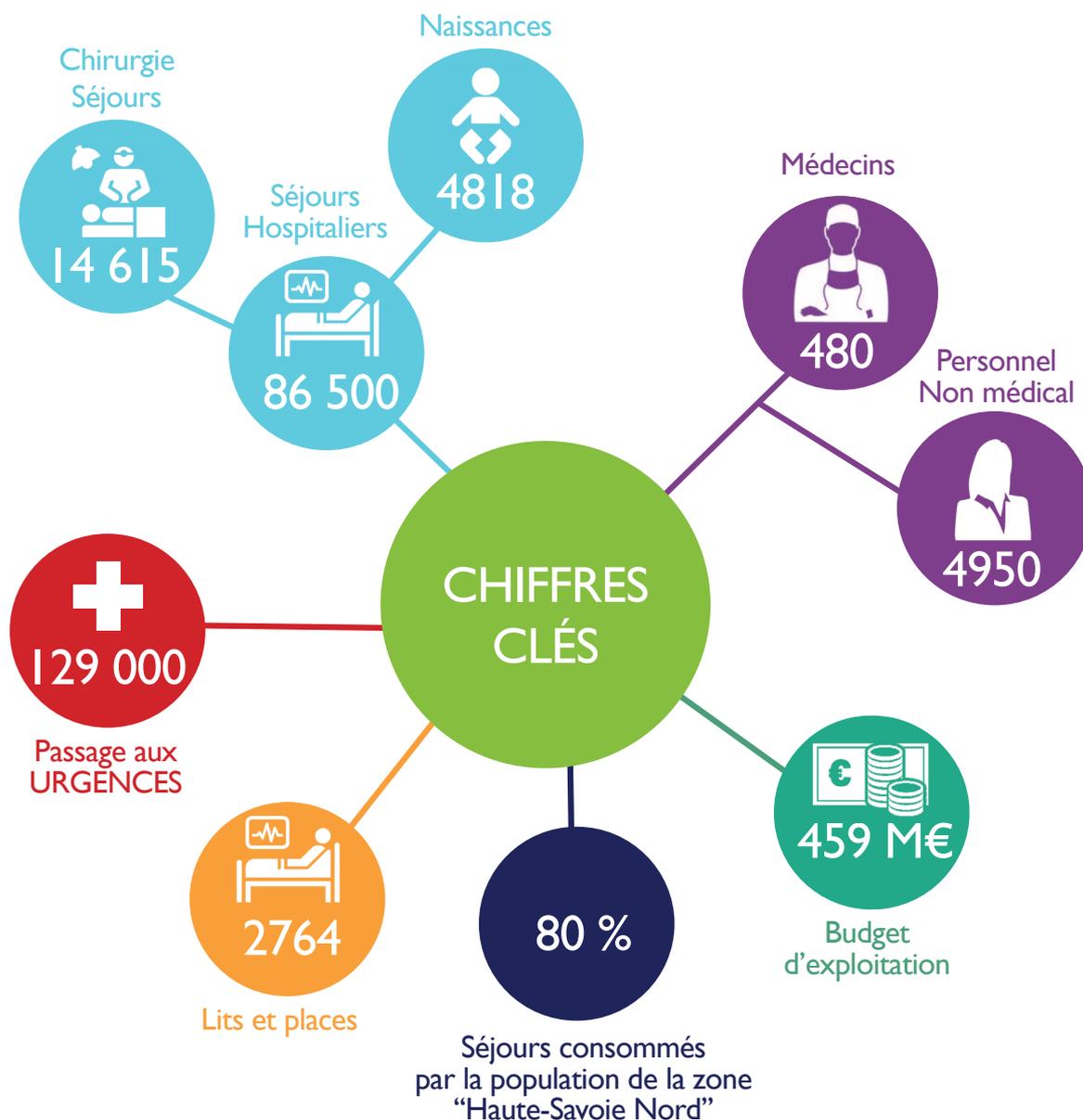
Flux de patients en nb séjours 2014 MCO	Patients domiciliés sur ZSP Annemasse	Patients domiciliés sur ZSP Mont-Blanc	Patients domiciliés sur ZSP Thonon-les-Bains	Total territoire Léman Mont-Blanc	Total territoireG2A
SAVOIE BELLEY	1%	2%	0%	1%	4%
BRESSE HAUT BUGEY	0%	0%	0%	0%	1%
ALPES DAUPHINE	2%	3%	2%	3%	3%
ZSP Annemasse	72%	18%	22%	41%	7%
ZSP Mont-Blanc	6%	57%	0%	17%	0%
ZSP Thonon-les-Bains	2%	0%	62%	21%	0%
<b>LEMAN MONT-BLANC</b>	<b>79%</b>	<b>76%</b>	<b>84%</b>	<b>80%</b>	<b>7%</b>
GENEVOIS ANNECY ALBANAIS	10%	12%	5%	9%	79%
RHONE CENTRE	6%	5%	6%	6%	5%
Autres régions et hors région	2%	2%	3%	2%	2%
<b>Total consommation des patients domiciliés en Rhône-Alpes</b>	<b>41 862</b>	<b>27 089</b>	<b>33 757</b>	<b>102 708</b>	<b>94 530</b>

Les flux vers le GHT Annecy-Genevois s'expliquent par la proximité géographique de certains bassins de population et par l'existence de certaines activités de recours peu présentes sur le territoire Léman Mont Blanc (notamment cardiologie interventionnelle, chirurgie cardiaque et pour 2014, neurologie – cf analyse ci-dessus).

Les flux vers Lyon et Grenoble (12% au total) s'expliquent probablement par les activités de recours de type CHU.

En synthèse, il apparaît que le GHT est autonome et couvre une large part des activités MCO. Les flux s'expliquent par la proximité géographique d'Annecy pour certaines populations de la zone d'étude, ainsi que par les activités de recours, sur Annecy ou sur Lyon et Grenoble. La seule activité, ayant vocation à être consolidée sur le territoire (et l'est peut-être déjà), est la neurologie (création d'une UNV fin 2014). Elle nécessite une certaine proximité d'accès aux soins.

● UN FORT POSITIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DANS LA PLUPART DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES



● ÉLÉMENTS DE PLATEAUX TECHNIQUES DES 3 ÉTABLISSEMENTS MCO

<b>BLOC OPÉRATEIRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 21 salles de bloc opératoire</li> <li>■ 6 salles d'endoscopie</li> <li>■ 2 salles de chirurgie externe</li> </ul>
<b>IMAGERIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 5 IRM (en partie en co-utilisation avec des partenaires privés)</li> <li>■ 4 scanners (en partie en co-utilisation avec des partenaires privés)</li> <li>■ 1 salle de radiologie interventionnelle</li> </ul>
<b>MÉDECINE NUCLÉAIRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 3 gammas caméras</li> <li>■ 1 projet de Tepsan (mis en place en Février 2017)</li> </ul>
<b>DIALYSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 34 postes lourds</li> <li>■ 32 postes de dialyse médicalisée (en partenariat avec des partenaires privés)</li> </ul>

## ● L'ANALYSE DES PARTS DE MARCHÉ EN 2014

Il importe de remarquer que l'ensemble des Etablissements de Santé du Territoire Haute-Savoie Nord représente une activité de 117 000 séjours contre 88 000 pour le CHANGE et 37 600 pour les Cliniques annéciennes soit une activité tout à fait comparable entre le Nord et le Sud du département. Plus précisément encore les Hôpitaux publics du GHT Haute-Savoie Nord réalisent en 2014 : 86 520 séjours soit une augmentation de plus de 2 000 séjours par rapport à l'année précédente, bien répartie d'ailleurs entre les trois Hôpitaux publics

Dans des tableaux joints en annexe, nous nous livrons à une étude approfondie des parts de marché de chacun des Etablissements, des taux de fuite vers le CHANGE, les Cliniques annéciennes, les CHU voisins, le Centre Léon Bérard

Sur l'ensemble des disciplines MCO, les Hôpitaux Publics du GHT obtiennent une part de marché d'environ 60 % (+1,4 % / 2013), l'Hôpital Privé 15,5 %, la Clinique de Cluses et Praz Coutant 2,5 %, soit au total près de 78 % pour les Etablissements de Santé du nord du département. Les fuites hors GHT se font en direction du CHANGE et des Cliniques d'Annecy à hauteur de 10 %, des structures CHU référentes pour près de 7 % et autres établissements pour 5,70 %.

En résumé, la dynamique est à souligner du côté des hôpitaux publics même si ces derniers sont devancés par une progression encore plus significative de l'Hôpital Privé. Un autre point positif à signaler est le moindre recours aux structures CHU référentes en 2014 (-682 séjours) ainsi qu'au CHANGE (- 282 séjours).

■ **En Médecine**, la part de marché des Hôpitaux publics du GHT atteint 66 % (+ 2,6 % par rapport à 2013), celle de l'Hôpital Privé de 8 %, 3 % pour la Clinique de Cluses et Praz Coutant soit de l'ordre de 77 % pour les établissements de santé du nord du département. Les fuites hors GHT se font principalement vers le CHANGE avec 8 % et les structures référentes (CHU-CLCC) avec près de 8,2 %.

Hors secteur de Cancérologie qui fera l'objet d'une présentation spécifique, et de spécialités bien particulières, les hôpitaux publics obtiennent des résultats variant le plus souvent entre 75 et 85 % dans un grand nombre de spécialités médicales (Cardiologie, Endocrinologie, Infectiologie, Pneumologie, Psychiatrie, Rhumatologie) et à moins de 70 % en Hématologie et Neurologie.

L'Hôpital Privé est plutôt bien implanté en Gastro-Entérologie (17 % des parts) et en Urologie-Néphrologie (12,2 % des parts) limitant quelque peu la part de marché des Hôpitaux Publics aux environs de 70 % sur ces deux segments.

■ **En Hématologie**, les Hôpitaux publics du GHT atteignent 55 % malgré la faiblesse de leur effectif médical, Praz Coutant 3 % et l'Hôpital Privé 4,2 % contre 9,5 % pour le CHANGE et 25,2 % pour la structure référente (CHU-CLCC)

■ **En Neurologie**, les trois hôpitaux publics atteignent 65 % contre 16,10 % pour le CHANGE et 13,4 % pour le CHU

■ **En Chirurgie**, les Hôpitaux publics du GHT réalisent 42 % des parts de marché, la Clinique de Cluses 2 % et l'Hôpital Privé près de 32 % soit 76 % pour les établissements de santé du nord du département.

Les fuites hors territoire se font principalement en direction des Cliniques d'Annecy avec près de 9,2 % contre seulement 3,1 % pour le CHANGE et 5,2 % pour les structures référentes (CHU-CLCC).

Il est clair que les établissements privés font de la Chirurgie leur vecteur essentiel de développement contribuant ainsi à une légère érosion de la part des établissements publics (- 0,7 % / 2013).

■ **En Digestif** : 63,3 % pour GHT HSN contre 21,82 % pour HPPS, le reste est réparti.

■ **En Gynécologie-sein** : 55,2 % pour GHT HSN contre 24,1 % pour HPPS, le reste est réparti.

■ **En Ophtalmologie** : 24,88 % pour GHT HSN contre 54,06 pour HPPS, le reste est réparti.

■ **En Ortho-Traumatologie** : 36,5 % pour GHT contre 35,2 % pour HPPS et 14,2 pour les Cliniques d'Annecy

■ **Système Nerveux** : 28,9 % pour GHT contre 15,4 % pour HPPS, 25 % pour les Cliniques d'Annecy, 7,78 % pour CHANGE et fuite de 25 % hors département (CHU).

■ **Uro-Néphrologie** : 49,6 % pour GHT contre 22,11 % pour HPPS, 7,7 % pour les Cliniques d'Annecy.

■ **Cardiologie et Vasculaire** : 39,2 % pour GHT (dont 25,4 % pour CHAL) contre 22,4 % pour HPPS et 17,2 % pour CHANGE.

L'analyse par spécialité chirurgicale montre que la **Chirurgie Ophtalmologique** est un des points forts de l'Hôpital Privé.

**L'orthopédie** des hôpitaux publics apparaît également en retrait avec seulement 36,5 % de parts de marché puisque l'hôpital privé rivalise avec les trois hôpitaux. Les Cliniques annéciennes affichent de bons scores avec 14,3 % de parts de marchés et notamment sur l'épaule et le ménisque.

Dans le domaine de la **Chirurgie du rachis**, nous constatons une fuite de près de 650 séjours vers Annecy.

■ **En ORL-Stomatologie** : l'Hôpital Privé domine avec 31,2 % des parts de marché, suivi par Thonon avec 27,2 %, 16,5 % pour Sallanches et 6 % pour le CHAL.

■ **En obstétrique**, la part des hôpitaux publics du GHT est de 78 %, celle de l'Hôpital Privé de l'ordre de 15 % soit près de 93 % pour l'ensemble des établissements de santé du nord du département ; les fuites se font principalement vers le CHANGE avec 3 % et un résultat du même ordre pour les autres structures.

■ **En cancérologie médicale**, les Hôpitaux publics du GHT réalisent 52 % en séjours hors séances, Praz Coutant 5,4 %, l'Hôpital Privé 6,3 % et 20,5 % par les structures référentes (CHU et CLCC).

L'activité de Cancérologie, séances de chimiothérapies comprises est de 41,4 % pour les Hôpitaux Publics du nord du département, 10,5 % pour Praz Coutant, et 10,4 % pour l'Hôpital Privé soit 62 % pour les établissements du nord du département ; l'activité hors GHT nord est réalisée à 13 % par le CHANGE et 17,5 % pour les structures référentes (CHU –CLCC).

Le CHAL a vu son activité augmenter assez nettement au cours de ces dernières années au détriment du CHANGE et des structures référentes. Les fuites vers Annecy restent néanmoins fortes. Elles s'expliquent principalement sur le secteur de l'hématologie que les établissements du GHT auraient intérêt à pouvoir investir.

■ **En chirurgie carcinologique**, la part de marché des Hôpitaux Publics du GHT est de 52 %, celle de l'Hôpital Privé de 15,2 % soit une part totale de près de 70 % pour le nord du département (Cluses compris) ; la part réalisée par les établissements privés d'Annecy est de l'ordre de 10 % et de 16,5 % pour les structures référentes.

# ÉVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉS (DONNÉES 2014)

## Part de marché 2014

2013	CHAL		HPMB		HDL		CHT HSN		CHANGE		CL ANNÉCY		HPPS		ESPERANCE		PRAZ		CHU CLCC		AUTRES	
	Séjours	PDM	Séjours	PDM	Séjours	PDM	Séjours	PDM	Séjours	PDM	Séjours	PDM	Séjours	PDM								
<b>CHIRURGIE</b>	6 097	15,86%	4 166	10,83%	6 055	15,75%	16 318	42,44%	1 119	2,91%	3 429	8,92%	11 621	30,22%	1 232	3,20%	2 194	5,71%	2 541	6,61%	2 541	6,61%
Digestif	1 221	28,55%	665	15,55%	943	22,05%	2 829	66,14%	97	2,27%	106	2,48%	865	20,22%	20	0,47%	203	4,75%	157	3,67%	157	3,67%
Gynécologie - sein	682	21,56%	441	13,94%	594	18,78%	1 717	54,28%	67	2,12%	70	2,21%	805	25,45%	149	4,71%	178	5,63%	177	5,60%	177	5,60%
Ophthalmologie	616	12,86%	425	8,87%	385	8,04%	1 426	29,78%	50	1,04%	195	4,07%	2 326	48,57%	100	2,09%	261	5,45%	431	9,00%	431	9,00%
ORL, Stomatologie	366	8,36%	599	13,68%	1 164	26,59%	2 129	48,63%	60	1,37%	429	9,80%	1 192	27,23%	188	4,29%	252	5,76%	128	2,92%	128	2,92%
Orthopédie traumatologie	1 789	15,25%	1 104	9,41%	1 563	13,32%	4 456	37,98%	169	1,44%	1 595	13,60%	4 057	34,58%	418	3,56%	311	2,65%	725	6,18%	725	6,18%
Système nerveux	191	9,96%	137	7,15%	190	9,91%	518	27,02%	115	6,00%	508	26,50%	304	15,86%	-	0,00%	230	12,00%	242	12,62%	242	12,62%
Uro-néphro et génital masculin	339	13,06%	330	12,71%	525	20,22%	1 194	45,99%	114	4,39%	170	6,55%	505	19,45%	248	9,55%	239	9,21%	126	4,85%	126	4,85%
Cardiologie et vasculaire	407	19,38%	106	5,05%	170	8,10%	683	32,52%	325	15,48%	107	5,10%	565	26,90%	1	0,05%	145	6,90%	274	13,05%	274	13,05%
Autres	486		359		521		1 366		122		249		1 002		108		375		281		281	
<b>MEDECINE</b>	17 768	21,68%	10 027	12,24%	24 218	29,56%	52 013	63,48%	7 270	8,87%	1 639	2,00%	6 700	8,18%	683	0,83%	2 347	2,86%	7 494	9,15%	3 792	4,63%
Acti inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	1 051	31,50%	338	10,13%	632	18,94%	2 021	60,56%	241	7,22%	154	4,61%	180	5,39%	34	1,02%	28	0,84%	492	14,74%	187	5,60%
Cardiologie	1 378	33,72%	862	21,10%	1 096	26,82%	3 336	81,64%	258	6,31%	29	0,71%	133	3,26%	4	0,10%	8	0,20%	162	3,96%	156	3,82%
Digestif	2 887	22,38%	2 569	19,92%	3 054	23,68%	8 510	65,97%	307	2,38%	245	1,90%	2 279	17,67%	477	3,70%	22	0,17%	622	4,82%	437	3,39%
Endocrinologie	566	33,83%	432	25,82%	317	18,95%	1 315	78,60%	48	2,87%	6	0,36%	17	1,02%	2	0,12%	75	4,48%	153	9,15%	57	3,41%
Hématologie	319	19,74%	148	9,16%	331	20,48%	798	49,38%	168	10,40%	11	0,68%	73	4,52%	5	0,31%	58	3,59%	454	28,09%	49	3,03%
Maladies infectieuses (dont VIH)	258	32,82%	127	16,16%	273	34,73%	658	83,72%	35	4,45%	1	0,13%	16	2,04%	1	0,13%	14	1,78%	29	3,69%	32	4,07%
Nouveaux-nés	1 739	29,32%	1 314	22,15%	1 600	26,98%	4 653	78,45%	136	2,29%	48	0,81%	897	15,12%	-	0,00%	-	0,00%	51	0,86%	146	2,46%
ORL, Stomatologie	299	20,33%	296	20,12%	580	39,43%	1 175	79,88%	52	3,54%	3	0,20%	74	5,03%	34	2,31%	4	0,27%	81	5,51%	48	3,26%
Pneumologie	1 622	36,00%	908	20,16%	1 177	26,13%	3 707	82,29%	123	2,73%	10	0,22%	37	0,82%	2	0,04%	15	0,33%	463	10,28%	148	3,29%
Psychiatrie	580	32,26%	505	28,09%	502	27,92%	1 587	88,26%	68	3,78%	-	0,00%	11	0,61%	-	0,00%	2	0,11%	49	2,73%	81	4,51%
Rhumatologie	706	32,46%	243	11,17%	607	27,91%	1 556	71,54%	119	5,47%	98	4,51%	55	2,53%	10	0,46%	3	0,14%	224	10,30%	110	5,06%
Séances	2 956	11,04%	477	1,78%	11 308	42,24%	14 741	55,06%	4 105	15,33%	561	2,10%	1 729	6,46%	-	0,00%	1 733	6,47%	2 916	10,89%	988	3,69%
Système nerveux	1 210	31,48%	497	12,93%	830	21,59%	2 537	66,00%	579	15,06%	50	1,30%	34	0,88%	-	0,00%	10	0,26%	497	12,93%	137	3,56%
Toxicologie, Intoxications, Alcool	517	37,25%	338	24,35%	335	24,14%	1 190	85,73%	37	2,67%	5	0,36%	11	0,79%	-	0,00%	4	0,29%	14	1,01%	127	9,15%
Uro-néphrologie et génital masculin	825	24,25%	631	18,55%	797	23,43%	2 253	66,23%	121	3,56%	141	4,14%	376	11,05%	103	3,03%	7	0,21%	310	9,11%	91	2,67%
Autres	855	5,47%	342	5,47%	779	12,46%	1 976	31,60%	873	13,96%	277	4,43%	778	12,44%	11	0,18%	364	5,82%	977	15,62%	998	15,96%
<b>OBSTETRIQUE</b>	2 357	26,99%	1 952	22,35%	2 448	28,03%	6 757	77,36%	158	1,81%	53	0,61%	1 325	15,17%	-	0,00%	-	0,00%	64	0,73%	377	4,32%
TOTAL	26 222	20,31%	16 145	12,50%	32 721	25,34%	75 088	58,15%	8 547	6,62%	5 121	3,97%	19 646	15,21%	1 915	1,48%	2 347	1,82%	9 752	7,55%	6 710	5,20%

■ Les Etablissements du Nord 74 produisent 80 % des séjours consommés par la population de la zone

■ Ces chiffres sont comparables à ceux du GHT « Sud » (79 %)

■ Les échanges « Nord-Sud » sont équilibrés (9 % de patients du Nord se faisant soigner au Sud : 7 % de patients du Sud se faisant soigner au Nord)

■ Les Etablissements publics membres du GHT Léman Mont Blanc totalisent 64 492 séjours hors séances (contre 56 749 séjours pour les Etablissements publics du GHT Sud)

■ En Chirurgie oncologique, le GHT Haute-Savoie Nord comptabilise 745 interventions en 2014, contre 599 pour le Sud

En résumé les hôpitaux publics confirment leur fort positionnement dans la plupart des spécialités médicales et occupent le plus souvent une part proportionnelle à leur activité globale.

### III. Les partenariats

#### ● LA CONVENTION D'ASSOCIATION AVEC LE CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE GRENOBLE-ALPES (CHUGA)

Le 14 février 2017 a été signée la convention d'association avec le CHRU de Grenoble et le CHAL, établissement support du GHT Léman Mont Blanc.

Conformément à la loi, les missions hospitalo-universitaires coordonnées par le CHUGA en lien avec l'Université Grenoble Alpes et les Unités de Formation et de recherche en santé (UFR) la constituant sont :

- Les missions d'enseignement et de formation initiale des professionnels médicaux ;
- Les missions de recherche
- Les missions de gestion de démographie médicale ;
- Les missions de référence et de recours.

La coordination de ces missions vise à compléter la stratégie de groupe public porté par la création des GHT, à soutenir les projets médicaux partagés (PMP), conçus au bénéfice des patients.

Aussi, les parties affirment leur attachement à une gouvernance partagée du dispositif, associant pleinement les Directeurs, Présidents de CME et Doyens, seule garante de l'implication de l'ensemble des équipes dans une dynamique collective.

Les actions qui seront développées dans le cadre de cette convention ont pour but de :

- Favoriser l'égalité d'accès aux soins de recours, aux protocoles de recherche et aux innovations et participer à la diffusion des bonnes pratiques au plus près des patients
- Organiser les filières de prise en charge et les parcours des patients pour les activités de référence et de recours, notamment celles visées par les SIOS ou organisées au sein des centres de référence, ainsi que pour toutes les autres activités pour lesquelles les CHU jouent un rôle de centre expert et de recours dans le cadre d'une stratégie de groupe, en respectant le principe de subsidiarité,
- Proposer avec les facultés l'encadrement pédagogique des formations en santé,
- Proposer un service de promotion de la recherche clinique en territoire, en développant des services supports à la recherche, au profit de tous les investigateurs et en favorisant les collaborations entre chercheurs,
- Coordonner une organisation dynamique et prospective de la démographie médicale en lien avec les ARS et les autres acteurs du territoire.

A ce titre, le CHUGA participe également à l'élaboration du projet médical partagé du GHT Léman Mont Blanc, afin de prévoir les conditions de mise en œuvre de l'ensemble de ces activités hospitalo-universitaires au profit des établissements parties de ce GHT.

Son action se développe dans une démarche de subsidiarité.

#### ● LE PARTENARIAT DANS LE CADRE DE L'ACTIVITÉ D'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) est effectuée par les trois principaux établissements MCO du GHT. Un groupement de coopération GCS « les hôpitaux à votre domicile », étendu au centre hospitalier d'Annecy a été constitué afin d'échanger sur cette activité, de mutualiser certains équipements et d'organiser une astreinte médicale commune couvrant les besoins du département.

Sur cette même zone géographique, un établissement HAD privé HAD 74 exerce à titre spécifique cette activité ainsi que le Centre Léon Bérard pour des pathologies cancéreuses.

Il paraît souhaitable de passer une convention avec ces deux établissements.

#### ● LE PARTENARIAT INTER-GHT : CHARTE DE COLLABORATION ENTRE LE GHT GENEVOIS ANNECY ALBANAIS ET LE GHT LÉMAN MONT BLANC

Au cours de l'année 2016, les acteurs politiques et médicaux du GHT Léman ont exprimé leur souhait de conserver les deux GHT actuels tout en approfondissant les coopérations existantes.

Cette démarche prendra la forme d'une réflexion commune et donnera lieu à une charte de collaboration.

Ce document visera à décliner un certain nombre de filières médicales dont l'enjeu est départemental (ex : la filière pédopsychiatrie) ou pour lesquelles le CHANGE joue un rôle de recours (ex : angioplasties) ; la réflexion sur des sujets logistiques sera également intégrée.

Le consultant pour accompagner la démarche a été choisi. Les travaux seront réalisés à compter du mois de mars 2017 et la charte sera élaborée pour le fin de l'année 2017.

#### ● LES AUTRES PARTENARIATS

Il nous est indiqué que les Projets régionaux de santé (PRS) de 2ème génération ne seront pas une addition de projets médicaux partagés (PMP)° mais porteront également sur l'offre privée lucrative et non lucrative.

C'est dans cet esprit que nous commençons à solliciter les établissements privés implantés sur l'aire géographique de notre GHT afin d'actualiser les conventions existantes et d'en nouer de nouvelles pour mieux formaliser les parcours du patient.

Pour le court séjour, il s'agit plus particulièrement de l'hôpital privé des pays de Savoie (HPPS).

Pour la cancérologie et les soins palliatifs, il s'agit de l'établissement de Praz Coutant et du centre de radiothérapie privé à Contamine sur Arve (SERA).

Dans le domaine de l'insuffisance rénale, il s'agit de l'association AURAL et de Bbraun.

Pour ce qui est du SSR, il convient de citer notamment les établissements suivants : la MGEN, la clinique Korian les deux Lys, la clinique Pierre de Soleil, la clinique Sancellemoz, le VSHA et les hôpitaux locaux.

L'ensemble des établissements publics médico-sociaux autonomes ont également été sollicités dans le cadre de la filière gériatrique.

# Méthodologie d'élaboration du projet

# La méthodologie choisie

Lors d'un comité stratégique réuni le 31 mars 2016, il a été décidé :

- ▶ D'engager une démarche projet territoriale conduite par les directeurs d'établissements, les responsables médicaux des 7 établissements avec le soutien des présidents des conseils de surveillance,
- ▶ De s'appuyer sur la richesse des travaux menés dans le cadre du plan triennal du GHT avec l'appui de l'ANAP et de l'ARS,
- ▶ De désigner le comité stratégique du GHT comme comité de pilotage de la démarche,
- ▶ De constituer des groupes de travail par filière en nommant des pilotes par structure pour la rédaction d'une fiche unique par filière
- ▶ De décrire les filières à l'échelle territoriale et les objectifs à poursuivre selon la trame définie dans le décret sur la structuration du projet médical partagé. Néanmoins pour des raisons de facilités de lecture, il a été décidé d'adapter une version synthétique de chacune des filières.

## Liste non exhaustive des filières travaillées dans le cadre du PMP

	CHAL	Sallanches	Thonon	Andrevetan	La Tour	Reignier	EPSM
Gériatrie	Dr Dartiguepeyrou Dr Vanhaecke-Collard	Dr Payraud	Dr Berger	Dr Rousset	Dr Montand	Mme Menetrier	
Psychiatrie	E. Noël		Dr Denneulin				Dr Dulac F. QUIVIGIER
SSR	E. Noël	Dr Payraud	C. Ardaud	Dr Rousset	Mme Gonin		
Cancérologie	Dr Alliot	Dr Moriceau	Dr Ciobanu Dr Mahour				
Soins Palliatifs	Dr Galmace	Dr Monin	Dr Tholet	Dr Rousset	Dr Montant	Dr Albert	
Insuffisance rénale	Dr Nicoud	Dr Nicoud	Dr Epron				
Neurologie / AVC	Dr Berroir Dr Biechler	Dr Broin	Dr Creisson				
Pneumologie	Dr Chatellain		Dr Bugnet				
Cardiologie hors USIC	Dr Fromage	Dr Broin	Dr Sierra				
Santé publique / PASS	Dr Huguet						
Chirurgie Viscérale	Dr Arimont	Dr Rey	Dr Tahleb				
Chirurgie Orthopédique	Dr Van Nieuwenhuyse	Dr Verhellen	Dr Cambuzat				
Chirurgie Vasculaire	Dr Maumias						
Pédiatrie	Dr Testard Dr Ughetto	Dr Dessieux	Dr Said-Menthon				
Urgences	Dr Al Bourgol	Dr Henniche	Dr Peribois				
Infectieux	Dr Dusseau	Dr Bruillard	Dr Dusseau				
ORL	Dr Granier Dr Laoust		Dr Delouane				

La constitution du Collège Médical du GHT, présidé par le Docteur NICOUD a apporté un souffle nouveau à l'animation des différents débats sur les filières médicales, a permis d'identifier un certain nombre de questions complexes et de suggérer un certain nombre d'orientations pour des thématiques médicales à fort enjeu.

# Les actions transverses du projet médical partagé et l'évolution des modes de prise en charge

# LES ACTIONS TRANSVERSES

## I. Le développement des consultations avancées

Dans un contexte de démographie médicale tendue affectant tant les praticiens hospitaliers que les médecins libéraux, le partage des compétences médicales entre plusieurs sites hospitaliers doit être envisagé.

Ce mouvement doit se faire sous l'angle du volontariat et s'appliquer à la forme médicale probablement la plus simple à gérer que sont les consultations avancées.

Ce sont bien souvent les spécialités médicales qui ont su se développer fortement dans un établissement créant ainsi un cercle vertueux d'attractivité de jeunes professionnels qui pourront proposer leurs services en matière de consultations.

Les avantages sont multiples tant pour l'hôpital qui met à disposition ses consultants, que pour l'hôpital qui les accueille ou encore pour l'usager à qui est proposé une compétence de proximité.

Cette organisation a aussi pour autres effets de fixer voire d'attirer une nouvelle clientèle, de générer des recettes supplémentaires, de maintenir des seuils d'activité pour des disciplines plus pointues dont le ressort géographique de recrutement est davantage le territoire que le bassin.

**D'ores et déjà cette perspective existe pour :**

- La pneumologie à partir du CHAL vers Thonon et Sallanches,
- La chirurgie infantile à partir de l'hôpital de Thonon vers le CHAL,
- La chirurgie vasculaire à partir du CHAL vers l'hôpital de Thonon,
- L'ORL et la stomatologie à partir de l'hôpital de Thonon vers le CHAL,
- Prochainement en neurologie à partir du CHAL vers l'hôpital de Sallanches.

## 2. La mutualisation de certaines lignes de permanence de soins

Il apparaît nécessaire pour chaque établissement MCO de disposer de ses propres lignes de permanence de soins pour les spécialités qui ne souffrent pas d'un délai de prise en charge excessif.

Il en est ainsi des permanences qui se rapportent à la chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique, à la gynécologie obstétrique, à la pédiatrie, à l'anesthésie, la cardiologie.

**En revanche, pour les autres spécialités médicales et chirurgicales, des mutualisations sont possibles et souhaitables et peuvent donner lieu à des astreintes de territoire :**

### ■ ORL :

Astreinte assurée par les praticiens de Thonon principalement à laquelle s'associent le praticien du CHAL et celui des HDPMB.

### ■ Endoscopie - Hémorragie digestive :

Une astreinte partagée est en place entre les trois principaux établissements MCO à laquelle participe l'ensemble des médecins gastro-entérologues de ces établissements.

### ■ Urologie :

Pour l'instant l'astreinte est commune pour les HDPMB, le CHAL et HPPS.

### ■ Néphrologie

Astreinte partagée entre les praticiens du CHAL et ceux d'HDPMB pour l'Hôpital de Sallanches et le CHAL. Les néphrologues des HDL assurent leur permanence sur leur site.

### ■ Ophtalmologie

Astreinte effectuée par les praticiens du CHAL et un certain nombre d'ophtalmologues libéraux ; la consolidation de cette astreinte doit être envisagée en raison du périmètre très large qui est couvert.

## ■ Neurologie-AVC :

Astreinte assumée par les neurologues du CHAL à laquelle pourraient s'associer à terme des neurologues des HDL. Coopération avec le CHANGE avec le système de télé-imagerie AVC.

## ■ Chirurgie vasculaire :

Astreinte assumée jusqu'à présent par les chirurgiens du CHAL et ceux d'HPPS.

# 3. Les outils innovants de la coopération

## LA PHARMACIE CLINIQUE

Le déploiement de la pharmacie clinique est une volonté forte des pharmaciens qui, au-delà de l'impact sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient et des motivations individuelles, permettrait aux établissements de répondre aux exigences de certification et de Contrat de Bon Usage du Médicament.

Certains pré-requis fondamentaux ont permis de mettre en œuvre cette activité sur les 3 hôpitaux. Il s'agit de l'informatisation de nos systèmes d'informations et de la rationalisation de nos ressources pharmaceutiques (mutualisation d'une stérilisation, groupements d'achats, projet d'automatisation de la dispensation sur le territoire Nord).

L'état des lieux a montré que la pharmacie clinique est présente sur le GHT avec l'analyse des prescriptions médicamenteuses sur les 3 établissements et des spécificités intra-sites (éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les HDL, conciliation médicamenteuse (CM) sur le CHAL et les HPMB). Malgré les compétences multiples, elle n'est pas suffisamment développée faute de temps dédié. A travers nos expérimentations multi-sites, nous comptons démontrer l'intérêt d'un déploiement d'envergure de la pharmacie clinique en termes d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient et d'optimisation des coûts.

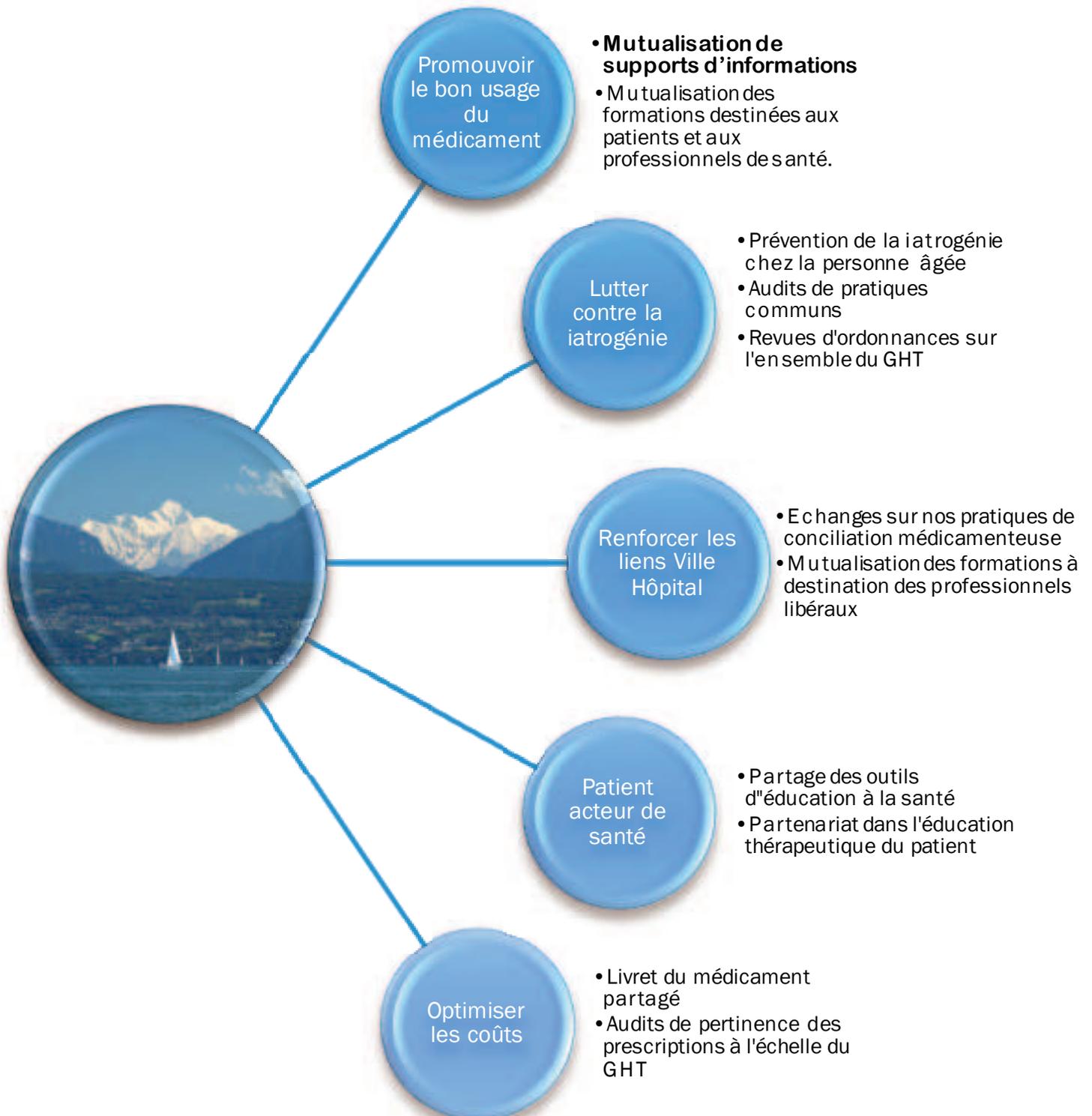
### Objectifs du projet

Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse en plaçant le patient au centre de notre processus, à l'aide de différentes activités de pharmacie clinique tout au long de son hospitalisation.

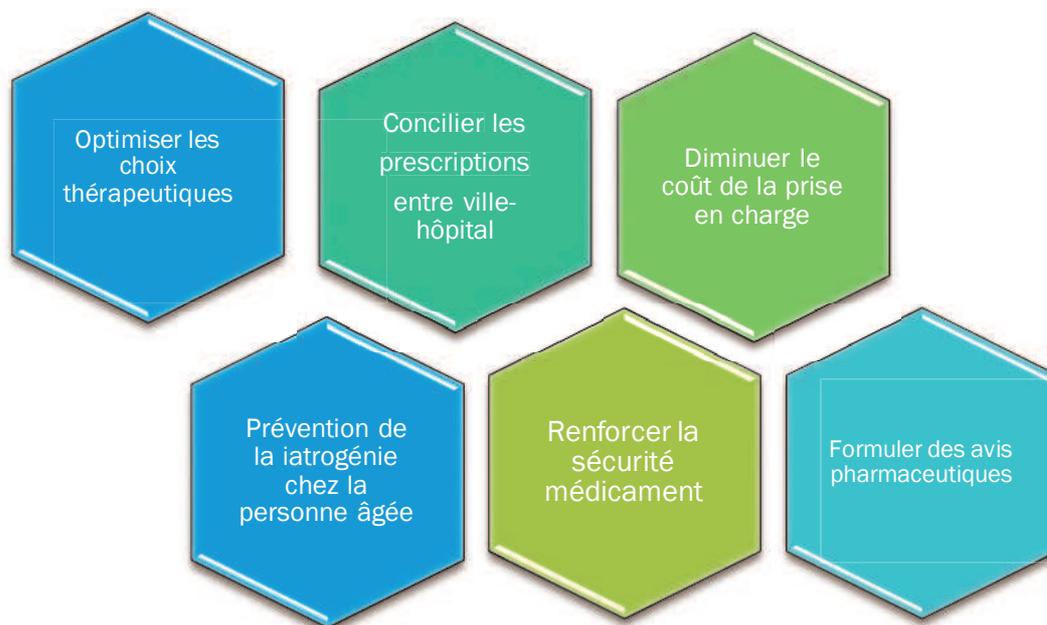
- ▶ Promouvoir le bon usage des médicaments par la mutualisation de supports d'informations destinés aux patients et aux professionnels de santé.
- ▶ Renforcer les liens entre les professionnels de la ville et l'hôpital par des échanges sécurisant les points de transition et assurant le suivi des patients.
- ▶ Optimiser les coûts (privilégier les formes pharmaceutiques orales, encadrer l'utilisation des dispositifs médicaux, optimiser la cotation PMSI...).
- ▶ Permettre au patient de devenir acteur de sa santé par la mise en place d'une démarche éducative.

## Activité pharmacie clinique 2016

	CHAL	HDL	HDPMB	HL Dutresne Sommeiller	GCS Patience
<b>Analyse pharmaceutique</b>					
% Ordo validées	51.2 %	421*	35.1 %	10 %	95 %
Nb interventions	9 842	212	5 286	110	NR *
<b>Conciliation médicamenteuse</b>					
Nb patients conciliés Entrée	397	65	138	0	10
Nb patients conciliés Sortie		0	0	0	0
<b>Education thérapeutique du patient</b>					
Nb atelier mds	0	19	0	1	1
Nb patients atelier		77		4	6
<b>Entretiens patients</b>					
Nb entretiens	0	85	3	0	0
<b>Staff cliniques</b>					
Nb participations	48	0	0	19	0
<b>Séances relecture</b>					
Nb	5	0	0	5	0
<b>Formations</b>					
Nb formations	3 (BP prescript., BP admin., BU kalinox)	10 (éducation théra, sécurisation circuit, anticoagulants)	5 (iatrogenie, douleur, urgences)	5 (EI, circuit mdt, douleur, ATB, soins bouche)	5 (Psy chat, mds à risque, DPI)
Nb personnes	103	113	66	162	61
Nb heures	12 h	74.5h	5.5 h	8 h	42.5 h
<b>ETP estimé</b>	<b>1,5 ETP</b>	<b>0.2 ETP</b>	<b>0.9 ETP</b>	<b>0.1 ETP</b>	<b>0.9 ETP</b>



## Objectifs de la pharmacie clinique



## Projet commun de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé :

Suite à une démarche qualité menée sur le secteur Annecy/Rumilly/Saint Julien/Pays de Gex/Bellegarde depuis 2012 par un pharmacien clinicien et soutenue par l'ARS, création d'un ETP partagé entre 2 pharmaciens pour les secteurs sanitaire et médico-social du GHT Léman Mont-Blanc. Prise de fonction : 01/12/2016.

- **Objectif** : optimiser la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées en luttant contre la iatrogénie médicamenteuse.
- **Méthodologie** : celle déjà utilisée sur le secteur Annecy/Rumilly/Saint Julien/Pays de Gex/Bellegarde
- **Versant médico-social** : audit du circuit du médicament/ rendu des résultats avec définition de plans d'action personnalisés et spécifiques, participation aux réunions de coordination gériatrique, réalisation de séances pluridisciplinaires d'analyse de prise en charge médicamenteuse sur volontariat et en présence du médecin généraliste, diffusion d'outils, proposition de formation DPC sur le thème de l'optimisation de la PECM du sujet âgé et de prévention de la iatrogénie médicamenteuse, point d'étape sur la mise en place des axes d'amélioration, 2ème tour d'audit.
- **Versant sanitaire** : audit « analyse de la juste prescription chez le sujet âgé » / rendu des résultats par service audité / définition des plans d'actions personnalisés et spécifiques, réalisation régulière de séances pluridisciplinaires d'analyse de prise en charge médicamenteuse, proposition de formation DPC avec remise d'outils, 2ème tour d'audit.

## La télémedecine

La télémedecine est aujourd'hui un support nécessaire au développement d'une offre hospitalière hors les murs pour couvrir l'espace territorial surtout dans le contexte d'un territoire montagnard.

Les modalités de télésurveillance, de télé-expertise ou de téléconsultation en facilitant l'accès à des consultations spécialisées adaptées à distance sont attendues.

La télémedecine sera utile à la filière personnes âgées pour pallier à la pénurie des psychiatres sur le territoire et permettre ainsi des avis de psychiatres sur les EHPAD.

Il sera fait aussi recours à cette technique pour éviter les déplacements des personnes âgées nécessitant des avis de praticiens hygiénistes ou de gériatres à partir des consultations mises en place à l'Unité d'Hébergement renforcée sur Bonneville.

Le GHT continuera également de développer le télédiagnostic. Actuellement, les radiologues du CHAL sont dotés, lors de leur permanence, d'ordinateurs portables équipés des logiciels et des accès informatiques nécessaires aux usages de téléimagerie. Dans un contexte d'urgence, ces radiologues se connectent à distance au PACS du CHAL et accèdent aux images produites par les modalités, afin d'apporter un primo-diagnostic. Cet accès au PACS du CHAL est également rendu possible au groupement de radiologues privé IMADIS, partenaire du CHAL. Pour éviter des extractions de patients détenus à la maison d'arrêt de Bonneville, les radiologues du CHAL interprètent à distance les images acquises par la modalité de l'USN.

Le CHAL s'est également équipé d'équipements de télémedecine, acquis dans le cadre du projet régional de télé-AVC ; si ce dernier usage reste encore à développer entre l'USN du CHAL et les SAU des établissements du GHT, les équipements serviront à compléter la prise en charge des patients détenus par des consultations de médecine à distance, notamment ophtalmologie et dermatologie. Ces deux types d'usages seront effectifs dès la formation des utilisateurs dispensée.

# LES NOUVEAUX MODES DE PRISE EN CHARGE

## I. le développement de l'HAD

Cette activité a été développée par tous les Hôpitaux publics MCO du département et a donné lieu à la création d'un GCS intitulé « Les Hôpitaux Publics à votre domicile » ; ce support a pour mérite d'enrichir les échanges entre les différentes équipes médicales et soignantes, d'organiser la permanence médicale sur le département, ou encore de mutualiser les achats comme ceux relevant du Système d'Information.

Le rapport de gestion 2015 montre que cette activité progresse quasiment dans tous les établissements et ce, souvent de manière significative, avec près de 300 à 400 séjours pour les établissements les plus importants et des chiffres d'affaires qui dépassent le million d'Euro

Les pathologies prises en charge sont souvent très proches d'un établissement à un autre et recouvrent principalement les soins palliatifs, la chimiothérapie, la surveillance post-chimiothérapique, les traitements par voie veineuse, les pansements complexes, la nutrition parentérale et la prise en charge de la douleur.

Il est constaté dans la plupart des sites une augmentation des demandes en provenance des médecins généralistes.

Enfin si les objectifs diffèrent d'un établissement à un autre, on retrouve chez la plupart le souhait de mieux collaborer avec les Médecins Libéraux, d'effectuer un travail de qualité en soins palliatifs en lien avec les équipes mobiles, d'accroître le nombre d'intervention en EHPAD ou encore de sécuriser l'administration des médicaments à risques.

## 2. Le projet d'une plate-forme de régulation de l'activité

Il peut apparaître utile de mettre en place une plate-forme de régulation de l'activité afin de mieux répondre aux périodes de tension sur les lits, ainsi qu'à certaines difficultés que les établissements peuvent rencontrer en matière de recrutement médical compromettant parfois la permanence des soins dans certaines spécialités médicales.

Cette régulation s'adressera plus particulièrement aux populations situées dans les zones frontalières des trois principaux bassins hospitaliers.

Une telle régulation s'entend dans le cadre d'une intégration toujours plus poussée des établissements au sein du GHT afin de surmonter l'impact négatif lié à d'éventuels transferts budgétaires.

### **Les principes de fonctionnement envisagés pour la plate-forme de régulation des parcours patients seraient les suivants :**

- Disciplines concernées : médecine (hospitalisation complète) et obstétrique
- Patientèle concernée : patients domiciliés dans le bas Chablais (Douvaine, Bons en Chablais, Messery... ) d'une part, et en moyenne vallée de l'Arve d'autre part (Cluses, Marnaz, Scionzier...)\*

### **Le travail préalable visera notamment à :**

- Quantifier la patientèle éligible au regard des critères retenus, sur la base du case-mix 2015 du CHAL
- Simuler sur un plan budgétaire l'impact pour chacun des trois établissements des transferts envisagés
- Formaliser l'organisation nécessaire au déploiement du dispositif, en envisageant deux options (qui pourront éventuellement être combinées) :
  - ▶ Une option « décentralisée » où l'initiative est donnée aux services du CHAL qui feraient appel à une plate-forme de régulation
  - ▶ Une option « centralisée » où l'initiative revient à une cellule centrale qui identifie les cas éligibles sur la base des patients présents

Le processus de transfert, les impacts organisationnels, les moyens nécessaires au fonctionnement du dispositif devront être formalisés. Une déclinaison particulière du dispositif sera étudiée pour les périodes de tension sur les lits (notamment outils et modalités de prise de connaissance rapide des disponibilités en lit de chaque structure en temps réel).

Enfin, une évolution du dispositif à moyen terme sur une véritable coordination de la gestion des lits à un niveau territorial devra être envisagée (outil commun de gestion des lits notamment)

### 3. les actions en faveur de la réduction de la durée moyenne de séjour

#### La chirurgie ambulatoire :

Les trois établissements MCO qui composent le GHT sont engagés dans le virage ambulatoire ; les taux de chirurgie ambulatoire pour les HDL et le CHAL ont dépassé les 50 % ; les HDPMB s'en rapprochent fortement alors que leur case mix apparaît beaucoup plus contraignant.

#### Le programme PRADO

Le programme PRADO a pour objectif de permettre au patient de retourner à domicile dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire ou encore d'éviter des ré-hospitalisations et de diminuer le taux de mortalité.

Ce programme PRADO est en place dans les maternités des trois principaux établissements et se traduit par l'accompagnement des mères et de leur enfant par des visites de sages-femmes à domicile.

Il s'étend aujourd'hui à la chirurgie orthopédique en proposant la rééducation en ville si l'état du patient le permet.

Depuis peu de conventions ont été signées dans le domaine de l'insuffisance cardiaque et de la BPCO afin d'éviter des ré-hospitalisations. Cette mise en œuvre mérite encore d'être approfondie et appréhendée par les équipes médicales avant d'être évaluées.

Enfin l'Assurance maladie prend les premiers contacts avec les établissements pour appliquer le programme PRADO à la chirurgie digestive.

### 4. La coopération avec la médecine de ville

Projet en cours

## Les filières de soins

# LA FILIÈRE SANTÉ MENTALE



# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT (SECTEUR PUBLIC)

		EPSM	HDL
Hospitalisation complète	Unités d'admission	Voirons = 25 lits	Unité d'accès : USN2 = 21 lits Unité d'accès : USN3 = 22 lits
		Brévent = 25 lits	
		Aravis = 25 lits	
	Unités d'accueil spécialisé, intersectorielles	Géronto-psychiatrie = 25 lits	Pas d'unités spécialisées
Réhabilitation psycho-sociale = 25 lits			
Prise en charge au long court = 25 lits			
Psychiatrie de liaison	Soins intensifs pour l'Arc Alpin : USIP = 15 lits	présence d'une équipe du pôle de santé mentale 5j/7	
	Au CHAL : présence d'une équipe de l'EPSM 7j/7, 4 lits d'UHCD plus ou moins réservés Aux HPMB : présence d'une équipe de l'EPSM 5j/7		
Pédopsychiatrie de liaison	Au CHAL : des avis spécialisés de pédopsychiatres sont sollicités, réponse actuelle : par téléphone et déplacement ponctuel, sur la base de la demande formulée par les pédiatres ou leurs internes	une équipe constituée d'un médecin, un psychologue et une IDE assure la liaison aux urgences	

Consultations externes et consultations avancées	CMP	Psychiatrie générale	74G04 : à St Julien en Genevois et à Vétraz-Monthoux	74G07 : à Thonon et à Evian
			74G05 : à Bonneville (CMP et CAGT)	
			74G06 : à Cluses et à Sallanches	
		Pédo-psychiatrie	74I02 : à Vétraz-Monthoux, à St Julien en Genevois et à La Roche sur Foron	
	74I04 : à Cluses et à Sallanches			
	CATTP	Psychiatrie générale	74G04 : à Vétraz-Monthoux	74G07 : à Thonon
			74G06 : à Cluses	
		Pédo-psychiatrie	74I02 : à Vétraz-Monthoux (enfants et ados)	74I03 : à Thonon pour adolescents
74I04 : à Cluses et à Sallanches				

Prise en charge ambulatoire	HDJ	Psychiatrie générale	74G04 : à Vétraz-Monthoux (18 places)	74G07 : à Thonon (19 places)
			74G05 : à La Roche sur Foron (10 places)	
			74G06 : à Sallanches (10 places)	
		Pédo-psychiatrie	74I03 : à Thonon 12 places pour la petite enfance (3-7 ans) et 16 places pour les 6-12 ans spécialisé dans les TED	
	Equipes mobiles et plateformes référentielles		Equipe mobile Psycho-sociale	74G04 : à Annemasse
		74G05 : à Bonneville (plutôt une antenne)		
		Equipe mobile de géronto-psychiatrie	Basée à l'EPSM	
		Plateforme référentielle pour les Auteurs de Violences Sexuelles (AVS)	Basée au CMPA de Bonneville et dépendant de l'EPSM	
Centre de réhabilitation psycho-sociale de niveau I des Glières	10 places d'hôpital de jour (intersectorielles) et à vocation départementale : le centre est animé par des personnels partagés entre l'EPSM et le CH Anancy Genevois. Il est situé à La Roche sur Foron.			

## Structures d'aval

Les structures d'aval par secteur concernent :  
 Les établissements sociaux partenaires (CHRS notamment)  
 Les établissements médicaux sociaux partenaires (APEI, Oxygène-Espoir 74, APRETO, CAMPS, SAVS, SAMSAH, EHPAD...)

## Partenaires

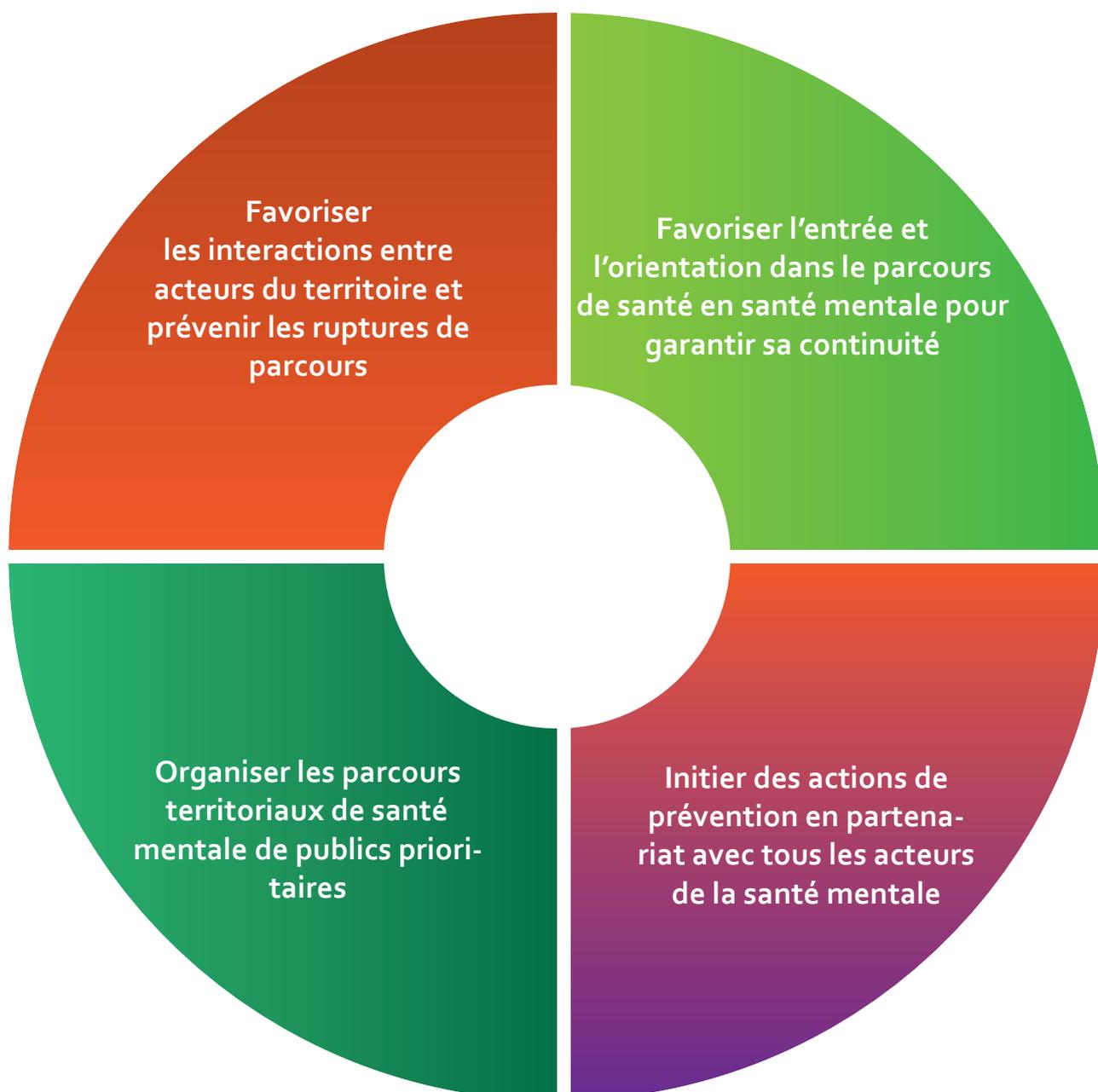
La Maison des adolescents Rouge Cargo  
 L'unité de soins niveau I à la Maison d'arrêt de Bonneville en partenariat avec le CHAL

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS

### Rappel des orientations du SROS

- Renforcer la prise en charge ambulatoire au sein des CMP
- Etoffer les alternatives à l'hospitalisation
- Prendre en compte la place des proches et des aidants
- Organiser une prise en charge territoriale diversifiée et de qualité, couvrant les champs de la prévention à la réinsertion
  - développer l'offre en psychiatrie de liaison
  - fluidifier le circuit de l'urgence
- Répondre aux besoins de population et de pathologie spécifique : enfants, adolescents, personnes âgées

## III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Assurer un maillage et une organisation adaptée des structures de consultations et faire connaître les dispositifs (mise à jour régulière pour tenir compte du turn over), en s'appuyant sur les organisations représentatives des usagers et des professionnels et sur l'outil ROR
- Proposer une organisation adaptée et cohérente en cas d'urgence, (psychiatrie de liaison dans chacun des sites MCO du territoire, lien avec les CMP) pour les psychiatries générale et infanto-juvénile
- Etre en mesure de traiter les situations et l'orientation adaptée (crise, semi-urgence) des patients atteints de troubles psychiatriques, en privilégiant les prise en charge en ambulatoire
- Favoriser l'accès et les meilleurs soins somatiques (généralistes et spécialisés) aux personnes souffrant de troubles psychiatriques avec recours éventuel ciblé à la télémédecine (télé-expertise)
- Adapter l'accès aux soins et aux prises en charge des personnes notamment pour ce qui concerne le rapprochement institutionnel des secteurs du Chablais de l'EPSM  
>> **Illustration concrète = rattachement des secteurs 74G07 et 74103 à l'EPSM**
- Assurer des soins coordonnés en matière somatique et psychiatrique aux détenus de la Maison d'arrêt de Bonneville
- Coordonner les interventions des structures en faveur des personnes âgées et renforcer les partenariats réciproques pour fluidifier le parcours de ces patients (vigilance sur les blocages institutionnels)  
>> **Illustration concrète : recrutement sur un poste partagé d'un géro-psycho-gerontopsychiatre entre l'EPSM et l'Hôpital départemental de Reignier**
- Mailler les interventions des structures en faveur des enfants et adolescents (notamment centrées sur les troubles du spectre autistique et les troubles du comportement)
- Réfléchir à structurer un service social territorial ou une plateforme territoriale d'appui avec des coordinateurs de parcours patients

### Dossiers territoriaux de court terme

#### **Le renfort de pédopsychiatrie de liaison du CHAL :**

- Constituer une équipe pluri-professionnelle
- Mener une réflexion sur l'HC en lien avec l'offre départementale

#### **Le rattachement des secteurs du Chablais (74G07 et 74103) à l'EPSM :**

- Organisation et management de transition pour 2017 (Fédération médicale inter-hospitalière, gestion commune et d'anticipation de plusieurs dossiers : formation, recrutement, partage d'expérience...)
- Préparation technique financière et patrimoniale pour le transfert de DAF et la programmation des investissements compte tenu des besoins de réhabilitation ou reconstruction de l'HC en psychiatrie à Thonon

#### **Le développement de la gérontopsychiatrie :**

- Conforter la place de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie
- Poursuivre la collaboration avec la filière gériatrique pour faire face à l'accroissement des besoins des personnes âgées

# LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE



# I. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

3 pôles gérontologiques : Genevois français, Vallée de l'Arve, Chablais

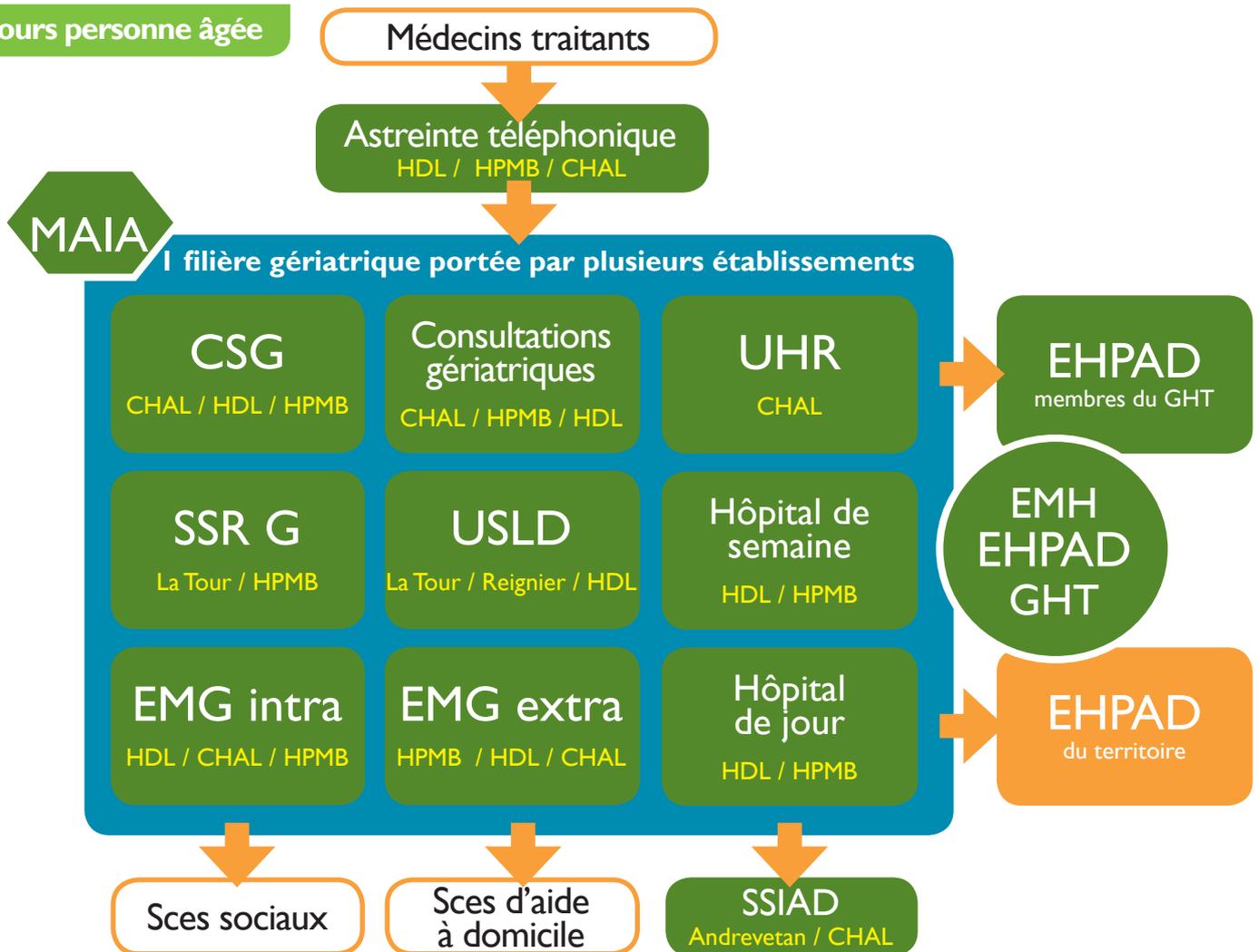
Département	Territoire concerné	Population suivant l'âge en 2016		
		Indice de Vieillessement (1)	75 ans et plus	Total
74	Haute-Savoie		63 684	916 307
	GHT Nord	58	31 174	451 841
	GHT Sud	56	32 510	464 466

(1) L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.

- Population du GHT Nord ayant plus de 75 ans : 6.9 % de la population du GHT Nord
- Pourcentage équivalent à celui du GHT Sud
- En 2025, 1 savoyard sur 4 aura plus de 60 ans.
- Bénéficiaires de l'APA sont dans la moyenne nationale mais au-dessus de la moyenne régionale

## II. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT LÉMAN MONT BLANC

Parcours personne âgée



## II. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT LÉMAN MONT BLANC

type de prise en charge	CHAL	HDPMB	HDL	HL Reignier	HL La Tour	HL Andrevetan	EPSM	total
Gériatrie	18	25	24	0	0	0	0	62
médecine à tendance gériatrique	0	0	0	0	10	0	0	10
SSR gériatriques	0	25	0	0	20	0	0	45
SSR polyvalents	0	25	0	0	0	25	0	50
Unité cognitivo-comportementale	0	0	0	0	0	0	0	0
Hôpital de jour gériatrique	0	oui intégré à l'HDJ de médecine 3 lits	4	0	0	0	0	4
Hôpital de semaine gériatrique	0	oui intégré à l'HDJ de médecine 5 lits	12	0	0	0	0	12
hôpital de jour gérontopsychiatrie	0	0	0	0	0	0	?	0
consultations gériatriques	oui	oui	oui	non		non	0	0
équipe mobile intra de gériatrie	oui	oui	oui	non		non	en lien avec le CHAL et HPMB	0
équipe mobile extra de gériatrie	oui	oui depuis 2014 (changement de médecin en septembre 2015)	démarrage mars 2016	intervention future de l'EMG Extra CHAL		intervention future de l'EMG Extra CHAL	en lien avec le CHAL et HPMB	0
équipe mobile de gérontopsychiatrie	en lien avec l'EPSM	en lien avec EPSM dans le cadre de l'équipe mobile	en réflexion	intervention équipe EPSM		intervention équipe EPSM	oui	0
gérontopsychiatrie	0	0	0			0	25	25
USLD	0	Lien VSVA, à travailler car 40 lits USLD	30	50	30	0	0	110
EHPAD	243	140	277	206	162	118	0	1146
dont hébergement temporaire	5	5	2	0	2	4	0	18
dont PASA	0	projet sur Chamonix	0	0		0	0	0
dont UHR	14	0	0	0		0	0	14
dont gérontopsychiatrie				32				
accueil de jour	0	8	0			6	0	14
MAIA	oui	oui (embryon)	oui			?		0
CLIC	non	non	non	non	non	non	non	0
SSIAD	non	non (important pb de disponibilité du SSIAD sur secteur Sallanches)	non			35 places PA+2 PH		0
Unité Alzheimer					24	22		46
Orthogériatrie			coopération gériatrie et orthopédie sur le plateau locomoteur					
Oncogériatrie	oui	oui	oui					

## Listing de l'offre EHPAD HORS lits rattachés aux CH

### Secteur CHAL

Nom de l'EHPAD	Adresse	Capacité d'accueil permanent (en nbre places)	Capacité d'hébergement temporaire (en nbre places)	Capacité d'accueil de jour (en nbre places)
EHPAD La Kamouraska	GAILLARD	80	1	10
EHPAD Le Clos Casai	MARIGNIER	80	0	0
EHPAD Vivre ensemble	ST PIERRE EN FAUCIGNY	47	2	2
EHPAD Grange	TANINGES	66	0	0
EHPAD Les Gentianes	VETRAZ MONTHOUX	79	0	6
Les Jardins du Mont Blanc	VILLE LA GRAND	84	0	0

### Secteur HDL

EHPAD du Haut Chablais	VACHERESSE	58	0	3
EHPAD Korian l'Esconda	THONON	88	8	0
EHPAD l'Ermitage	THONON	53	7	10
EHPAD la Roselière	BONS en CHABLAIS	39	0	2
EHPAD du Haut Chablais	SAINT JEAN D'AULPS	40	0	3
EHPAD le Val Fleuri	THONON	85	10	6
EHPAD les Balcons du Lac	THONON	70	2	0
EHPAD les Erables	VEIGY FONCENEX	50	0	0
Résidence les Sources	EVIAN-les-BAINS	84	0	0
Résidence du Léman	THONON	64	4	0
Résidence le Verger des Coudry	CERVENES	80	4	0

### Secteur HDPMB

EHPAD Les Mont Argentés	MEGEVE	67	5	2
EHPAD Les Myrtilles	PASSY	103	0	0
EHPAD Val Mont-Joie	ST GERVAIS LES BAINS	78	2	6
EHPAD Beatrice du Faucigny	CLUSES	58	2	0
EHPAD Les Cyclamens	MAGLAND	60	3	0

### III. COHÉRENCES AVEC LE SROS

#### Volet personnes âgées

- Faciliter l'accès aux soins de 1<sup>er</sup> recours pour les personnes en perte d'autonomie
- Organiser l'accessibilité des soins palliatifs à la fois pour les personnes âgées et les personnes handicapées
- Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD
- Associer les réseaux des urgences aux travaux des instances de gouvernance des filières gérontologiques (soins de 1<sup>er</sup> recours, urgences, structures médico-sociales)
- Eviter le recours aux urgences des personnes âgées ou handicapés par le développement des outils de prévention des hospitalisations et des outils de régulation spécifique

#### Volet USLD

- Réduire les inégalités territoriales

#### Volet psychiatrie

- Définir une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées

Un consensus doit être trouvé entre psychiatres, gériatres et neurologues, tant au niveau des définitions que de la coordination des prises en charge. La prise en charge des sujets âgés requiert l'intervention de professionnels de la psychiatrie expérimentés à ces modalités, capables d'assurer une prise en charge directe des patients comme d'apporter un appui aux professionnels. L'amélioration passe, pour cette population aussi, par la coordination des interventions des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux permettant d'assurer la continuité des soins. Une première réponse aux besoins de cette population sera à rechercher au travers du déploiement d'équipes mobiles spécialisées sur les problématiques de cette population. Les conventions avec les EHPAD sont à développer et à évaluer pour celles qui existent déjà. Les filières gériatriques qui se mettent en place doivent intégrer un volet sur la prise en charge psychiatrique. De la même façon, il sera nécessaire que la prise en charge psychiatrique des personnes âgées soit abordée lors de la création de toute Communauté Hospitalière de Territoire.

### IV. CARENCES SOULEVÉES DANS LA FILIÈRE

- Sous dimensionnement du nombre de lits de court séjour gériatrique sur le CHAL
- Insuffisance de la prise en charge de soins palliatifs : nombre de LISP insuffisants, nécessité d'aide aux EHPAD pour l'accompagnement sur place des résidents en soins palliatifs
- Répartition géographique des lits de SSR inadaptée par rapport aux besoins existants
- Manque de lits d'EHPAD sur le territoire habilités à l'aide sociale et financièrement accessibles à un large public.
- Carence majeure de structures de prises en charge et de temps médical pourvues de gérontopsychiatre

## V. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP

### 1 Renforcer la prise en charge en gériopsychiatrie sur le territoire et améliorer l'accès aux psychiatres pour les EHPAD et les USLD

- Permettre un suivi psychiatrique régulier en EHPAD et en USLD
- Développer les coopérations avec l'unité d'hospitalisation de gériopsychiatrie et l'équipe mobile de gériopsychiatrie de l'EPSM
- Recruter un gériopsychiatre pour la filière
- Engager une réflexion sur la prise en charge en gériopsychiatrie sur l'ensemble du département

### 2 Elargir l'offre de soins sur le territoire

- Etendre les capacités de médecine gériatrique sur le territoire en augmentant les lits de CSG au CHAL pour arriver à 20 lits
- Ouvrir les hôpitaux du jour et de semaine des HDPMB et des HDL à l'ensemble des personnes âgées du territoire Léman Mont Blanc pour développer une politique de prévention des chutes, de la dénutrition et des troubles psycho comportementaux, le rééquilibrage des traitements et ainsi faciliter le travail des intervenants à domicile.
- Travailler sur le développement de l'oncogériatrie
- Augmenter le nombre de lits de SSR ayant la spécification gériatrique
- Accroître le nombre de lits d'USLD sur le territoire

### 3 Développer la prévention du risque de iatrogénie médicamenteuse

- Améliorer la prévention du risque de iatrogénie médicamenteuse grâce à la mise en place d'un projet de pharmacie clinique à l'échelle du GHT avec la création d'un poste d'assistant partagé.

### 4 Améliorer l'offre en soins palliatifs à destinations des personnes âgées

- Créer une équipe mobile de soins palliatifs sur les EHPAD

### 5 Améliorer la réponse sur le territoire aux urgences gériatriques

- Etablir un profil type de patients pouvant être adressés directement depuis les urgences vers les lits de médecine sur La Tour sans mettre en difficulté le service.
- Ouverture de lits d'hébergement temporaire de crise sur les EHPAD du territoire
- Intensifier la communication auprès de la médecine de ville sur la mise en place des astreintes téléphoniques mises en place dans les établissements MCO

### 6 Renforcer l'offre pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés

- Mettre en place une filière départementale d'accès à l'UCC qui ouvrira prochainement au CHANGE
- Créer une UHR sur le VSHA USLD du Val d'Arve
- Compléter l'offre de répit en ouvrant un accueil de jour sur l'EHPAD de Taninges
- Poursuivre l'implantation de PASA sur le territoire
- Créer une UCC sur le territoire du GHT Léman Mont-Blanc
- Développer l'éducation thérapeutique pour les patients Alzheimer (Dr Tavernier et Dr Ettwieller)

## V. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP (SUITE)

### 7 Poursuivre le développement de l'HAD sur le territoire

- Poursuivre le développement de l'HAD en particulier dans les EHPAD afin de favoriser une prise en charge optimisée des personnes âgées et éviter les hospitalisations
- Développer le partenariat avec les services de médecine pour proposer des prises en charge spécifiques permettant le retour à domicile (plaies et cicatrisations, soins palliatifs, chimiothérapie...)
- Continuer le travail auprès de la médecine de ville pour multiplier ce type d'offres

### 8 Renforcer le rôle des équipes mobiles gériatriques de territoire

- Faire connaître les nouvelles équipes mobiles de gériatrie extrahospitalière du CHAL et des HDL sur le territoire
- Améliorer la complémentarité et la coordination des équipes mobiles notamment via la plateforme informatique commune mise en place sur le GHT Léman Mont Blanc à destination des EHPAD
- Améliorer la couverture du territoire départemental à domicile et en institutions sanitaires et médico-sociales en renforçant et en pérennisant l'existence des équipes mobiles

### 9 Développer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

- Proposer aux populations handicapées vieillissantes des solutions adaptées de prises en charge et d'hébergement sur le département.

### 10 Développer la télémédecine

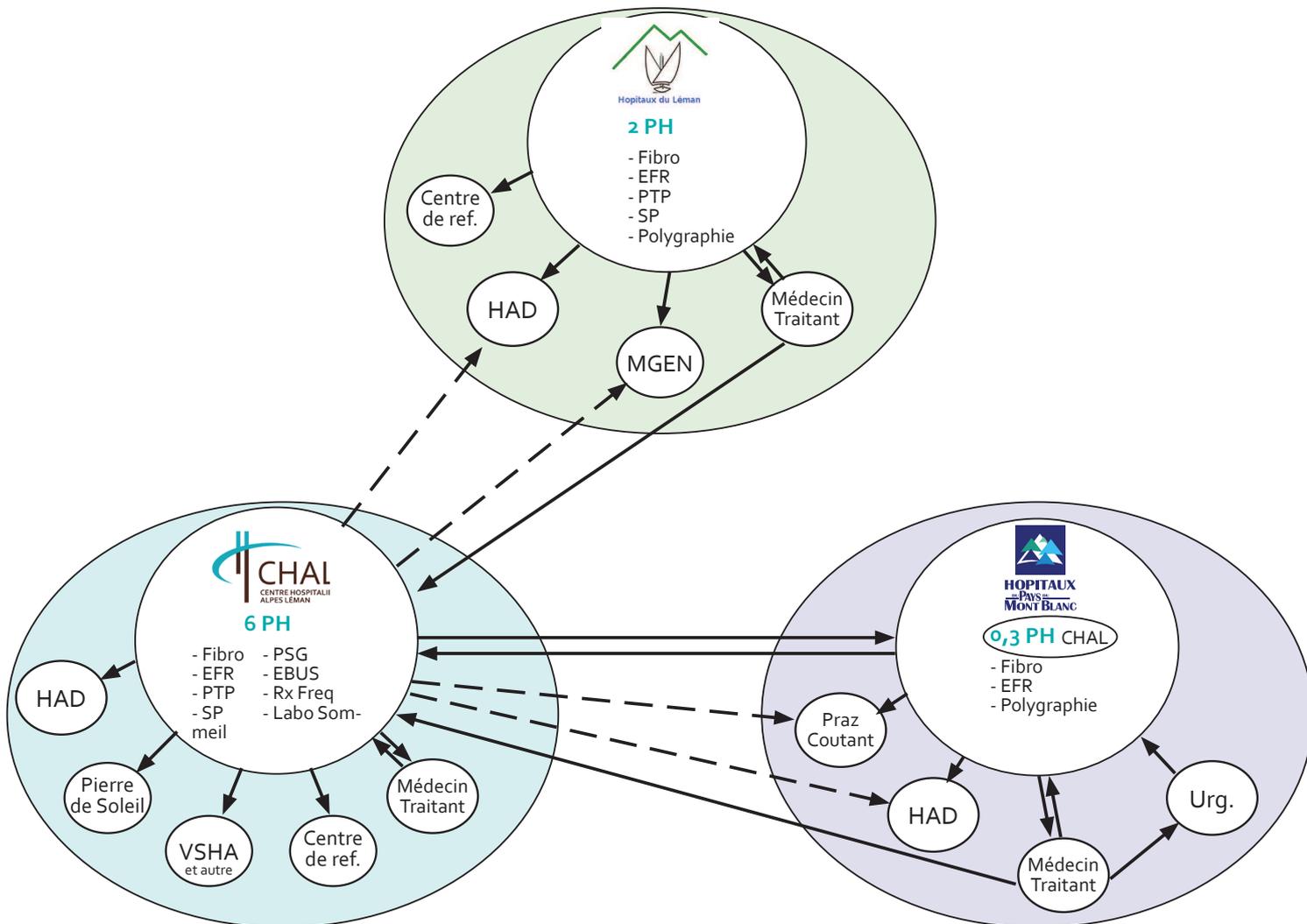
- Négocier des financements pérennes pour développer cet axe notamment pour l'accès à des unités spécifiques et des avis spécialisés : UHR, avis psychiatrique, unité de gérontopsychiatrie...





LA FILIÈRE PNEUMOLOGIE  
ONCO-PNEUMOLOGIE  
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE  
PATHOLOGIES DU SOMMEIL

## I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT



\* existence d'une offre en éducation thérapeutique ASTHME et BPCO sur les HDL

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

- Rechercher l'amélioration de la qualité de prise en charge des pathologies chroniques et de leurs complications
- Poursuivre la structuration de l'offre de soins
- Faciliter l'accès à une offre de soins adaptée et efficiente
- Mettre en place des prises en charge et des accompagnements plus fluides

**SÉJOURS**

ATIH-GA-v2	Libellé	CHAL
G078	Bronchites, bronchiolites et asthme	311
G079	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	138
G080	Infections respiratoires	813
G081	Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil respiratoire	98
G082	Affections respiratoires, autres	234
G083	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	3
G084	Endoscopies bronchiques, avec ou sans anesthésie	23
<b>TOTAL</b>		<b>1 620</b>

**PART DE MARCHÉ**

ATIH-GA-v2	Libellé	CHAL
G078	Bronchites, bronchiolites et asthme	34%
G079	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	30%
G080	Infections respiratoires	45%
G081	Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil respiratoire	40%
G082	Affections respiratoires, autres	32%
G083	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	1%
G084	Endoscopies bronchiques, avec ou sans anesthésie	32%
<b>TOTAL</b>		<b>36%</b>

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

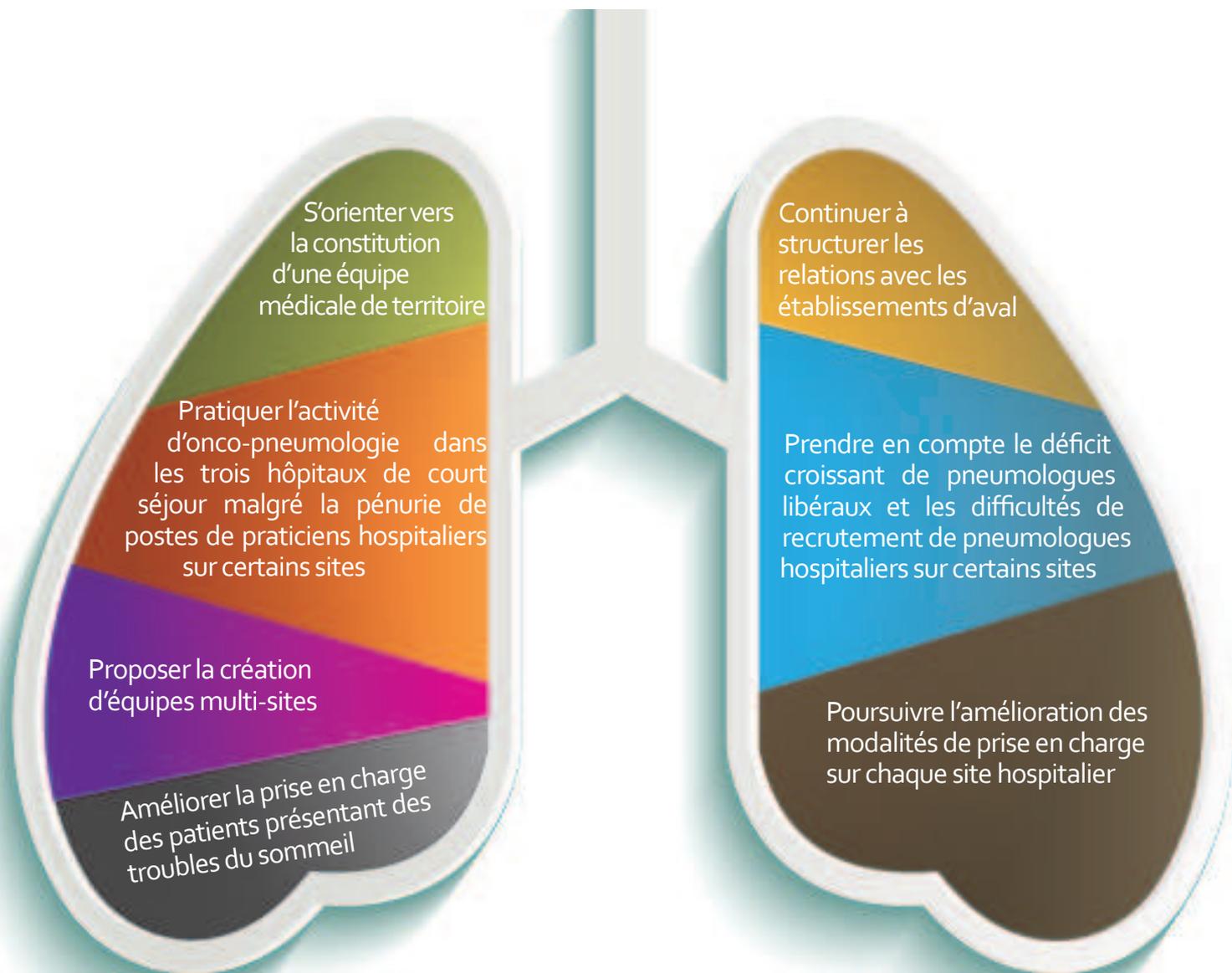
Données	CHAL
Nombre de journées PMSI	11 621
Nombre de lits	31,84
DMS brute	7,21
IPDMS	0,92

HDL	HPMB	Privé Nord	TOTAL Nord	CHANGE	Privé Sud	TOTAL Sud	Autres	TOTAL Général
281	231	4	827	23	-	23	69	919
145	119	6	408	18	-	18	28	454
444	406	5	1 668	27	2	29	91	1 788
59	26	8	191	9	1	10	44	245
204	134	5	577	33	7	40	125	742
37	2	-	42	9	-	9	199	250
4	15	-	42	2	4	6	25	73
1 174	933	28	3 755	121	14	135	581	4 471

HDL	HPMB	Privé Nord	TOTAL Nord	CHANGE	Privé Sud	TOTAL Sud	Autres	TOTAL Général
31%	25%	0%	90%	3%	0%	3%	8%	100%
32%	26%	1%	90%	4%	0%	4%	6%	100%
25%	23%	0%	93%	2%	0%	2%	5%	100%
24%	11%	3%	78%	4%	0%	4%	18%	100%
27%	18%	1%	78%	4%	1%	5%	17%	100%
15%	1%	0%	17%	4%	0%	4%	80%	100%
5%	21%	0%	58%	3%	5%	8%	34%	100%
26%	21%	1%	84%	3%	0%	3%	13%	100%

HDL	HPMB	Privé Nord	TOTAL Nord	CHANGE	Privé Sud	TOTAL Sud	Autres	TOTAL Général
8 514	7 221	89	27 445	673	39	712	2 343	30 500
23,33	19,78	0,24	75,19	1,84	0,11	1,95	6,42	83,56
7,30	7,80	3,18	7,35	5,72	3,07	5,44		6,93
1,01	1,17	0,70	1,00	0,98	0,57	0,94		1,01

### III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

### ● **Prendre en compte le déficit croissant de pneumologues libéraux et les difficultés de recrutement de pneumologues hospitaliers sur certains sites**

Cette situation du secteur libéral concerne progressivement l'ensemble des bassins du territoire et s'étend progressivement au secteur hospitalier. L'organisation de consultations externes ainsi que le partage de temps de praticiens hospitalier à partir des ressources du CHAL peuvent contribuer à en minimiser les effets afin de maintenir une offre hospitalière de proximité.

### ● **Poursuivre l'amélioration des modalités de prise en charge sur chaque site hospitalier**

Cette amélioration suppose une mise à niveau progressive des équipes médicales et peut passer par des formules de coopération entre établissements.

Cette orientation concerne les principaux volets de la Pneumologie (BPCO et insuffisance respiratoire, onco-pneumologie ; pathologies du sommeil...)

Cet objectif passe aussi par le développement du Plateau Technique de chaque site, la réalisation de gestes interventionnels, la mise en œuvre de l'hospitalisation de jour.

Projet de création d'une RCP de pneumologie générale fonctionnant en visioconférence.

Déjà mis en place :

mise à disposition de 3 demi-journées de temps de pneumologue du CHAL aux HDPMB

mise à disposition d'une journée de temps de pneumologue du CHAL aux HDL

### ● **Pratiquer l'activité d'onco-pneumologie dans les trois hôpitaux de court séjour malgré la pénurie de postes de praticiens hospitaliers sur certains sites**

L'activité d'onco-pneumologie doit être pratiquée dans chaque établissement et plus particulièrement à travers la chimiothérapie des cancers bronchiques.

Des postes à temps partagé sont envisageables à partir de l'équipe du CHAL. Ce fonctionnement en équipes multi-sites devrait faciliter la participation aux protocoles de recherche et d'accès aux molécules innovantes.

Poursuite de la RCP de cancérologie pneumologique fonctionnant en visioconférence

### ● **Améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles du sommeil**

Il appartiendra à chaque établissement de décider de la montée en charge de ce volet de la Pneumologie qui passe par l'activité de polygraphie ventilatoire, la polysomnographie sur 24 heures jusqu'au développement du Plateau Techniques de polysomnographie déjà très étoffé au CHAL. Des coopérations peuvent aussi être nouées dans cette discipline.

### ● **Proposer la création d'équipes multi-sites**

Il s'agit plus particulièrement de l'intérêt portant sur la création d'une équipe d'éducation thérapeutique multi-sites ainsi que sur une équipe de réhabilitation ambulatoire multi-sites.

### ● **S'orienter vers la constitution d'une équipe médicale de territoire**

Les objectifs fixés comme la situation de l'effectif des pneumologues très différente d'un site à un autre militent pour la création de cette équipe médicale commune.

### ● **Continuer à structurer les relations avec les établissements d'aval**

Chaque hôpital de court séjour dispose dans son bassin de structures en SSR polyvalents ou spécialisés capables d'assurer la continuité de prise en charge de ces patients.

Ces liens peuvent être encore renforcés et précisés et plus particulièrement dans le cadre de la future unité de SSR oncologique gérée par le VSHA.<sup>2</sup>

Une vigilance particulière devra être apportée aux patients admis en soins palliatifs.



LA FILIÈRE NEPHROLOGIE  
DIALYSE  
INSUFFISANCE RÉNALE

# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

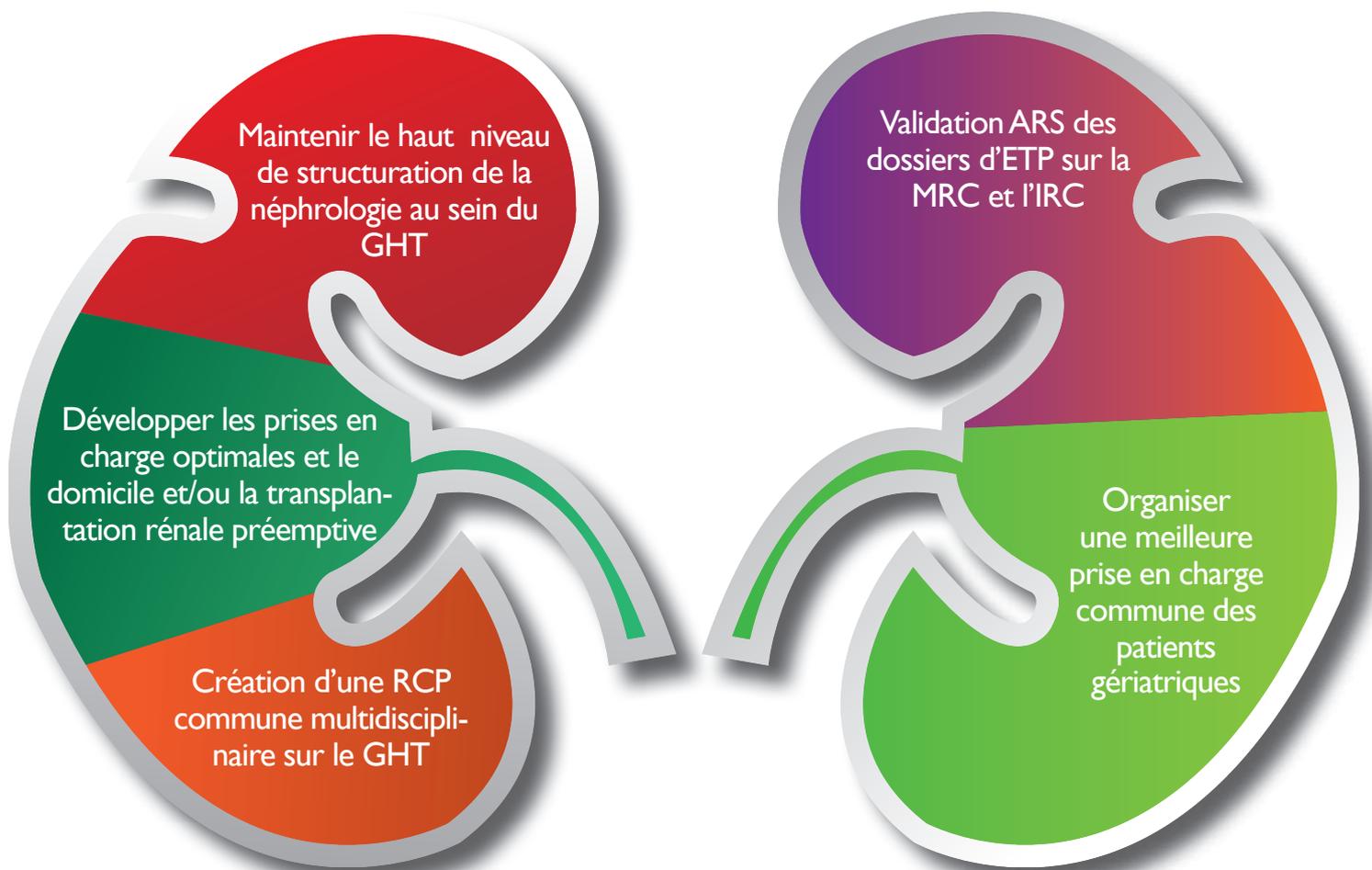
CHAL HDPMB	HDL
<p>24 postes de Dialyse en Centre Deux UDM ( une sur chaque site) Une UAD à Sallanches 15 lits d'hospitalisation CHAL 10 lits d'hospitalisation MB Une Unité de Semaine sur Sallanches Consultations sur les deux sites 5 Néphrologues TP et un Assistant Spécialiste (CHAL)</p>	<p>16 postes dialyse en centre lourd 1 UDM de soirée 8 postes 7 lits d'hospitalisation, montant à 10 prochainement UDJ Programme ETP validation du dossier ARS : séances individuelles/ mois + groupe/3 mois (IDE,AS, diet ,pharma, Med, psycho,Asociale) Consultation tous les jours de la semaine 4 néphrologues actuellement avec 3,5 ETP</p>
Une UAD commune à Ambilly	

HDPMB	CHAL	HDL
<p><b>Hospitalisation Conventiionnelle et de Semaine</b></p> <p>2015 : 305 Entrées, 2551 Journées DMS 8.4 2016 (Jusqu'au 31/07) 135 Entrées , 1206 J, DMS, 8.9</p>	<p><b>Hospitalisation Conventiionnelle Uniquement</b></p> <p>2015 : 513 Entrées, 4295 Journées, DMS 8.4 2016 (Jusqu'au 30/09) : 378 Entrées, 3047 Journées, DMS 8.07</p>	<p><b>Hospitalisation conventiionnelle</b></p> <p>2015 : RUM 666 DMS 6,9 2016 : RUM 664 DMS 6,5 UDJ et semaine (jusqu'en Mai)</p>
<p><b>Traitement de Suppléance</b></p> <p>2015 9726, 2235, 10 IRA, 6 Ent 2016 (Jusqu'au 31/07) 5259, 1343, 6 IRA, 3 Ent, dont 1 Dom</p>	<p><b>Traitement de Suppléance</b></p> <p>BBaVF 2015 4979, 15 IRA 2016 3310, 6 IRA AURAL 2015 4992 2016 2730 9 malades en Educ HDQ, 6 patients en DP</p>	<p><b>Traitement de Suppléance</b></p> <p>2015 : dialyse 6535 dont 5707 CL et 828 UDM 2015 : 68 séances de DP (4 patients) 112 plasmaphérèses 2016 : dialyse 6821 6073 CL 748 UDM 2016 : 74 séances de DP (4 patients) 77 séances en réanimation 60 plasmaphérèses</p>
		<p><b>Consultations :</b></p> <p>2015 : 1654 2016 : 1861</p>

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

- Pas de modification récente
- Par contre, travail novateur en cours sur le parcours de soins des IRC dès le stade III
- Création d'ateliers spécifiques d'éducation thérapeutique
- Accompagnement des patients dans leur parcours ( suites EGR 2014)
- Collaboration forte BBavF /AURAL/CH
- Mise en route début 2017

## III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

HDPMB CHAL	HDL
Repli pour le CHANGE pour Technique « trou-bouton » ( formation des personnels prévue au CHAL en 2017)	Mise en place d'une Unité de Dialyse nocturne
En commun dans le GHT	
<p>Mise en route de l'HDQ</p> <p>Pas de nécessité de recours en dehors des activités de transplantation ( CHU de Grenoble et de Lyon)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Promotion de la transplantation rénale préemptive</li><li>Développement des activités de dialyse hors centre</li><li>Mise en place des activités d'ETP parcours de soins</li><li>Participation aux WebConf recours greffe</li></ul> <p>Prise en charge coordonnée des patients gériatriques et en fin de vie</p>	

# LA FILIÈRE SANTÉ PUBLIQUE



# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

## CLAT 74 Nord : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse

Basé au CHAL depuis janvier 2013

- Gestion des DO de tuberculose du territoire(++ CHAL, HDL, HPMB ...): prise en charge de toute personne résidant sur le territoire en lien avec la structure déclarante
- Dépistages individuels (médecine du travail, OFIL, médecins de ville...)
- Dépistages collectifs (foyers , CADA ...)
- Vaccination BCG
- Actions de formation et information

En 2015 : 460 Cs médicales et 440 Cs IDE

Financement ARS : 1, 1 ETP IDE; 1 Secrétaire ; 0,2 Médecin; 0,1 AS

## CeGIDD 74Nord : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic : VIH, Hépatites, IST

Depuis 1er janvier 2016

- Missions élargies : dépistage VIH/Hépatites/IST + Vaccinations liées aux IST + « Santé sexuelle » / prévention des grossesses non désirées...+ PREP + TPE
- Centre coordinateur : CHAL (Cs : site du CHAL et Ambilly; Cs Hors les murs : association AIDES Annemasse)
- Antenne : HDL (Cs HDL ; Cs HLM : saisonniers stations)
- Consultations avancées : HPMB (Cs HPMB et Chamonix) et APRETO
- Coordination: concertation trimestrielle (échanges de pratiques et d'informations; mise en place d'outils communs)
- Activité prévisionnelle 2016 : 2200 personnes reçues

Financement ARS : 2,3 ETP IDE; 0,85 médecin; 0,3 secrétaire; 0,2 psy

## CVI : Centre de Vaccinations Internationales / Consultation du Voyageur

Ouvert au CHIAB en 2007

Ouvert à HPMB en 2013 (sinon CHANGE ou HUG)

Pas de lien formalisé entre les 2 CVI 74 Nord

**CHAL : 1873 personnes reçues en 2015; 2400 vaccins** (dont 43% Fièvre Jaune)\*\*

Financement hospitalier et par le paiement par le consultant de la consultation/ des vaccins (non remboursés)

Sur les 2 CVI : 0,85 Médecin; 0,3 secrétaire; IDE = 0

## Vaccinations\*

- CLAT : BCG (budget ARS)
- CeGIDD : vaccins liés aux IST (Hépatite B + Hépatite A, HPV, Méningocoque C) (Budget ARS)
- CVI : vaccins du voyage (Vaccins payés par le consultant) + mise à jour du calendrier vaccinal (dotation CD)
- Vaccination chez l'immuno-déprimé

Mais la mission Vaccination reste dévolue en Haute Savoie au Conseil Départemental : pas de budget dédié (pas de temps IDE, pas d'accès aux vaccins du calendrier vaccinal)

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

Le SROS s'inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS)

**Ce PRS est construit autour de 3 axes stratégiques :**

- le développement de la promotion de la santé et de la prévention
- l'organisation d'une offre en santé adaptée aux besoins de la population et efficiente
- la fluidification des parcours de santé des patients/usagers

## III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP

Offrir sur le territoire 74 Nord  
une offre coordonnée en santé publique  
(prévention, dépistage, prise en charge)  
dans le domaine :

- de la tuberculose
- des Infections sexuellement transmissibles
- de la médecine des voyages
- des vaccinations \*

Pour cela il convient :

**D'établir un affichage clair de la filière santé publique**

- En interne aux établissements
- Entre les professionnels du GHT
- Envers le public

**D'optimiser l'offre de vaccination**

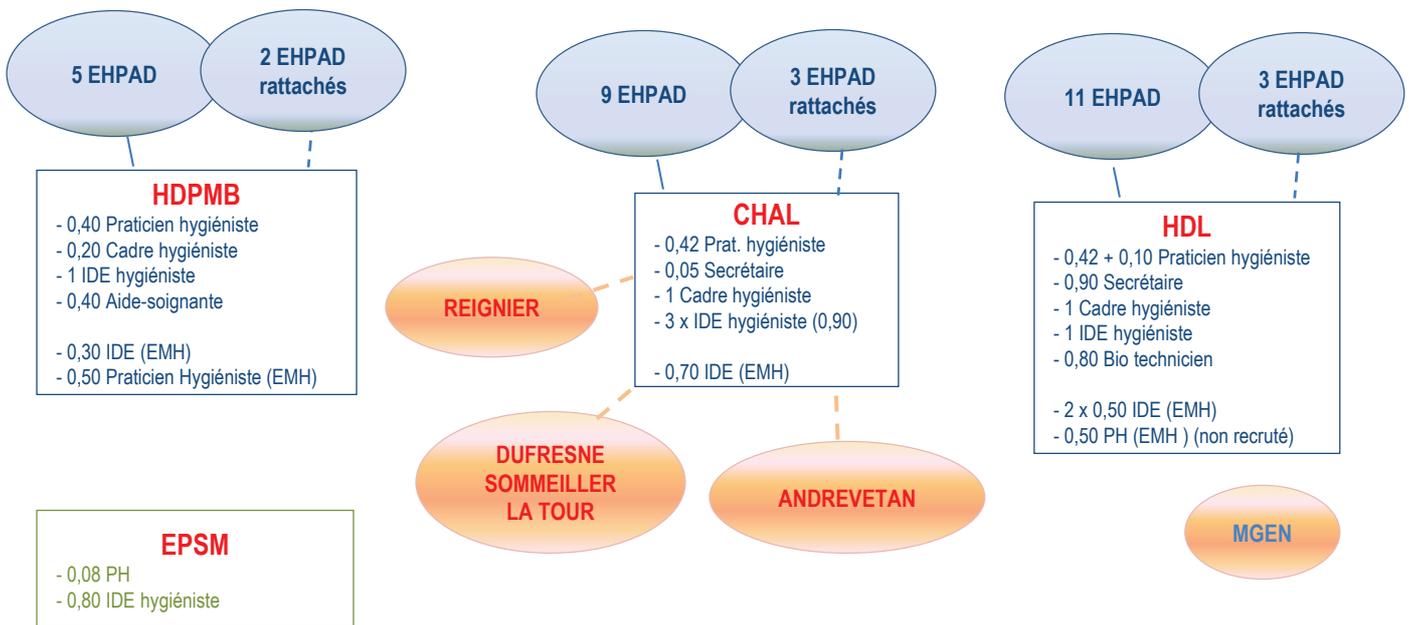
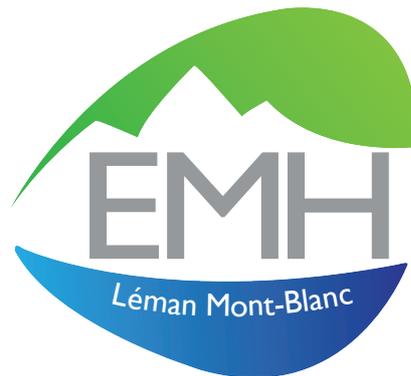
## **IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES**

- **Etablir un affichage clair de la filière santé publique**
- **Poursuivre le travail en réseau dans le cadre de cette filière**

# LA FILIÈRE RISQUE INFECTIEUX



# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT



# II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

## Les 3 axes du PROPIAS (2015):

- Axe 1 : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.
- Axe 2 : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.
- Axe 3 : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

### III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



### IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

#### Création d'un pôle de prévention du risque infectieux de GHT

- Prenant en compte les lits de MCO, les EHPAD (6 établissements),
- La concrétisation de la coopération ancienne pour les lits de MCO, et de leur coopération plus récente pour les EHPAD non rattachées aux CH (équipe mobile d'hygiène)
- Permettant un CLIN inter-hospitalier, un comité de pilotage inter hospitalier pour les EHPAD, partage de ressources (temps secrétariat...), projets GHT, permanence tant au niveau des praticiens que des infirmières hygiénistes,
- Projet de coopération(s) avec l'EPSM (hygiène prise en charge par le CHANGE).  
Chaque centre continue à fixer ses objectifs propres,

## Orientations propres aux Centres hospitaliers

Chaque centre continue à fixer ses objectifs propres :

- **Faciliter les échanges entre les équipes des différents CH**
  - S'affranchir des distances (visioconférence à disposition des unités d'hygiène),
- **Dématérialiser les surveillances des infections nosocomiales, des bactéries multi-résistantes (BMR)**
  - Dématérialiser la surveillance des bactériémies et des infections de site opératoire en utilisant le système d'information hospitalier (expérience du CHAL),
  - Dématérialiser la surveillance des infections des dispositifs intra vasculaires en utilisant également le système d'information hospitalier (expérience des HDL),
  - Elargir cette dématérialisation à la surveillance des BMR avec le CCLIN sud-est, et au suivi des patients contact et porteurs BHRé,
- **Finaliser les plans locaux de prévention du risque épidémique**
  - Finaliser ces plans dans chacun des CH et envisager une démarche commune au niveau GHT en lien avec les infectiologues et les Gestions des risques.
- **Organiser des formations au niveau GHT et promouvoir les nouvelles méthodes de formation**
  - Améliorer le ratio personnels formés/formateur,
  - Harmoniser les pratiques,
  - Promouvoir les nouvelles techniques de formation : communication engageante, chambres des erreurs, simulations, télé-enseignement, utilisation de Quiz-box...
- **Mettre en place un programme d'éducation thérapeutique pour certaines pathologies**
  - Mettre en place un programme d'éducation thérapeutique en lien avec les IDE du secteur libéral (raccourcissement des DMS et des nombreux patients porteurs de dispositifs intra vasculaires),
  - Etendre ce programme à l'application des précautions standard, à l'adaptation des précautions complémentaires d'hygiène et à tout autre thème pertinent...

## Orientations propres aux EHPAD

- **Poursuivre la mise en œuvre des programmes de prévention suite aux évaluations par le DARI**
- **Favoriser l'utilisation et développer la plateforme informatique créée en 2016 qui allie : gestion documentaire,**
  - gestion des alertes épidémiques (épidémies d'infections respiratoires basses, de gastro.-entérites aiguës...),
  - application pour le télé-enseignement,
  - application type « Skype »,
  - application pour la conception de surveillances.
- **Organiser une surveillance de l'écologie microbienne et des principales infections survenant dans les EHPAD au moyen de cette plateforme informatique pour:**
  - Mettre sur pied une surveillance des infections urinaires (données cliniques, d'écologies microbiennes et de thérapeutiques),
  - Analyser ces données avec les infectiologues et les biologistes pour la rationalisation de l'ATBthérapie,
  - Elargir cette démarche à toutes autres pathologies qui intéresseraient les infectiologues.

## Autres déclinaisons opérationnelles

- **Faciliter la transmission des informations entre établissements qui ont xtrait aux BMR, bactéries hautement résistantes émergentes (BHRé)**
- **Adéquation des ETP praticien hygiéniste**

Garder à l'esprit l'augmentation des besoins ETP praticien hygiéniste dans un proche avenir :  
Car aucun praticien hygiéniste n'intervient à l'Hôpital de Reignier malgré des lits de SLD,  
Du fait de la prise en charge du Centre MGEN d'Evian au plan de la prévention du risque infectieux par l'équipe des HDL.
- **Envisager une procédure d'agrément de stage hospitalier pour certains internes**

LA FILIÈRE ORL,  
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU,  
PHONIATRIE,  
CANCÉROLOGIE DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES (VAEDS),  
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET ODONTOLOGIQUE,  
STOMATOLOGIE,  
CHIRURGIE THYROÏDIENNE ET PARATHYROÏDIENNE,  
PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE FACIALE.

# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

	CHAL	HDL	HDPMB
Equipe médicale	.5 ETP ORL et un ETP maxillo facial		1.5 ETP en ORL
Etat des lieux de l'offre	<p>- Organisation de la permanence des soins en ORL sur le seul site référent des HDL pour tout la GHT Haute Savoie Nord. Dispositif efficace 24H/24 et 7j/7 mobilisant une équipe dédiée médico-chirurgicale.</p> <p>- Des liens étroits avec la médecine de ville : forte coordination notamment pour les explorations fonctionnelles avec une expertise importante dans la phoniatry, les bilans de déglutition, l'audiométrie infantile, le bilan vestibulaire, le bilan cochléaire etc.</p> <p>- Organisation en réseau avec les acteurs locaux et régionaux : autres CH, CHU, CRLCC... autorisant une prise en charge graduée avec Genève, Lausanne, Grenoble, Lyon</p> <p>- Optimisation de la filière ORL au sein des HDL (DMS très courte, renforcement de l'ambula-toire etc.)</p>	<p>Le service aux HDL est agréé pour pratiquer la chirurgie carcinologique de la sphère ORL et de la thyroïde. Cette spécificité en carcinologie est organisée en réseaux locaux et régionaux avec des confrères libéraux et les autres structures hospitalières régionales</p> <p>L'établissement est également en lien direct avec les réseaux de soins de support (Oncoléma, etc.) pour adapter la thérapeutique, au plus proche du patient et de son domicile.</p> <p>Le pôle pédiatrique pratique la chirurgie ORL pédiatrique, le dépistage de la surdité pour les enfants et de l'audiométrie infantile.</p> <p>Ainsi l'établissement s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire adaptée aux pathologies ORL, thyroïdienne, maxillo-faciale, stomatologique, phoniatry et plastique .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La chirurgie carcinologique des voies aérodigestives supérieures en totalité ainsi que les cancers de la thyroïde</li> <li>● La reconstruction cervico-faciale par divers lambeaux, libres micro anastomosés et à pédicules définitifs</li> <li>● La chirurgie des traumatismes importants de la face</li> <li>● la chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes,</li> <li>● la chirurgie et l'endoscopie des glandes salivaires</li> <li>● la chirurgie du larynx (techniques sous microscopes, radio fréquence et laser)</li> <li>● La chirurgie endonasale et sinusienne, La chirurgie des voies lacrymales</li> <li>● La chirurgie ORL pédiatrique</li> <li>● La chirurgie plastique et esthétique de la face et du cou</li> <li>● La chirurgie buccale et stomatologique</li> <li>● Le développement de la chirurgie orthognatique</li> <li>● Le traitement des rhinopathies chroniques (ronflement, apnées du sommeil, nez bouché)</li> <li>● Le dépistage de la surdité infantile</li> <li>● La chirurgie de l'oreille externe et moyenne ainsi que la chirurgie transplatinare des explorations fonctionnelles: bilan de surdités, vertiges, déglutition et phoniatry</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Chirurgie cutanée</li> <li>●Chirurgie nasale et sinu-sienne</li> <li>●Chirurgie cervicale et thyroïdienne</li> <li>●Panendoscopique des voies aéro-digestives supérieures,</li> <li>●Chirurgie orl pédiatrique</li> <li>●Chirurgie esthétique face &amp; cou</li> <li>●Chirurgie otologique : tous types de tympanoplasties</li> </ul>
	Prise en charge des urgences non programmées	<p>Prise en charge par le service des Urgences</p> <p>Prise par appel au secrétariat du service</p> <p>Prise en charge par appel permettant aux médecins généralistes d'être directement en communication avec un orl pour les soins urgents ou semi-programmés</p> <p>En journée, la semaine, la prise en charge des urgences se fait par l'ORL présent sur site. En dehors de ces moments de présence, toutes les urgences ORL doivent être adressées à l'ORL d'astreinte sur le site des HDL</p>	<p>Prise en charge par appel au secrétariat du service.</p> <p>Prise en charge par appel ou courrier électronique spécifique permettant aux médecins généralistes d'être directement en communication avec un orl pour les soins urgents ou semi-programmés.</p> <p>Les urgences sont prises en charge sur site par l'un des ORL de l'équipe en semaine et par celui ou celle d'entre eux qui est d'astreinte, les nuits, week-end et jours fériés.</p> <p>Un protocole corps étranger des VAEDS en pédiatrie est en cours de validation</p>

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

La filière **ORL** est reprise dans le **SROSS** dans le volet hospitalier et plus particulièrement en annexe sur le volet chirurgie qui comprend 4 axes essentiels :

- Développer et structurer la chirurgie ambulatoire
- Fermer des activités chirurgicales d'un trop faible niveau pour garantir la sécurité des patients et la qualité des prises en charge
- Faciliter l'accès aux soins de chirurgie pour l'ense

## III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

<b>CONSULTATIONS</b>	<p><b>Consultations externes :</b> Elargissement des plages de consultation notamment sur le CHAL Création d'une prise de rendez-vous en ligne</p> <p><b>Consultations internes :</b> Promotion d'un circuit d'adressage court garantissant la réduction de la durée de séjour dans les autres services</p>
<b>CHIRURGIE</b>	<p>Ouverture de nouvelles plages opératoires dans le cadre de la chirurgie ambulatoire au CHAL en particulier Poursuite de la réduction de la durée moyenne de séjour en mettant en place la réhabilitation précoce dans les chirurgies cervicales et en chirurgie carcinologique Développement de la chirurgie ambulatoire pour les chirurgies thyroïdiennes et parathyroïdiennes Création d'une unité de reconstruction en collaboration avec le Dr Piquilloud</p>
<b>OTOLOGIE</b>	<p><b>Activité actuelle :</b> <u>Chirurgie du pavillon et de l'oreille externe :</u> ● Chirurgie des oreilles décollées. ● Chirurgie du conduit auditif externe <u>Chirurgie de l'oreille moyenne tout âge</u> ● Tympanoplasties (Myringoplastie, Technique fermée, technique ouverte.) ● Ossiculoplasties ● Exérèse de cholestéatome <u>Chirurgie platinaires</u> <b>Projet oreille interne :</b> Chirurgie implantatoire : Implant Cochléaire, Implant à ancrage osseux, implant de l'oreille moyenne Développement d'une équipe Surdité Implant Cochléaire avec une consultation d'orthophonie et audiologie pour le suivi des implants chez les sourds profonds <b>Explorations :</b> Création d'une concertation pluridisciplinaire vertige avec une prise en charge associant orl neurologue kinésithérapeute les compétences existent le matériel aussi le GHT va faire développer une synergie</p>
<b>CANCEROLOGIE</b>	<p><b>Actuellement :</b> Les patients sont vus sur les HDL et le CHAL l'exploration est réalisée sur les deux sites le traitement par chimio radiothérapie est réalisé en collaboration avec le SERA les patients relevant d'une chirurgie sont opérés aux HDL ils bénéficient tous d'une RCP locale et régionale par Visio conférence Les patients de Sallanches venant aux HDPMB sont adressés à Lyon au CLB le plus souvent qui échappent donc au GHT <b>Projets:</b> ● Etendre le mode de prise en charge sur les HDL/CHAL aux patients des HDPMB en collaboration avec le Dr Laoust ● Développer une consultation de territoire en cancérologie des VAEDS, thyroïde et tumeurs cutanées avec des programmes de réhabilitations précoces associant les médecins spécialistes d'organe orthophoniste nutritionniste psychologue association de malades ● Développer une consultation de territoire de dépistage en cancérologie des VAEDS ● Participer aux protocoles thérapeutiques en cancérologie incluant les molécules innovantes et les techniques modernes (utilisation de robots) ● Renforcer la consultation d'annonce nécessitant un accroissement du temps infirmier et psychologue ● Améliorer les soins de support : kinésithérapie - nursing - évaluation nutritionnelle - soutien psychologie et social ● Aide à la réhabilitation précoce par le sport (Dr Prunier Thonon-les-bains) ● Structure d'aval pour les patients atteints d'un cancer ORL ● Développer et favoriser l'hospitalisation à domicile ● Développer la réadaptation précoce MGEN Praz Coutant Sancellemoz ● Former le personnel à la prise en charge des pathologies carcinomateuses des VAEDS ● Gestion de la trachéotomie</p>
<b>CHIRURGIE NASALE ET SINUSIENNE</b>	<p><b>Activité actuelle :</b> Septoplasties, Turbinoplasties, Drainages sinusiers, Méatotomies, Ethmoïdectomies endonasales, sphénoïdotomies, chirurgie du canal nasofrontal <b>Projets :</b> Poursuite dans les mêmes prises en charge Investir sur une neuronavigation pour sécuriser les chirurgies complexes</p>
<b>CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIQUE</b>	<p><b>Activité actuelle :</b> Traumatologie d'urgence de tout le massif facial, kystes maxillaire et apico-dentaire, Caldwell-Luc, extractions dentaires multiples, extractions dents de sagesse, chirurgie préimplantatoire, mise en état de la cavité buccale avant radiothérapie <b>Projets :</b> Chirurgie implantatoire, chirurgie orthognathique, nécessitent le recrutement d'un chirurgien maxillo-facial sur le GHT pour répondre au besoin de la population qui n'a pas d'autre choix que la clinique HPPS La réalisation de soins dentaires sous hypnose Kalinox ou sous AG pour les enfants et IMC représente une énorme demande non satisfaite. Le recrutement d'un dentiste sur le GHT s'imposera à terme.</p>
<b>CHIRURGIE CERVICALE, THYROÏDIENNE ET PARATHYROÏDIENNE</b>	<p><b>Activité actuelle :</b> Thyroïdectomies, Parathyroïdectomies, Parotidectomies, Sous-maxillectomies curages cervicaux partiels et complets, kystes et fistules congénitaux (kyste amygdaloïde, kyste du tractus thyroglosse), trachéotomies, diverticule de Zenker, Chémoplasties cervicales, réhabilitation laryngée des paralysies laryngées par voie endoscopique ou cervicale, pose de chambre implantable <b>Projet :</b> Réduction de la durée moyenne de séjour en basculant vers le tout ambulatoire</p>
<b>LES URGENCES ORL et MAXILLO FACIALES</b>	<p><b>Projet :</b> Refonte des protocoles de prises en charge existant pour raccourcir le temps de passage aux urgences Proposer une attitude efficace et sécuritaire pour les patients l'exemple type est la notion de corps étranger des VAEDS de l'enfant</p>
<b>RHONCHOPATHIE</b>	<p><b>Actuellement :</b> Participation au traitement des SAOS par la mise en place d'orthèse de retenue mandibulaire <b>Projet :</b> Création d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge de la pathologie du sommeil en collaboration avec le laboratoire du sommeil avec le Dr Galmace et les pneumologues Mise en place d'exploration spécifique comme la Sleep endoscopy Développer la prise en charge de l'enfant apnéique</p>

# LA FILIÈRE CANCÉROLOGIE



# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT



ACTIVITE EN CANCEROLOGIE

Type de chir	CHAL					HDL					HPMB					HPPS					VSHA				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Sein	60	82	89	102	95	120	120	84	113	102	95	85	87	75	85	0	13	117	72						
Digestif	44	45	50	59	64	55	59	70	57	68	32	37	34	31	26	0	4	52	61						
Urologie	28	32	24	39	41	40	48	44	43	45	56	49	50	52	61	0	9	56	41						
Thorax	17	14	12	14	10	3	3	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	3						
Gynécologie	22	21	30	34	34	30	35	23	21	27	30	17	29	22	23	0	3	21	15						
ORL	3	0	1	6	6	40	53	57	70	78	5	4	9	7	3	0	1	29	37						

	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015						2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Chimiothérapie (total)	269	277	304	394	496	309	326	312	315	332						0	82	241	238		313	289	305	288	
Chimiothérapie (ambu)	260	271	294	386	492	289	291	278	288	296						0	73	211	227		194	184	202	193	

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

### Rendre plus lisible l'organisation de l'offre de soins

- rapprochement des 2 Réseaux Régionaux de Cancérologie actuels
- mieux organiser les 3C (fonctionnement hétérogène, manque de transversalité)

### Evolution du régime des autorisations

- un nouveau référentiel de critères d'agrément doit être proposé en 2018 pour une mise en application en 2019
- enjeux : identifier les pathologies et traitements par niveau de prise en charge

### Chimiothérapie et URCC

- la SFPO en 2012 recommande de mutualiser/sous traiter les unités effectuant moins de 5000 poches par an
- enjeux : > sécurité et qualité des soins  
> financier et organisationnel

### Soins de support

- obligation d'offre de soins de support (SOS) pour les Etablissements autorisés
- « panier minimal » : prise en charge de la douleur, soutien psychologique, accès aux services sociaux et s'il y a lieu la démarche palliative
- possibilité de mutualisation des ressources au sein des GHT

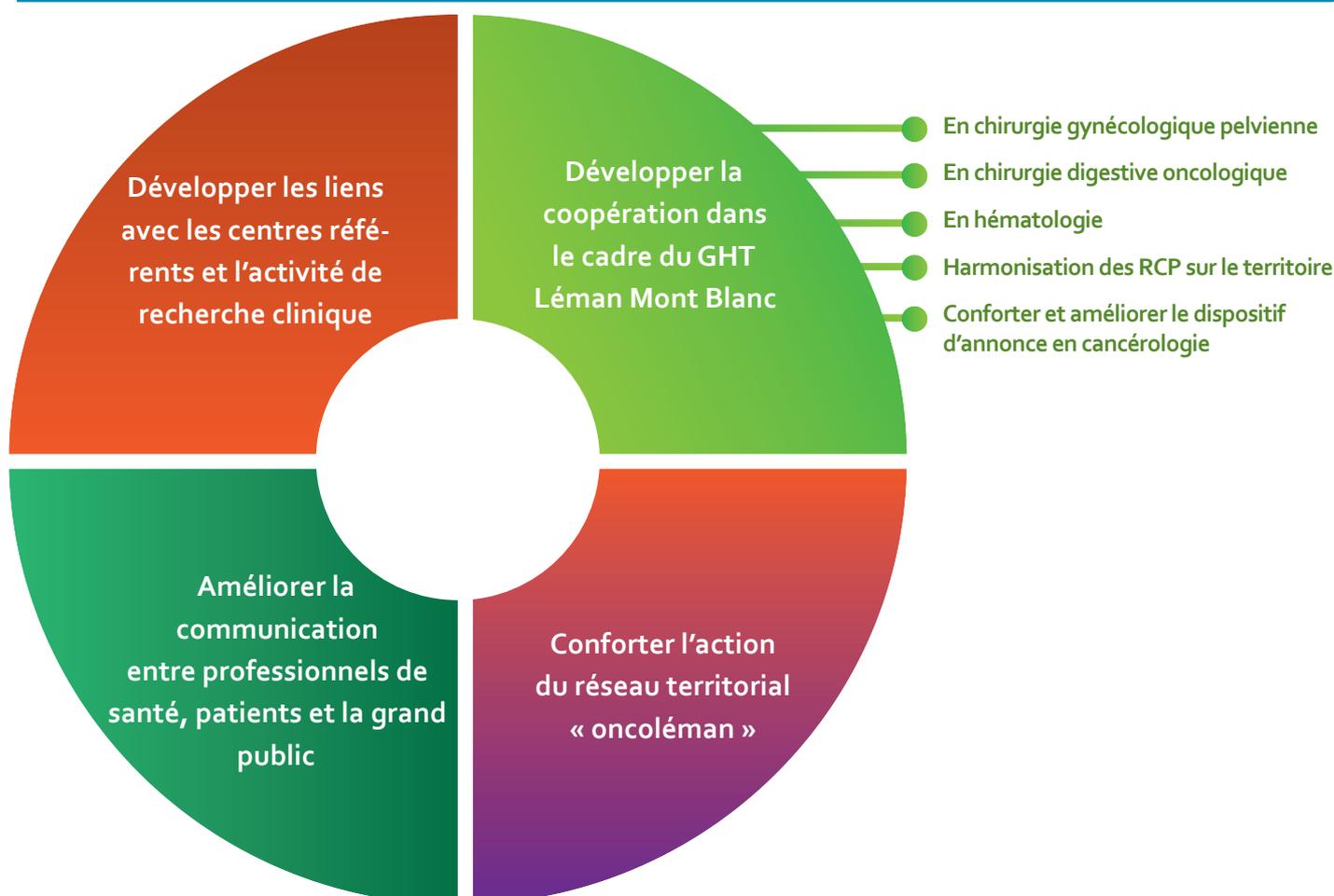
### Coordination Ville-Hôpital

- Virage de l'ambulatoire en Cancérologie ; la part des traitements oraux représentera 50 % des traitements en 2020
- l'ARS reconnaît l'impossibilité de financer individuellement chaque établissement pour la mise en place d'un structuré entre la Ville et l'Hôpital pour favoriser la Chimiothérapie orale

### Intérêt de développer l'HAD

- plus particulièrement pour l'activité de Chimiothérapie et des prises en charge ciblées en Hématologie (Vidaza, Velcade) intérêt du patient, économies de santé
- Développer cette modalité de dispensation des chimiothérapies au sein du service d'HAD rattaché au HDPMB dont sont actuellement privés les patients du haut de la Vallée de l'Arve, en lien avec les centres référents et Praz Coutant.

## III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

<p><b>Développer les coopérations dans le cadre du GHT Léman Mont Blanc</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dans le cadre de la mise en place du GHT Léman Mont Blanc, les établissements hospitaliers ont entrepris une concertation, coopération et mutualisation des compétences dans le but de consolider l'activité cancérologique sur le territoire avec pour accompagner ce changement, le soutien du 3C.</li> <li>● Plusieurs réunions et groupes de travail inter-établissements ont été réalisés (notamment par les spécialités de Gastroentérologie ou Chirurgie) permettant d'organiser au mieux la prise en charge des patients.</li> <li>● Des accords et échanges sont aussi à l'étude avec notamment l'intervention de praticiens du CHAL au sein des HDL comme le Dr Romand (Pneumologue) qui intervient aux HDL pour assurer des chimiothérapies.</li> <li>● <b>Chirurgie gynécologique pelvienne</b> Faire en sorte que les patientes du GHT Léman Mont Blanc soient prises en charge au sein du GHT</li> <li>● <b>Chirurgie digestive oncologie</b> Conserver un maximum d'intervention dans le GHT notamment les DPC, la chirurgie rectale, les métastasesectomies</li> <li>● <b>Hématologie</b> Proposition de la mise en place d'une permanence de jour des avis hématologiques sur le GHT</li> </ul>
<p><b>Harmoniser les RCP sur le territoire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Une harmonisation des RCP a été entreprise fin 2015/début 2016 entre les HDL, le CHAL et les radiothérapeutes du SERA/HPPS qui réalisent la plupart de leur RCP en commun. De plus, trois nouvelles RCP communes entre ces mêmes établissements sont à l'étude pour 2016, une RCP ORL, une RCP Chirurgie Oncologique et une RCP Chirurgie Bariatrique.</li> <li>● Pour les années à venir, l'objectif serait d'unifier un maximum les pratiques sur le territoire en intégrant notamment les HDPMB et le Centre de Praz-Coutant aux RCP déjà existantes dans le but de créer des RCP communes à l'ensemble du territoire.</li> </ul>
<p><b>Conforter et améliorer le dispositif d'annonce en cancérologie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les Plans Cancer préconisent que chaque patient puisse disposer d'un dispositif d'annonce en cancérologie, un dispositif déjà présent au sein des établissements du territoire (consultation d'annonce, RCP, PPS, soins infirmiers, soins de support).</li> <li>● Pour améliorer la qualité de prise en charge des patients, ces dispositifs sont régulièrement analysés par le biais de démarches qualitatives (enquêtes et audits) initiées par le 3C.</li> <li>● Les principales perspectives d'amélioration seraient d'unifier et simplifier les pratiques au sein du territoire en proposant des modèles de fiches RCP et de PPS communs via éventuellement, le DCC (Dossier Communicant en Cancérologie mis à disposition par le Réseau Régional de Cancérologie).</li> <li>● La perspective de créer un PPS « spécial » chirurgie est aussi à l'étude.</li> </ul>
<p><b>Développer les liens avec les Centres de Référence</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les Centres de Référence sont un réel atout dans la prise en charge cancérologique notamment lors des RCP de recours, permettant aux praticiens du GHT de solliciter un avis complémentaire pour un diagnostic ou de renvoyer certains patients avec une pathologie plus complexe ou rare vers un centre adapté. Maintenir un lien avec les établissements de recours offre aux patients une décision de traitement la plus adéquate possible.</li> </ul>
<p><b>Développer l'activité de recherche clinique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Il est demandé à chaque praticien du territoire ayant une activité en cancérologie de se tenir informé des nouveaux protocoles édités par les sociétés savantes de chaque spécialité et de proposer l'inclusion dans un protocole de recherche académique. Cette activité est favorisée par le dynamisme de l'Equipe Mobile de Recherche Clinique (EMRC) de Haute-Savoie Nord composée d'une Attachée et d'une Technicienne. L'objectif à long terme, est d'augmenter le nombre d'essais cliniques sur le territoire.</li> </ul>
<p><b>Conforter l'action du réseau territorial « Oncoléman »</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Oncoléman est un réseau d'aide de proximité destiné aux patients atteints de pathologies cancéreuses, à leur entourage et aux professionnels de santé. Ce réseau s'adresse à toutes les personnes résidant en Haute-Savoie, dans le secteur du pays de Gex, Bellegarde et sur 5 communes de Savoie.</li> <li>● La mission de ce réseau est notamment de faciliter par ses actions de coordination, la prise en charge des patients, la diffusion d'informations tant auprès des patients que des professionnels de santé.</li> <li>● Le réseau met à disposition des patients des professionnels formés en cancérologie : une infirmière référente de proximité, une diététicienne, une psychologue, une assistante sociale, ainsi que divers services comme l'Activité Physique Adaptée (APA).</li> <li>● Le Réseau Oncoléman est un réel avantage dans la prise en charge des patients (soutien, aide, conseil, recommandations,..) son objectif est l'amélioration de la qualité de vie des patients.</li> </ul>
<p><b>Améliorer la communication entre professionnels de santé, patients et le grand public</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A l'heure actuelle, le 3C communique par le biais de son Site Internet, des veilles documentaires et par un système de mailing. Le 3C communique sur l'ensemble des actualités et événements en cancérologie (formations, référentiels, colloques, recherche,...) et auprès des professionnels concernés (médecins, cadres, pharmaciens, soins de support,...).</li> <li>● Cette communication pourrait s'étendre auprès des professionnels de ville en réalisant une veille documentaire dédiée ainsi qu'une diffusion adaptée au grand public.</li> <li>● Le projet d'ERI « Espace Rencontre Informations » sur la thématique du cancer peut être adapté et ajusté sur le territoire de la Haute-Savoie Nord.</li> </ul>

# LA FILIÈRE SOINS PALLIATIFS



## I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

	LISP	USP	EMSP
Hôpitaux du Léman	6		1
MGEN	6		
Hôpital Privé Pays de Savoie	4		
CH Alpes-Léman	6		1
Hôpitaux du Pays du Mont Blanc			1 équipe partagée
VSHA	30		
HL Reignier			
HL La Tour			
HL Andrevetan			

### Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

#### EMSP du CHAL :

Équipe constituée d'1/2 ETP de médecin, de 0,8 ETP d'IDE, d'1 ETP d'aide-soignante. L'EMSP intervient au CHAL et dans les 3 EHPAD du CHAL. Les interventions dans les autres EHPAD du territoire Alpes-Léman sont assurées par l'HAD ou l'EMG extra-hospitalière du CHAL et les visites à domicile par l'HAD du CHAL.

#### EMSP des Hôpitaux du Léman :

équipe constituée d'1 ETP de médecin, d'1 ETP d'IDE, d' 1/2 ETP de psychologue, d'assistante sociale et de secrétaire. L'EMSP intervient aux HDL, et dans les établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS, FAM, etc.) du territoire du Chablais. Intervention en collaboration avec l'HAD ( dont le nombre de prise en charge des soins palliatifs augmente ) au domicile des patients .

#### Une seule EMSP partagée entre les HPMB et les VSHA :

Équipe constituée d'1 ETP de médecin, d'1,5 ETP d'IDE, d' 1/2 ETP de Cadre de Santé, de psychologue et de secrétaire, dont l'activité est centrée sur les établissements appartenant à ces 2 entités (HPMB, Praz Coutant, Martel de Janville et Val d'Arve). L'activité extra hospitalière est embryonnaire et dans l'attente de moyens supplémentaires.

*On constate donc un besoin de couverture des EHPAD du territoire qui est aujourd'hui impossible compte tenu des effectifs des EMSP*

### Quelques ratios d'activité (extraction à partir des bases PMSI 2015)

Patients ayant un diagnostic codé de Soins Palliatifs, c'est-à-dire pour les patients étant considérés en soins palliatifs même s'ils peuvent être en phase de traitement ou venus pour autre chose (traitement ou complication liée au cancer...)

	CHAL	HPPS	HDL	LA TOUR	PRAZ COUTANT	HPDMB	ANDREVETAN
Séjours	261	130	149	215	152	114	22
Journées	4386	2803	3102	2983	6393	2641	750
Lits	12	7,7	8,5	8,2	17,5	7,2	2,1

Une autre approche issue des statistiques réalisées par les Equipes de Soins Palliatifs montre que la file active des quatre principaux établissements (CHAL, HDL, VSHA, HDPMB) s'établit entre 225 et 250 patients.

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

- **Axe I299** : Renforcer les structures en place
- **Axe I300** - Organiser l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) en EHPAD
- **Axe I302** - Favoriser le retour et/ou le maintien à domicile en développant des interfaces et des modes de coopération entre EMSP et l'HAD et éviter les réhospitalisations de fin de vie en bénéficiant d'une prise en charge coordonnée

### LES VALEURS DE REFERENCE (2012)

#### Unités de Soins Palliatifs (USP)

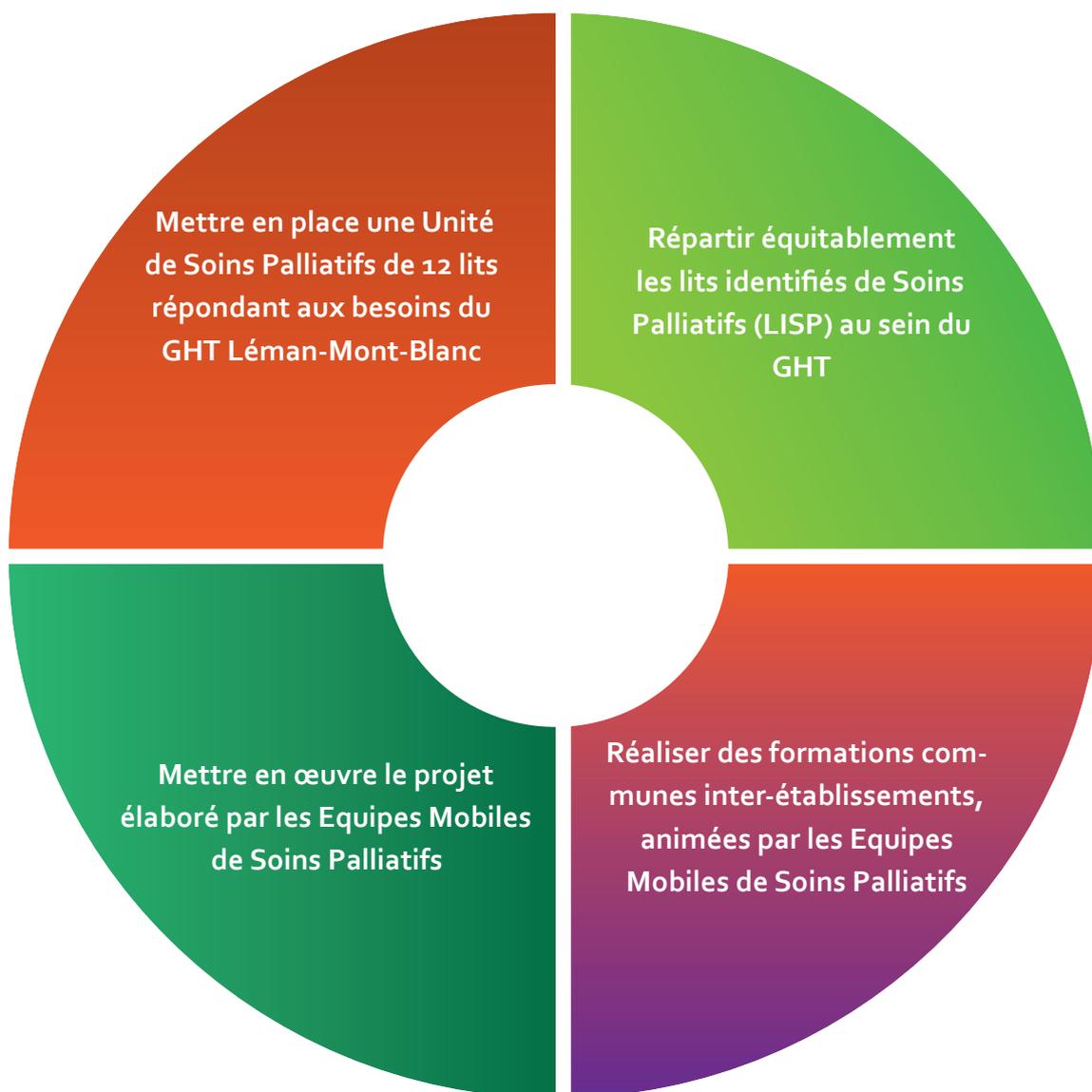
Le taux moyen national de lits d'USP pour 100 000 habitants se situe à 2,09 (extrêmes de 0 à 5,45) contre un taux moyen régional (Rhône-Alpes) de 1,72.

De même le nombre de lits moyen par USP s'établit à 11,5 au niveau national contre 9,2 en Rhône-Alpes.

#### Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP)

	Moyenne nationale	Moyenne régionale
Indice des besoins pour 100 000 habitants	5 lits	6,4 lits
Nombre de lits pour 100 décès	9,8 lits	8,55 lits

## III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

### Mettre en place une Unité de Soins Palliatifs de 12 lits répondant aux besoins du GHT Léman-Mont-Blanc

- Cette autorisation initialement détenue par les Hôpitaux du Léman est en cours de transfert à l'Etablissement Praz-Coutant VSHA.
- Cette unité serait installée dans un premier temps dans les locaux actuels de Praz-Coutant puis relocalisée au sein des lits de court séjour « cancérologie » transférés sur le site de l'Hôpital de Sallanches.
- Cette autorisation permettrait, de fait, de redéployer 18 LISP sur d'autres sites

### Répartir équitablement les lits identifiés de Soins Palliatifs (LISP) au sein du GHT

#### Cette répartition devra tenir compte des points suivants :

- Une couverture géographique pertinente
- Une réponse aux besoins réels des patients (extractions PMSI)
- Une répartition qui tient compte du parcours de soins des patients (courts séjours, SSR, USLD)

Hôpital local de Reignier	projet de faire reconnaître 5 LISP en USLD, pour accompagner les prises en charge palliatives au long cours et compléter l'offre de soins palliatifs des établissements sanitaires.
Hôpital local d'Andrevetan	projet de faire reconnaître 2 LISP en SSR, afin de mieux répondre à la demande des établissements de MCO. Dans le cadre du déménagement, possibilité d'accueillir également des patients en soins palliatifs directement depuis le domicile, d'autant que l'établissement dispose d'un SSIAD de 35 «personnes âgées» et 2 «personnes handicapées».
Hôpital de proximité de La Tour	projet de faire reconnaître 6 LISP dans le service de Médecine, et 5 LISP en SSR, afin de répondre aux besoins de prise en charge du CHAL et aux besoins des patients jeunes.
Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc	projet de faire reconnaître 6 LISP en court séjour gériatrique, afin de mieux prendre en charge les patients âgés de 75 ans et plus souffrant de pathologies chroniques évolutives
CHAL	augmenter de 3 lits le nombre de LISP compte tenu des besoins identifiés
HDL	souhait de disposer d'un plus grand nombre de LISP
VSHA	projet de redéployer 18 LISP sur les établissements du territoire

### Mettre en œuvre le projet élaboré par les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

#### Il convient de tirer parti du dynamisme de ces équipes et faciliter la mise en œuvre de leur projet, construit autour axes suivants :

- Ces équipes estiment que leur mission clinique doit rester centrée sur chacun de leur bassin. En revanche elles estiment nécessaire de mutualiser les formations à l'échelle du territoire afin de tendre vers une harmonisation des pratiques tant pour les Etablissements publics, privés que pour les professionnels libéraux. Il conviendra également de veiller à ce que ces formations, réfléchies au sein du territoire, soient inscrites dans les différents Plans de Formation et rentrent dans le cadre du DPC.
- Ces équipes mettent l'accent sur la prise en charge en soins palliatifs à domicile, et dans les Etablissements sociaux et médico-sociaux extérieurs aux principales structures. Pour favoriser ces déplacements et éviter autant que possible les ré-hospitalisations, les effectifs et les moyens mis à disposition des équipes mobiles nécessitent d'être renforcés.
- Ces équipes développent et participent à des projets de recherche.

### Réaliser des formations communes inter-établissements, animées par les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

# LA FILIÈRE CARDIOLOGIE



# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT



## CHAL

USIC de 8 lits qui peut augmenter selon les besoins à 12 voire 13 lits  
Unité de cardiologie de 14 lits avec un taux d'occupation élevé sur le CHAL de 110% pour tout l'établissement, beaucoup de patients dorment sur des lits couchettes de surbooking.  
L'effectif des cardiologues est de 3 temps plein et 3 PH mi temps dont un reconnu comme travailleur handicapé suite à un accident grave. Un 4e PH temps partiel débutera ses fonctions le 1er juin 2017.  
Astreinte de cardiologie opérationnelle 24h/24



## HDL

service de cardiologie de 25 lits dont 4 lits de soins continus, possibilité d'augmenter à 27 augmentation de l'activité de 25% en 2016 avec 1704 séjours. 6 lits de télémétrie.  
Effectif de 4 PH temps plein et un praticien attaché contractuel à 80%, Une demi journée par semaine est assurée à la MGEN d'Evian par un des cardiologues pour s'occuper de la rééducation cardiaque en hôpital de jour à la MGEN. Il existe une convention entre la MGEN et les HDL. L'ARS a fortement insisté pour la création d'un hôpital de jour de rééducation cardiaque à la MGEN. Il manque actuellement des places pour pouvoir accueillir tous nos patients : limité à 10 places. L'activité ambulatoire des HDL s'est donc arrêtée, elle accueillait environ 15 à 20 patients par mois.  
Astreinte de cardiologie de sécurité 24h/24 avec participation de 3 cardiologues libéraux dont un formé à la coronarographie



HOPITAUX  
DU PAYS DU  
MONT BLANC

## HDPMB

service de cardiologie de 30 lits 2 cardiologues temps plein et 2 temps partiels Il manque un poste temps plein. Le service de cardiologie prend en charge les AIT et AVC du fait de l'absence de neurologue.  
Permanence et continuité des soins :  
Astreinte de cardiologie de sécurité 24h/24  
5 lits monitorés dans le service mais pas d'USIC

## Activité

### Séjours

ATIH-GA-v2	Libellé	CHAL	HDL	HPMB	Privé Nord	TOTAL Nord	CHANGE	Privé Sud	TOTAL Sud	Autres	TOTAL Général
G065	Cardiopathies, valvulopathies	420	281	237	9	947	34	2	36	51	1 034
G066	Coronaropathies	172	106	88	32	398	54	30	84	25	507
G067	Endocardites	12	5	14	-	31	9	-	9	4	44
G068	Hypertension artérielle	41	37	29	3	110	2	-	2	7	119
G069	Troubles du rythme/conduction	135	181	178	5	499	12	1	13	29	541
G070	Cardiologie autres	409	377	269	29	1 084	54	3	57	133	1 274
G071	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	3	1	7	-	11	15	-	15	33	59
G075	Phlébites, varices et autres troubles vasculaires d'origine veineuse	126	68	73	22	289	23	6	29	33	351
G198	Affections cardiovasculaires sans acte opératoire de la CMD 05, avec anesthésie, en ambulatoire	50	33	4	3	90	6	2	8	17	115
<b>TOTAL</b>		<b>1 368</b>	<b>1 089</b>	<b>899</b>	<b>103</b>	<b>3 459</b>	<b>209</b>	<b>44</b>	<b>253</b>	<b>332</b>	<b>4 044</b>

### Parts de marché

ATIH-GA-v2	Libellé	CHAL	HDL	HPMB	Privé Nord	TOTAL Nord	CHANGE	Privé Sud	TOTAL Sud	Autres	TOTAL Général
G065	Cardiopathies, valvulopathies	41%	27%	23%	1%	92%	3%	0%	3%	5%	100%
G066	Coronaropathies	34%	21%	17%	6%	79%	11%	6%	17%	5%	100%
G067	Endocardites	27%	11%	32%	0%	70%	20%	0%	20%	9%	100%
G068	Hypertension artérielle	34%	31%	24%	3%	92%	2%	0%	2%	6%	100%
G069	Troubles du rythme/conduction	25%	33%	33%	1%	92%	2%	0%	2%	5%	100%
G070	Cardiologie autres	32%	30%	21%	2%	85%	4%	0%	4%	10%	100%
G071	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	5%	2%	12%	0%	19%	25%	0%	25%	56%	100%
G075	Phlébites, varices et autres troubles vasculaires d'origine veineuse	36%	19%	21%	6%	82%	7%	2%	8%	9%	100%
G198	Affections cardiovasculaires sans acte opératoire de la CMD 05, avec anesthésie, en ambulatoire	43%	29%	3%	3%	78%	5%	2%	7%	15%	100%
<b>TOTAL</b>		<b>34%</b>	<b>27%</b>	<b>22%</b>	<b>3%</b>	<b>86%</b>	<b>5%</b>	<b>1%</b>	<b>6%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>

### Informations complémentaires

Données	CHAL	HDL	HPMB	Privé Nord	TOTAL Nord	CHANGE	Privé Sud	TOTAL Sud	Autres	TOTAL Général
Nombre de journées PMSI	8 834	7 339	5 822	245	22 240	860	119	979	1 076	24 295
Nombre de lits	24,20	20,11	15,95	0,67	60,93	2,36	0,33	2,68	2,95	66,56
DMS brute	6,52	6,82	6,54	2,60	6,51	4,41	3,00	4,16		6,12
IPDMS	1,02	1,09	1,10	0,76	1,06	0,89	0,75	0,87		1,04

### ACTIVITÉS AU CHAL

- 14 lits de médecine, parfois 15, 8 télémétries,
- 1494 RUM en 2015, sur 28 lits, DMS : 6,80 jours
- consultations externes
- épreuves d'effort
- épreuves d'effort avec VO2
- échographies cardiaques : transthoraciques / transoesophagienne / de stress / de contraste
- échographies Doppler vasculaires
- enregistrements ambulatoires de pression artérielle sur 24 h / enregistrements de l'ECG sur 24 à 72 / enregistrements de l'ECG de plus longue durée

#### Plateau technique :

- 3 échographes : 2 échographes VIVID E9, 1 échographe VIVID S 6, 1 sonde 3D transthoracique
- 1 sonde ETO 2D
- Un échographe GE VIVID S6 partagé entre soins intensifs et réanimation
- 1 appareil de mesure de la pression transcutanée en oxygène
- 1 appareil de prise de pression systolique aux orteils
- 3 enregistreurs de l'ECG sur 24 à 72 h,
- 1 enregistreur de l'ECG de plus longue durée
- 2 appareils de mesure ambulatoire de pression artérielle sur 24 h
- 1 table pour test d'inclinaison
- 1 table pour échocardiographie d'effort
- 2 équipements pour test d'effort sur cycloergomètre, l'un muni de l'analyse des échanges gazeux (mesure de la VO2)

### ACTIVITÉS AU HDL

#### 27 lits au total :

- 21 lits avec possibilité d'augmenter à 23 lits avec 6 télémétries 1295 séjours en 2016 contre 1030 les 2 années précédentes. Soit +25% d'augmentation
  - 4 lits de soins continus : 409 contre 330 à 350 séjours les 2 années précédentes par an mais à noter une fermeture du service pendant un mois en août 2015 du fait de la prise en charge d'une patiente porteuse d'une entérobactérie résistante.
  - Taux d'entrée par les urgences 85%
  - Taux d'occupation 100%
  - 6590 consultations externes en 2015, 6463 en 2016
  - 800 épreuves d'effort par an en 2015, 626 en 2016 sans compter celles des cardiologues libéraux (7 cardiologues libéraux)
  - 75 Epreuves d'effort avec VO2
  - 200 MAPA
  - 144 échographies cardiaques avec perfusion de dobutamine
  - Forte activité d'échographie cardiaque d'effort en forte augmentation: 600 par an .
  - 115 ETO
  - 3620 Echographies cardiaques transthoraciques en externe
  - 280 Echodopplers des TSA
  - 600 Holvers en 2015, en augmentation en 2016 avec le rachat de boîtiers.
  - Site pilote pour la France pour le développement du système Viewpoint: système informatique pour la gestion des échographies cardiaques (stockage, posttraitement, et compte rendus)
- Participation quotidienne de 6 cardiologues libéraux à la pratique de consultations et échographies cardiaques pour les différents services de l'hôpital.

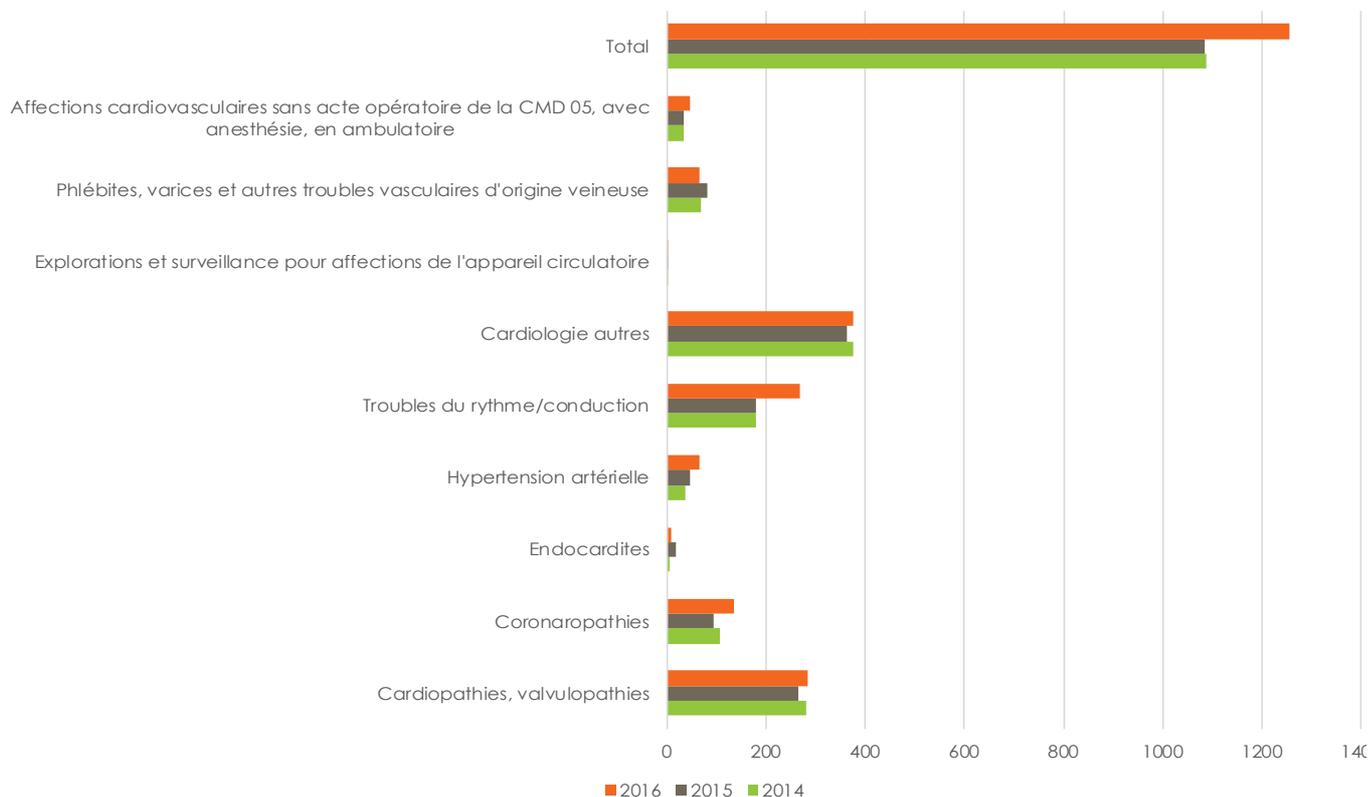
#### Plateau technique :

- 4 échographes : 1 PHILIPS Epic, 1 échographe VIVID E9, 1 Echographe E95, 1 échographe VIVID 6, 3 sondes 3D transthoraciques avec équipement d'une sonde vasculaire pour chaque échographe
- 1 sonde ETO 3D, 1 sonde ETO 2 D
- 8 holvers rythmiques et 3 holvers tensionnels
- 2 appareils pour épreuve d'effort (vélo) dont un avec mesure de la VO2
- Une table d'échographie d'effort
- IRM cardiaque sur site : plus de 150 par an, en binôme avec les radiologues.

#### Structures d'aval

- SSR MGEN Evian mais manque régulièrement de places et délais d'attente longs augmentant la DMS de nos séjours.
- Réadaptation cardiaque en HDJ à la MGEN d'Evian, mais délais longs du fait d'un manque de personnel kinésithérapeute et cardiologue.
- Réadaptation cardiaque à St Julien en Genevois et plus rarement à Rumilly

## Evolution activité en année cardiologie aux HDL



	2015	2016
Nb de journées PMSI	7194	7303
Nb de lits	21	21
DMS Brute	6,98	5,64
IPDMS	1,25	1,1
Nb de consultations externes	6590	6463

### ACTIVITÉ AU HDPMB

- 30 lits
- Pathologies : cardiologie et affection vasculaires y compris les AVC
- Entrées : entre 1300 et 1400 par an avec DMS entre 6.6 et 6.8 jours
- Taux d'entrées par les urgences 85%
- Taux d'occupation 85%
- Parts de marché 50% sur la zone Mont Blanc

#### Plateau technique :

- 2 échographes Philips IE33 dont 1 dévolu aux consultations externes
- 1 sonde ETO multiplans 3D
- 3 holters rythmiques et 1 tensionnel
- 1 appareil d'épreuve d'effort ( vélo ) et 1 table pour échographies d'effort
- 1 table pour tilt test
- Possibilité coro scanner sur site (projet IRM cardiaque lors du remplacement du matériel )

#### Consultations Externes ( pour 2 praticiens )

- 1000 consultations par an
- 1200 échographies (versus 2800 en intra hospitalier )
- 1100 épreuves d'effort ( y compris actes libéraux des 2 temps partiels )
- 250 holters

#### Structures d'aval

- SSR Chamonix pour les patients insuffisants cardiaques
- Réadaptation cardiaque à St Julien en Genevois et au CHAL

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

- **Axe I232** : Renforcer l'efficacité des centres autorisés (permanence médicale et respect des seuils)
- **Axe I233** : Conforter la prise en charge rapide des syndromes coronariens aigus avec accès direct en salle de coronaro-angioplastie (réseaux urgences) notamment en harmonisant le dossier médical entre les 3 réseaux.
- **Axe I234** : Structurer l'offre par une gradation des soins hospitaliers définissant un niveau de recours régional pour la rythmologie interventionnelle et garantissant ainsi le respect du seuil réglementaire annuel des 50 ablations par radiofréquence.

## III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

### ● ACTIVITÉ DE RYTHMOLOGIE

**Stimulation cardiaque :** Les 2 services de cardiologie du CHAL et des HDL assurent la pose de pacemakers : 120 par an pour le CHAL et 70 pour les HDL en 2015 avec augmentation à 104 aux HDL en 2016.

Pas de pose de stimulateurs cardiaques aux HDPMB. En cas d'absence d'un des praticiens cardiologues rythmologues sur un site, les patients sont adressés dans l'autre site.

**Développement de l'activité d'exploration électrophysiologique :** exploration électrophysiologique endocavitaire et stimulation ventriculaire programmée aux HDL pour explorer une syncope grâce au recrutement du Dr TZVETKOV avec le partenariat du Dr PANH rythmologue au CHAL.

Les patients du futur GHT nécessitant des gestes de rythmologies niveau I, niveau II, sont actuellement adressés à Annecy ou au CHU de Grenoble ou au CHU de LYON ou dans les cliniques du Tonkin, Sauvegarde et infirmerie Protestante à Lyon.

Le bassin de population du futur GHT (440 000 patients) et le recrutement de praticiens rythmologues la formation en cours des IDE dédiées pour la stimulation (actuellement) aux HDL sont des facteurs prédisposant vers une évolution vers la rythmologie de niveau I avec explorations électrophysiologiques et ablation de certaines tachycardies. Ceci est bien réalisable sur le site de Thonon Les Bains.

Demande dans le cadre de la GHT d'une dérogation pour poser les stimulateurs multisites et défibrillateurs sur le site de Thonon. Possibilité pour le Dr PANH de venir opérer ses patients sur Thonon.

### ● ACTIVITÉ D'URGENCE CORONAIRE

**Conventions :** Avec le CHRA pour la prise en charge des urgences coronaires ( coronarographies le plus souvent faites en ambulatoire avec retour le jour même aux HDPMB, au CHAL, aux HDL), coût de transport non négligeable

Les patients cardiaques instables aux HDL sont hospitalisés en réanimation, les patients sont alors pris en charge par le cardiologue gérant les urgences et le réanimateur ou faute de place, adressés à l'USIC du CHAL.

Actuellement les syndromes coronariens aigus sont adressés au CHANGE à Annecy en cas de nécessité de coronarographie en urgence,

**Inconvénients pour le site de Thonon :** délais de prise en charge longs: le plus souvent 1h30 pour le transport à partir des urgences. L'hélicoptère n'est pas toujours disponible et ne peut voler 2 mois par an du fait du brouillard et les routes sur les sites montagnards sont difficilement praticables en hiver alors que la population est multipliée par 2 pendant la saison d'hiver du fait de l'afflux de touristes. La qualité de prise en charge de ces patients doit être améliorée.

les patients du secteur de Thonon ont souvent des séquelles avec insuffisance cardiaques, thrombus intracavitaires au sein d'une ectasie séquellaire. Le transport est coûteux.

Projet: ouvrir une salle interventionnelle de coronarographie angioplastie qui permettra une prise en charge plus rapide des syndromes coronaires aigus.

Demande d'une USIC de 6 lits sur les HDL avec garde de cardiologue sur place

### ● ACTIVITÉ D'ANGIOLOGIE

L'activité d'échographie Doppler vasculaire augmente et le recrutement d'un PH angiologue sur les 2 sites du CHAL et des HDL est souhaitable.

Ce sont les cardiologues du CHAL qui assurent les échodoppler veineux et les radiologues aux HDL.

Le Dr ELKENTAOUI cardiologue aux HDL a obtenu le DU vasculaire

Début des consultations de chirurgie vasculaire par les chirurgiens du CHAL sur le site des HDL en 2015  
Chirurgie vasculaire sur le CHAL et les HDPMB

### ● IRM CARDIAQUE

Les 2 hôpitaux du CHAL et HDPMB disposent de l'IRM cardiaque, activité très utile pour nos patients. Jusqu'à 6 IRM cardiaques par semaine sont réalisées régulièrement. Cette activité est moindre au CHAL pour un problème d'organisation avec les radiologues.

Un projet d'IRM cardiaque sur les HDPMB est en cours. Compte tenu de l'importance de cet examen en cardiologie, il faut développer un partenariat avec les radiologues formés à cette technique afin d'assurer son développement. On peut prévoir, à terme une dizaine à une quinzaine d'exams par centre hospitalier et par semaine.

### ● COROSCANNER

Seul le CHAL et les Hôpitaux du Mont Blanc sont équipés de coroscanners. Les Dr NEYKOVA SIERRA et ELKENTAOUI qui exercent aux HDL sont formées au coroscanner mais ne disposent pas de coroscanner sur leur site.

Proposition d'organiser la possibilité d'une vacation toutes les 2 semaines à 3 semaines au CHAL et éventuellement aux HDPMB pour réaliser des coroscanners en collaboration avec les radiologues du CHAL et des HDPMB bien sûr.

### ● MUTUALISATION DES MOYENS

Développement de la rythmologie interventionnelle sur un seul site.

Développement d'une salle de coronarographie sur la GHT.

### ● PROJETS EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Au CHAL activité d'éducation thérapeutique pour les patients victimes de syndromes coronariens aigus et les patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Aux HDL : activité d'éducation thérapeutique pour les patients victimes de syndromes coronariens aigus

Projet d'éducation thérapeutique pour l'HTA, la prise des anticoagulants type AVK et anticoagulants directs et l'insuffisance cardiaque. Formation d'une IDE supplémentaire et d'une cardiologue à l'éducation thérapeutique grâce notamment à l'UTÉP des HDL. en 2015.

Aux HDPMB Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique pour l'insuffisance cardiaque ( dossier à l'ARS )

# LA FILIÈRE SSR



# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

type de prise en charge	CHAL	HDPMB	HDL	HL Reignier	HL la Tour	HL Andrevetan	EPSM	total
SSR gériatriques	0	25	0	0	20	0	0	45
SSR polyvalents	0	25	0	0	10	25	0	60
Unité cognitivo-comportementale	0	non	0	0	0	0	0	0

Etablissement	Lits de SSR
MGEN	<p><b>200 lits et places, en hospitalisation complète ou de jour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 51 lits en HC de SSR polyvalent, (dont 6 lits dédiés aux soins palliatifs),</li> <li>• 10 lits en HC pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : rééducation nutritionnelle,</li> <li>• 30 lits en HC pour les affections de l'appareil locomoteur chez l'adulte et l'adolescent,</li> <li>• 29 lits en HC pour les affections du système nerveux,</li> <li>• 30 lits en HC pour les affections de la PAP dépendante ou à risque de dépendance,</li> <li>• 15 lits en HTP (5 pour l'appareil locomoteur, 5 pour le système nerveux, et 5 pour les affections cardiaques).</li> </ul>
Clinique Pierre de Soleil	<p><b>100 lits d'hospitalisation complète :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 lits dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur,</li> <li>• 30 lits dans la prise en charge des affections du système nerveux,</li> <li>• 30 lits dans la prise en charge des affections de l'appareil respiratoire.</li> </ul> <p><b>40 places d'Hôpital de Jour</b> (10 pour l'appareil locomoteur, 10 pour le système nerveux, 10 pour l'appareil respiratoire et 10 pour le polyvalent).</p>
VSHA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Praz-Coutant : unité de 20 lits en HC</b> à orientation hémato-cancérologique.</li> <li>• <b>Martel de Janville : 60 lits en HC</b> pour affections de l'appareil locomoteur, 10 lits en HC pour affections du système nerveux, 25 lits en HC pour le polyvalent, et 4 places en hospitalisation à temps partiel (2 pour l'appareil locomoteur et 2 pour le système nerveux).</li> <li>• <b>CHAL : 28 lits en HC</b> pour le polyvalent, à orientation PAP.</li> </ul>
Korian les deux lys	<p><b>123 lits et 10 places, en hospitalisation complète ou de jour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 51 lits en HC pour le SSR polyvalent, à orientation PAP,</li> <li>• 36 lits en HC pour le SSR polyvalent,</li> <li>• 36 lits en HC dans la prise en charge des patients souffrant de troubles addictifs,</li> <li>• 10 lits en HTP pour le SSR polyvalent et les troubles addictifs.</li> </ul>
Clinique Sancellemoz	<p><b>150 lits d'hospitalisation complète :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 lits dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur,</li> <li>• 32 lits dans la prise en charge des affections du système nerveux,</li> <li>• 12 lits dans la prise en charge des affections de l'appareil respiratoire,</li> <li>• 34 lits de SSR polyvalents,</li> <li>• 12 lits dans la prise en charge des EVC-EPR.</li> </ul> <p><b>20 places d'hôpital de jour</b> (5 pour l'appareil locomoteur, 5 pour le système nerveux, 5 pour l'appareil respiratoire, et 5 pour le polyvalent).</p>

## Descriptif Activités SSR HDPMB 2016

### PROJET DE SOINS:

- Évaluation gériatrique médicale : autonomie, cognition, thymie, nutrition, risque de chute, continence, iatrogénie
- Évaluation soignante
  - Autonomie : ADL (IADL et GIR)
  - Nutrition : Mini-MNA, poids, IMC, état bucco dentaire
  - Risque d'escarres : Braden
  - Douleur : EVS Algoplus
- Évaluation en kinésithérapie
- Évaluation psychologique / neuropsychologique
- Évaluation sociale : projet de vie
- Nouvelle organisation médicale sur l'année 2016 (04/2016 et 08/2016).
- Pour l'année 2016, le nombre de journée d'hospitalisation est de 14 777 pour 18300 jours/lits ouverts, le taux d'occupation est de 80,7% et la durée moyenne de séjour de 31.4 jours.
- Progression du taux d'occupation.

Discret allongement des durées moyennes de séjour (recrutement de patients plus « lourds » polypathologiques, troubles neuro cognitifs).

- Les patients proviennent principalement des services de court séjour de médecine (court séjour gériatrique, médecine interne, cardiologie), de chirurgie (orthopédie principalement). Admissions directes du domicile en cours d'augmentation.

## Descriptif Activités SSR HL Andrevetan 2016

- Taux occupation 91%
- DMS 32 jours
- Age moyen 85 ans

Provenances des entrées	Nombre	%
CHAL	196	79%
CHANGE	20	8%
HPMB	11	4%
HPPS	3	1%
Domicile	10	4%
Autres (EHPAD/SSR/EPDM)	9	4%
<b>TOTAL</b>	<b>249 entrées</b>	<b>100%</b>

Modes de sortie	Nombre	%
RAD	123	49%
EHPAD	64	26%
Hospitalisations	36	14%
Décès	16	6%
Autres (SSR/HT)	11	5%
<b>TOTAL</b>	<b>250 sorties</b>	<b>100%</b>

## Descriptif des Activités SSR Hôpital de proximité La Tour 2016

- **SSR 30 lits :**
  - Prise en charge de la personne Agée Polypathologique dépendante ou à risque de dépendance : 20 lits
  - Polyvalents (Etat Végétatif Chronique) : 10 lits

2016	
Journées réalisées	9 383
Taux d'occupation	85,70%

	2016 Année complète
<b>Nombre d'entrée 2016 SSR</b>	234
-SSR gériatriques (20 lits)	228
-EVC polyvalents (10 lits)	6
<b>Durée moyenne de séjour</b>	
-SSR gériatriques (20 lits)	29,36 journées
-EVC polyvalents (10 lits)	448 journées
<b>Age moyen</b>	
-SSR gériatriques (20 lits)	85 ans
-EVC polyvalents (10 lits)	52 ans

MODE D'ENTREE	1er semestre 2016	Année 2015
Transfert depuis une unité de soins de courte durée (CHAL...)	93,66%	92,15%
Mutation depuis une unité de soins de courte durée (Hopital LA TOUR)	4,23%	6,83%
Transfert depuis une unité de SSR	1,41%	0,68%
Domicile	0,70%	0,50%

MODE DE SORTIE	1er semestre 2016	Année 2015
Domicile	62,81	52,24
Vers EHPAD LA TOUR	14,88	11,57
Transfert vers autres Etablissements	15,70	26,87
Mutation vers unité de soins de courte durée (Hopital LA TOUR)	3,31	1,87
Vers un autre SSR	0,83	1,49
Décès	1,65	3,36

Catégories majeures	1er semestre 2016	Année 2015
Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	40,20%	44,20%
Affections du système nerveux	36,70%	31,70%
Affections de l'appareil circulatoire	7,80%	5,40%
Affections de l'appareil respiratoire	3,30%	5,10%
Affections des organes digestifs	3,00%	3,70%

### Les variables de la dépendance

	1er semestre 2016	Année 2015
Niveau 4		
Habillage	76%	63%
Déplacement	76%	63%
Alimentation	33%	29%
Contenance	55%	44%

## Partenariats mis en place au CHAL

- Conventions mis en place avec VSHA, Korian les deux Lys, MGEN, Clinique Pierre de Soleil, Clinique Sancellemoz
- Partenariats privilégiés pour certaines filières:
  - Filière pneumo avec Pierre de soleil
  - Filière neuro avec MGEN et Pierre de Soleil
  - Filière gériatrique :Andrevetan/ la Tour/ Korian les deux lys

## Orientation des patients du CHAL vers les structures de SSR en 2016

Structures SSR ayant pris en charge les patients de la structure prescriptrice	Admissions Effectives en SSR	% / Total Admissions SSR de la Structure Prescriptrice
KORIAN LES DEUX LYS EX KORIAN LE MONT BLANC	275	18,4%
VSHA CH ALPES LÉMAN	214	14,3%
CLINIQUE PIERRE DE SOLEIL	209	14,0%
SOINS DE SUITES ET DE RÉADAPTATION MARTEL DE JANVILLE	200	13,4%
HOPITAL LOCAL ANDREVETAN	177	11,8%
HOPITAL LOCAL DUFRESNE-SOMMEILLER	156	10,4%
CENTRE HOSPITALIER ALPES-LEMAN	78	5,2%
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'ÉVIAN MGEN	53	3,5%
CENTRE MEDICAL SANCELLEMOZ	42	2,8%
CH ANNECY-GEVOIS SITE ST JULIEN EN G	25	1,7%
CENTRE MEDICAL SPECIALISE DE PRAZ COUTANT	20	1,3%
HÔPITAUX DU MONT BLANC SITE SALLANCHES	11	0,7%
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DU LÉMAN	6	0,4%
CRF DU MONT VEYRIER -GROUPE KORIAN	6	0,4%
HOPITAL LOCAL DU PAYS DE GEX	3	0,2%
CRF IRIS MARCY	2	0,1%
MAISON DE CONVALESCENCE BON ATTRAIT	2	0,1%
CAPIO CLINIQUE SAINT VINCENT BESANCON	1	0,1%
CENTRE DE REEDUCATION LES ARBELLES	1	0,1%
CENTRE DE SSR LE BEAUMANOIR	1	0,1%
CENTRE MEDICAL DE CHAVANNE	1	0,1%
CH ANNECY-GEVOIS SITE ANNECY	1	0,1%
CH LA TOUR BLANCHE - ISSOUDUN	1	0,1%
CLINIQUE DU PONT DE SEVRES	1	0,1%
CLINIQUE LA MAJOLANE	1	0,1%
CLINIQUE VALDEGOUR - NIMES	1	0,1%
CTRE MEDICAL ROCHEPLANE	1	0,1%
HOPITAL SEBASTOPOL CHU REIMS	1	0,1%
HÔPITAUX DU MONT BLANC SITE CHAMONIX	1	0,1%
INSTITUT ROBERT MERLE D AUBIGNE	1	0,1%
KORIAN LA BRESSANE	1	0,1%
SAS CAPIO - CENTRE BAYARD	1	0,1%
<b>Somme Totale</b>	<b>1494</b>	<b>100 %</b>

Pour le Chal : il s'agit de l'HAD

Entrées CHAL-Andrevetan:  
196 car certaines entrées se sont faites en dehors de trajectoire

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

- **Axe I287** : Optimiser l'utilisation de l'outil trajectoire
- **Axe I288** : Structurer et optimiser les filières SSR : Révision du SROS
- **Axe I289** : Structurer et optimiser les filières SSR : Structurer la filière des affections du système nerveux
- **Axe I290** : Structurer et optimiser les filières SSR : Structurer la filière « affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance »
- **Axe I291** : Structurer et optimiser les filières SSR : Optimiser le taux de recours à la filière des affections de l'appareil locomoteur
- **Axe I292** : Structurer la filière Obésité
- **Axe I293** : Structurer la filière de PEC des patients dialysés
- **Axe I294** : Structurer la filière de PEC des patients diabétiques
- **Axe I295** : Structurer la filière de PEC des patients atteints de cancer
- **Axe I296** : Faciliter les réadmissions directes en développant la communication auprès des professionnels libéraux
- **Axe I297** : Promouvoir les restructurations des établissements qui n'ont pas une taille suffisante pour leur permettre notamment de faire face à la mise en place prochaine de la T2A-SSR
- **Axe I298** : Réduire les durées moyennes de séjour les plus longues en favorisant le développement des coopérations
- **Axe 2014** : Structurer et optimiser les filières SSR : Structurer les autres filières

## III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

### Hôpital de proximité Dufresne-Sommeiller - La Tour

- Projet d'établissement 2013/2017
- Renforcer l'activité de l'unité SSR gériatriques
  - par la création de 10 lits supplémentaires
  - dont 5 à vocations « SSR Soins palliatifs »

Rappel : existence de 10 lits construits en 2009, en attente d'affectation.

- Projet d'éducation thérapeutique prévention des chutes présenté en automne à l'ARS

### HL Andrevetan

- Reconnaissance SSR à vocation gériatrique
- Inscription du projet médical d'établissement dans le projet médical du GHT
- Reconnaissance de deux lits identifiés soins palliatifs
- Ouverture unité Alzheimer de 24 lits, filière aval SSR/CHAL
- Eviter les hospitalisations avec l'engorgement des urgences par les patients chroniques connus présentant des décompensations récurrentes:
  - Renforcement des liens « médecine de ville/SSR »
  - Renforcement des liens « SSIAD/SSR »
  - Renforcement des liens « HAD/SSR »
- Futur Hôpital (Juin 2017) :avec le voisinage de l'EPSM et l'hébergement au sein de l'Hôpital Andrevetan de l'EMGP, étudier la pertinence de créer une UCC
- Avec l'augmentation de la capacité , créer un ensemble fonctionnel permettant de répondre à chaque situation gériatrique spécifique dès lors que le séjour en SSR n'est plus pertinent:
  - SSIAD d'Andrevetan : 37 lits (dont deux pour handicapés mentaux vieillissants)(couvre le large territoire des deux cantons de La Roche sur Foron et Reignier)
  - Accueil de jour: 6 places
  - Hébergement Temporaire: 2 lits
  - Hébergement Temporaire Alzheimer: 2 lits
  - EHPAD Unité Alzheimer: 22 lits
  - EHPAD : 118 lits

La possibilité de mettre en place des évaluations gériatriques sera étudiée.

**Objectif: éviter les ruptures du parcours de soin de la personne âgée**



LA FILIÈRE PÉDIATRIE  
NEONATOLOGIE ET  
MEDECINE ADOLESCENCE

## I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

La filière de soin pédiatrique hospitalière s'organise autour de 3 SAU comptant 125 passages enfants/jour, 7500 admissions par an (médicales, chirurgicales, psychiatriques pour 68 lits dont 12 d'HDJ), 6 400 naissances, 834 admissions néonatalogie (capacité de 24 lits 2A)

L'offre de soins des établissements est comparable, avec quelques particularités. Comme la plupart des services de pédiatrie, l'activité première répond aux pathologies prioritaires d'urgence, qui entravent parfois l'offre de soins spécialisés programmés.

Cette activité d'urgence connaît des fluctuations saisonnières « épidémiques » (virales) et démographiques (impact du tourisme) avec des variations nettes de la population pédiatrique dans l'année, nécessitant une capacité d'offre de soins extensible et modulable, et une collaboration inter hospitalière (transferts).

### Urgences pédiatriques

La prise en charge en secteurs spécifiques au sein des SAU des trois établissements, est assurée conjointement par les pédiatres (journée) et urgentistes (garde). La difficulté des urgences pédiatriques, comme partout ailleurs, reste celle de l'effectif médical (surtout urgentiste), particulièrement en garde.

### Activité d'hospitalisation

● « programmée » (hospitalisations de jour pour soins spécifiques tels que l'oncologie, investigations neuro-développementales, endocriniennes, gastroentérologiques, allergologiques (réalisation à Thonon de tests de réintroduction alimentaire ou médicamenteuse) et néphrologiques, l'éducation thérapeutique, chirurgie infantile programmée) existe, mais peine à s'organiser et atteindre les objectifs espérés. Cette offre de soins spécialisée de proximité mériterait d'être développée en s'appuyant sur une collaboration entre établissements du GHT, mais aussi des centres universitaires de référence.

● « classique », prises en charge médicales et chirurgicales avec une DMS déjà basse.

### Activité chirurgicale et chirurgie infantile

● Majoritairement « aigue » (traumatologie et digestif), est gérée essentiellement par les équipes chirurgicales adultes (viscéraux, orthopédiques, ORL, etc.).

● Le GHT développe depuis quelques années également une offre de soins chirurgicale spécifique de l'enfant, dans le secteur public en chirurgie viscérale et urologique infantile et ORL aux HDL, et en spécialité (ophtalmologie) au CHAL, mais aussi en privée (HPPS). La chirurgie infantile (pour les moins de 10 kg et moins d'un an) est rarement pratiquée, sauf en urgence, du fait de l'effectif restreint de praticien spécialiste en chirurgie infantile (un seul PH au HDL, avec consultation délocalisée CHAL), comme du manque d'une équipe d'anesthésie dédiée à l'enfant

● L'activité chirurgicale infantile est souvent transférée vers les centres hospitaliers universitaires, ce qui entraîne du fait de l'éloignement une mobilisation de moyens considérables et des délais de prise en charge longs. Mais existe un recours utilisé uniquement ponctuellement et dans l'urgence vitale, autorisant l'accès aux Hôpitaux Universitaire de Genève.

### Soins des spécialités de pédiatrie

L'offre des « sur-spécialités » (telle que la pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie et Endoscopie digestive, néphrologie, oncologie, neurologie, endocrinologie, etc.), loin d'être négligeable dans les services au quotidien, constitue un potentiel sous estimé. Des consultations avancées de spécialités mériteront d'être développées, ainsi que de plateaux techniques adaptés (notamment imagerie de l'enfant, accès à certaines explorations).

## Périnatalogie

Le réseau périnatal des deux Savoie (RP2S) coordonne de façon efficace et rodé les soins des nouveau-nés. Les HDPMB, HDL et CHAL sont de niveau 2A, l'HPPS de niveau I. Le nombre de lits de néonatalogie, mais l'éloignement d'un niveau 3 reste une problématique pour les femme nécessitant une hospitalisation prolongée, comme des nouveau né.

## Pédopsychiatrie

- La prise en charge des enfants et adolescents relevant de soins pédopsychiatriques connaît également une forte demande, notamment en hospitalisation conventionnelle (représente 10 à 15% des admissions des services de pédiatrie). Cette demande est peut être le reflet d'un environnement sous tension (population urbaine, jeune, profil socio-économique complexe).
- Une filière de soins pédopsychiatriques insuffisante
  - Organisation souvent informelle associant pédopsychiatres du secteur publique de santé mentale, et pédiatres des centres hospitaliers.
  - Avec un parcours non satisfaisant :
    - adressage aux urgences sans équipe permettant l'accueil,
    - hospitalisation parfois inadéquate (l'enfant violent en service de pédiatrie constitue un danger) et des relais extra-GHT inexistant.
- L'offre d'hospitalisation en pédopsychiatrie insuffisante : Un seul service (établissement privé, Intermed : 12 lits) pour les adolescents (>12 ans) dans le territoire, constamment saturé : incapacité à remplir sa mission d'accueil en urgence. Le service d'hospitalisation publique du secteur Sud Haute Savoie est maintenant fermé. (seule unité pédopsychiatrique du département à pouvoir accueillir des enfants de moins de 12 ans)
- Des liens médico-sociaux et judiciaires restent à être formalisés.
- Une filière de soins non urgents en pédopsychiatrie (troubles spécifiques du spectre autistique, des psychoses, etc.) est mal déployée, et non visible.

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

**Objectifs du SROSS 2017 concernant la pédiatrie sont :**

### **Urgences :**

Améliorer l'accès aux urgences pour la pédiatrie, avec une organisation territoriale  
Création de filières identifiées et formalisées intégrées dans les projets GHT.

### **Hospitalisations :**

Renforcer une organisation saisonnière.  
Adapter l'offre de soins hospitalière en pédiatrie.

### **Développer les consultations de sur-spécialités et les programmes d'éducation thérapeutique ambulatoires :**

Améliorer la prise en charge des troubles de l'apprentissage, comme du langage oral ou écrit.  
Améliorer la prise en charge de l'obésité infantile.  
Renforcer l'accès au soin (filières ) pédopsychiatriques

### **Qualité de formation**

Promotion des bonnes pratiques en matière d'examens en pédiatrie.

### III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

### Urgences pédiatriques

- Création d'une filière d'urgences pédiatriques, harmonisant les prises en charge dans les unités d'urgence, informatisation inter service établissant un « réseau » entre SAU du GHT, autorisant une meilleure fluidité des patients, dossiers et prescription entre établissement
- Constitution d'équipes soignantes, médicales, dédiées et spécialisées à l'accueil médical, chirurgical, et pédopsychiatrique.

### Hospitalisation

- Permettre la gestion des variations d'activité saisonnières: optimiser la fluidité entre services, notamment en termes de places disponibles
- Développer les activités « programmées » stables (individualisation de secteurs d'hospitalisations, et d'équipes dédiées).
  - Prise en charge de certains soins en proximité en oncologie pédiatrique en lien avec les services de spécialité (Lyon, Grenoble). Créer et former une équipe de spécialité (médicale, soignante) permettant d'assurer dans les trois établissements la réalisation de ces soins dans le respect des bonnes pratiques (mutualisation entre établissement d'infirmière(s) référente (s) et médecins coordinateur).
  - Développer un réseau de chirurgie infantile de proximité (limiter les déplacements lointains, désengorger les CHU).
    - >> Poursuivre la collaboration avec les équipes adultes (orthopédie, viscéral, spécialités) mais renforcer l'équipe de chirurgie infantile interinstitutionnelle et en lien avec des centres de référence.
    - >> Encourager une dynamique au sein des équipes d'anesthésie entre les établissements pour constituer un pôle référent permettant la prise en charge d'enfants plus jeunes
    - >> Développer la possibilité de soins spécifiques (abords vasculaires chirurgicaux).
- Développer une alternative à l'hospitalisation classique telle que de l'hospitalisation à domicile pédiatrique en lien avec les équipes adultes (limiter les DMS, encourager le retour précoce au domicile pour l'antibiothérapie, ou pour des soins spécifiques tels que les fins de vie). Ce type d'alternative nécessiterait de constituer un réseau avec les partenaires médico-sociaux et de soins ambulatoires, permettant une alternative de proximité pour des soins parfois complexes (handicap, oncologie, fin de vie, etc.).

### Périnatalité

- Renforcer au travers du RP2S la collaboration plus continue entre les équipes obstétricales des 4 maternités et des pédiatres néonatalogues des 3 unités de néonatalogie du territoire.

## Pédopsychiatrie

- Formaliser une filière de soins pédopsychiatriques au sein des établissements du GHT :
  - Mise en place d'équipes de liaison dans chaque structure, disponibles lors d'admissions, et dans le suivi.
  - Permettre des hospitalisations adaptées dans chaque structure et un suivi pédopsychiatrique quotidien.
  - Créer une structure de recours adaptée aux patients complexes, afin de prendre en charge, y compris dans l'urgence, les soins spécifiques de ces enfants (une unité dédiée dans un des trois établissements publics, une unité de pédopsychiatrie fermée).
- Mettre en place des parcours de soins spécifiques aux troubles pédopsychiatriques de l'enfant (troubles du spectre autistique, troubles du comportement alimentaire, etc.) permettant alors une lisibilité entre les différentes structures dépistant et prenant en charge ces enfants (CAMSP, PMI, CH, etc.)
- Création d'un poste d'éducateur spécialisé, partagé pour 50 % au CHAL et pour 50 % à Sallanches.

## Développer les consultations de spécialités

- Mettre en place les consultations avancées, de proximité universitaire (Grenoble, Lyon) et inter hospitalières (développer des consultations de spécialités dans chaque CH du GHT):
  - prise en charge du handicap : liens entre pédiatres hospitaliers et structures médico-sociales (CAMSP, IME, SESSAD).
  - des troubles du langage et des apprentissages (développer les antennes locales).
  - spécifiques : médicales (obésité, diabétologie, neurologiques, gastro-entérologiques, néphrologiques, pneumologiques... ) chirurgicales (spécialisées), génétiques, d'éducation thérapeutique (équipes mobiles au sein du GHT).
- Développer un plateau technique accessible à l'enfant (imagerie, avec possibilité d'anesthésies générales au besoin), ophtalmologique (avec fond d'œil, RetCam), d'explorations neurophysiologiques (EEG mais également PEV, etc.)

## Développer une organisation inter hospitalière de la pédiatrie

### Promouvoir:

- la complémentarité entre équipes (filière d'urgence, filière chirurgicale, filière néonatale, filière pédopsychiatrique, filière de spécialités) en encourageant les projets transversaux, avec mutualisation de moyens
- les projets communs et le travail sur les bonnes pratiques (formation des soignants et des médecins),
- les stratégies communes (projets médicaux, organisation d'une offre de soin adaptée et cohérente)
- la solidarité des équipes et engagement : choix des recrutements, ouvertures de postes partagés, responsabilité commune quant à la continuité des soins dans tous les établissements du territoire, avec possibilité de renfort et entre aide à titre ponctuel (éviter l'éparpillement /perte d'énergie), financé selon les nouvelles modalités.



**LA FILIÈRE  
DIABÉTOLOGIE  
ENDOCRINOLOGIE**

## I. SPÉCIFICITÉ DE LA SPÉCIALITÉ

Exercice de proximité

Désertification de l'exercice libéral

Secteur Bonneville: 2 libéraux

Secteur Thonon-Evian: 2 libéraux dont 1 en proximité de la retraite

Endocrinologie: activité de consultations

## II. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

### Présence médicale sur le GHT

• **Médecins:** 2,8PH et 1 interne de médecine générale

CHAL



• 1 poste vacant depuis mars 2017

Hôpitaux  
du Léman



• **Médecins:** 2,8PH et 1 interne de médecine générale

Hôpitaux Pays  
du Mont Blanc





CHAL

- **Hospitalisation conventionnelle** (16 à 18 lits): 800 à 900/an
- **Centre initiateur de pompe** (40 instaurations moyenne/an)
- **Programmes d'éducation thérapeutique** (4 agréés)
- **Centre de prise en charge des plaies diabétiques** avec plateau technique
- **Consultations externes** de diabétologie endocrinologie (6443 en 2016) dont échographie thyroïdienne et cytoponction sous repérage échographique)
- **Télémédecine:** my diabby



Hôpitaux du Léman

- Développement récent d'une **équipe transversale** (Diet + méd); ant. 90 hospitalisations/an
- **Centre initiateur de pompe**
- **Programmes d'éducation thérapeutique** (2 agréés)
- **Centre de prise en charge des plaies diabétiques** avec plateau technique
- **Consultations externes** de diabétologie endocrinologie: 900 en 2016



HPMB

- **Hospitalisation conventionnelle**
- **Hôpital de semaine**
- **Hôpital de jour**
- **Centre initiateur de pompe**
- **Programme d'éducation thérapeutique** (1 agréé)
- **Centre de prise en charge des plaies diabétiques** avec plateau technique
- **Consultations externes** de diabétologie endocrinologie

### III COLLABORATION AU SEIN DU GHT

Continuité de soins

- Bascule de l'activité d'hospitalisation de Thonon sur le CHAL ou HPMB en situation d'absence médicale

Recrutement

- Soutien au recrutement d'un PH sur Thonon pour relancer l'activité sur le site (réunion, réseau)

RCP Thyroïde

- Partagée HPPS/ CHAL / HPMB

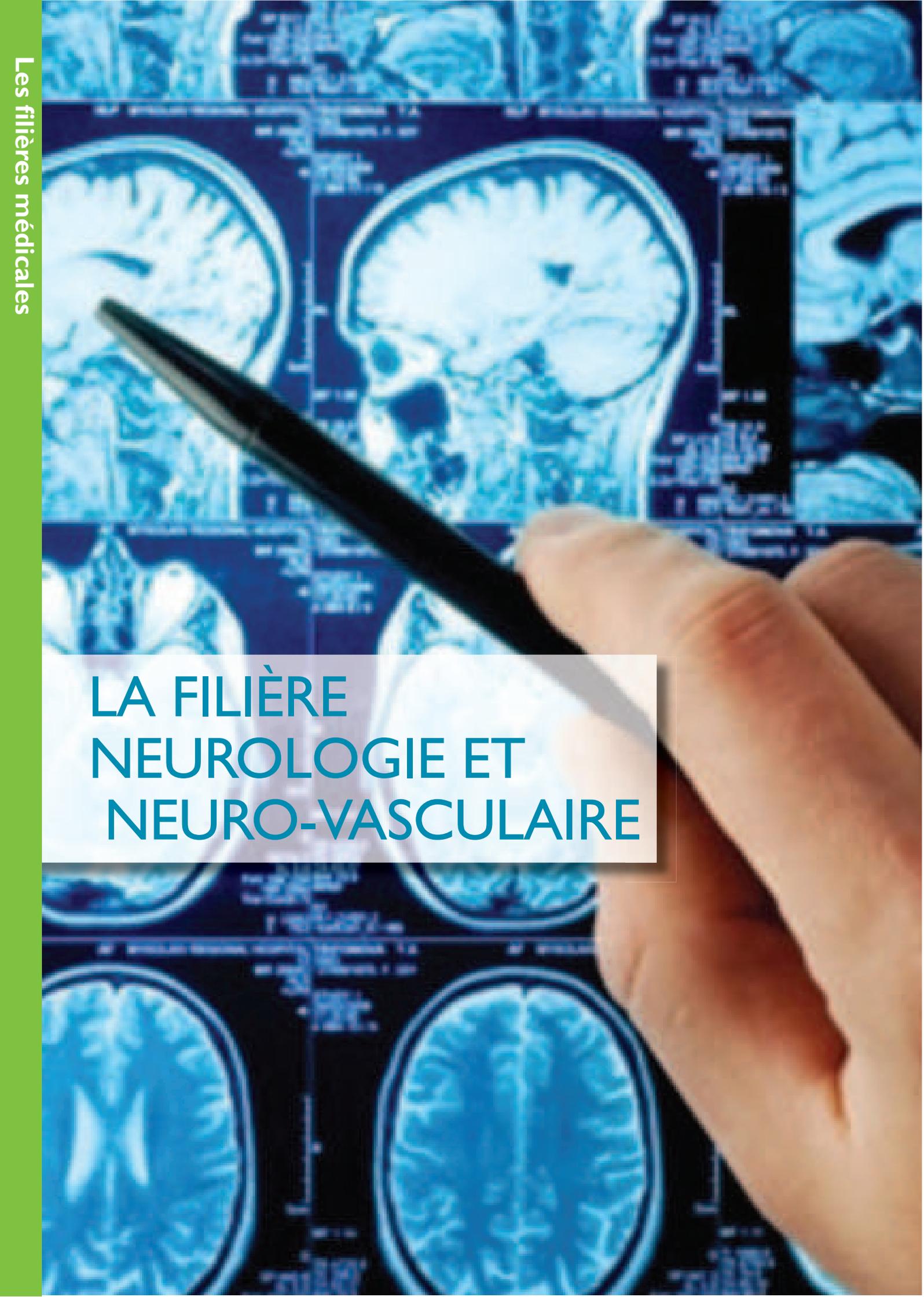
## IV PROJETS DE LA FILIÈRE AU SEIN DU GHT



Développement de compétences ultra-spécialisées

Echanges de pratiques (optimisation des compétences)

Développement du réseau ville-hôpital (continuité en terme éducation thérapeutique, réseau de soins spécialisés pour la prise en charge des plaies diabétiques)

The background of the entire page is a grid of brain MRI scans in shades of blue. A hand is visible in the lower right corner, with the index finger pointing towards the center of the grid. A white rectangular box is overlaid on the center of the page, containing the text.

# LA FILIÈRE NEUROLOGIE ET NEURO-VASCULAIRE

# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

## Activités en 2014

### Séjours (base régionale)

ATIH-GA-v2	Libellé	CHAL	HDL	HPMB	Privé Nord	TOTAL Nord	CHANGE	Privé Sud	TOTAL Sud	Autres	TOTAL Général
G049	AVC	313	242	143	1	699	99	-	99	41	839
G055	Autres affections du système nerveux	158	218	67	5	448	20	1	21	69	538
G047	Affections dégénératives du système nerveux	87	64	40	12	203	30	1	31	103	337
G052	Convulsions, épilepsie	208	126	108	-	442	12	-	12	53	507
G048	Affections nerfs crâniens / moëlle	94	57	45	3	199	32	6	38	26	263
G053	Infections SNC	66	12	13	-	91	5	-	5	17	113
G054	Prise en charge médicale des tumeurs système nerveux	28	22	9	2	61	11	1	12	28	101
G050	Comas non traumatiques	24	11	13	1	49	5	-	5	5	59
G051	Migraines et céphalées	110	85	37	11	243	13	1	14	22	279
G056	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	18	10	4	-	32	16	-	16	244	292
G196	Injections de toxine botulique, en ambulatoire	19	84	-	-	103	383	-	383	61	547
G197	Affections du système nerveux sans acte opératoire avec anesthésie, en amb	1	2	1	-	4	-	-	-	32	36
<b>TOTAL</b>		<b>1126</b>	<b>933</b>	<b>480</b>	<b>35</b>	<b>2574</b>	<b>626</b>	<b>10</b>	<b>636</b>	<b>701</b>	<b>3911</b>

### Parts de Marché (base régionale)

ATIH-GA-v2	Libellé	CHAL	HDL	HPMB	Privé Nord	TOTAL Nord	CHANGE	Privé Sud	TOTAL Sud	Autres	TOTAL Général
G049	AVC	37%	29%	17%	0%	83%	12%	0%	12%	5%	100%
G055	Autres affections du système nerveux	29%	41%	12%	1%	83%	4%	0%	4%	13%	100%
G047	Affections dégénératives du système nerveux	26%	19%	12%	4%	60%	9%	0%	9%	31%	100%
G052	Convulsions, épilepsie	41%	25%	21%	0%	87%	2%	0%	2%	10%	100%
G048	Affections nerfs crâniens / moëlle	36%	22%	17%	1%	76%	12%	2%	14%	10%	100%
G053	Infections SNC	58%	11%	12%	0%	81%	4%	0%	4%	15%	100%
G054	Prise en charge médicale des tumeurs système nerveux	28%	22%	9%	2%	60%	11%	1%	12%	28%	100%
G050	Comas non traumatiques	41%	19%	22%	2%	83%	8%	0%	8%	8%	100%
G051	Migraines et céphalées	39%	30%	13%	4%	87%	5%	0%	5%	8%	100%
G056	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	6%	3%	1%	0%	11%	5%	0%	5%	84%	100%
G196	Injections de toxine botulique, en ambulatoire	3%	15%	0%	0%	19%	70%	0%	70%	11%	100%
G197	Affections du système nerveux sans acte opératoire avec anesthésie, en amb	3%	6%	3%	0%	11%	0%	0%	0%	89%	100%
<b>TOTAL</b>		<b>29%</b>	<b>24%</b>	<b>12%</b>	<b>1%</b>	<b>66%</b>	<b>16%</b>	<b>0%</b>	<b>16%</b>	<b>18%</b>	<b>100%</b>

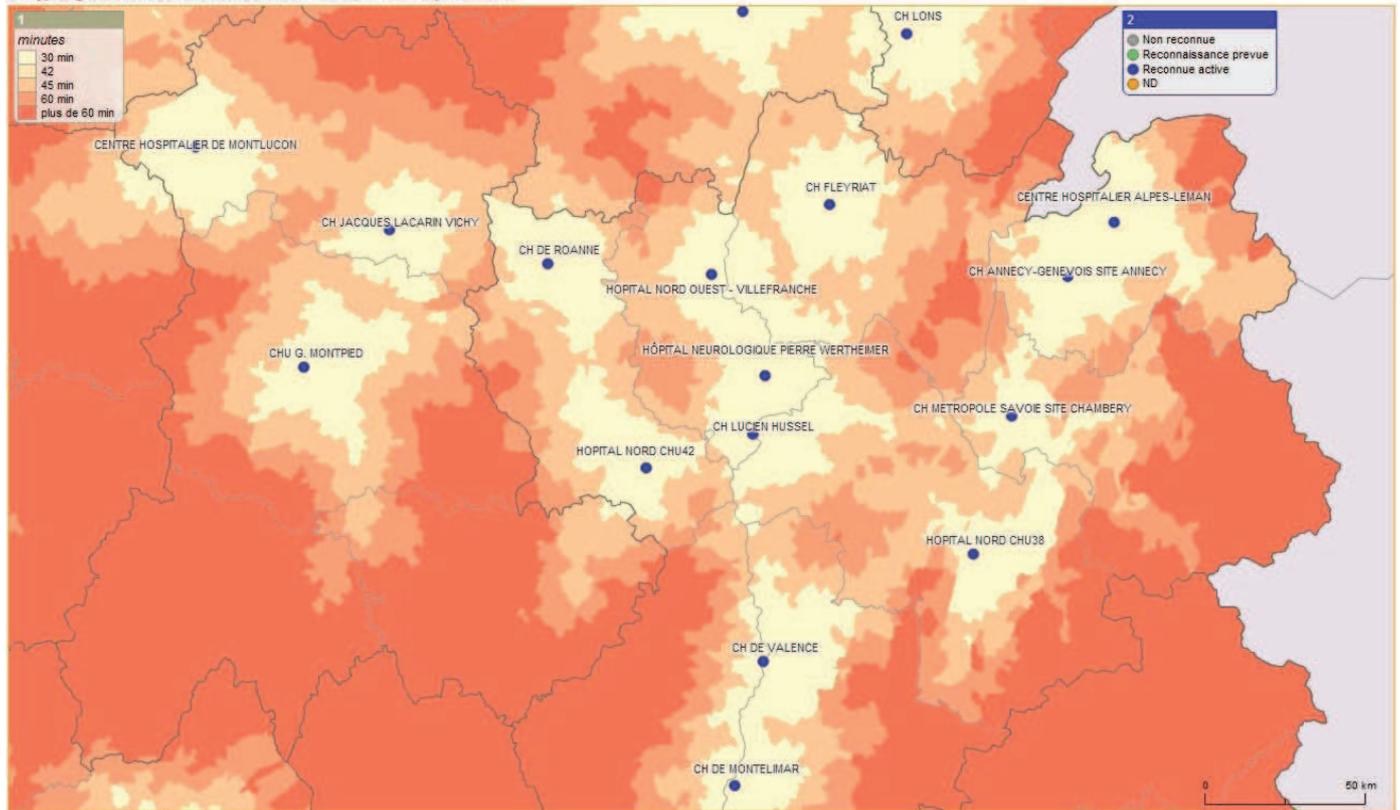
### Informations complémentaires (base régionale)

Données	CHAL	HDL	HPMB	Privé Nord	TOTAL Nord	CHANGE	Privé Sud	TOTAL Sud	Autres	TOTAL Général
Nombre de journées PMSI	8 141	5 334	2 907	74	16 456	1 416	9	1 425	2 265	20 146
Nombre de lits	22,30	14,61	7,96	0,20	45,08	3,88	0,02	3,90	6,21	55,19
DMS brute	7,29	5,87	6,15	2,43	6,50	2,95	1,40	2,93		5,41
IPDMS	1,03	0,92	1,03	0,63	0,99	0,98	0,50	0,97		0,99

# Temps d'accès aux UNV reconnues de la région Auvergne-Rhône alpes

1 - Temps d'accès des communes à la commune équipée d'UNV reconnue la plus proche - source : ARS 01/01/2016. Isochrones

2 - Typologie des Unités Neuro-Vasculaires - source : ARS, 1er janvier 2016

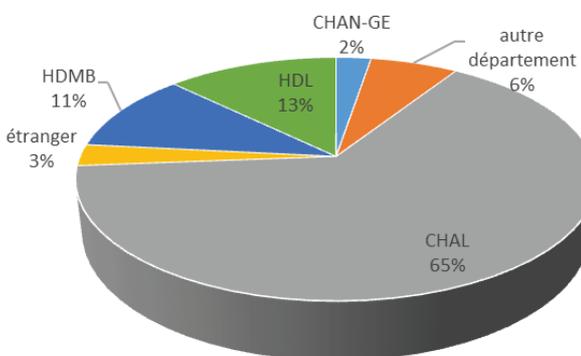


© IGN GeoFia 2013 - France par commune 2013

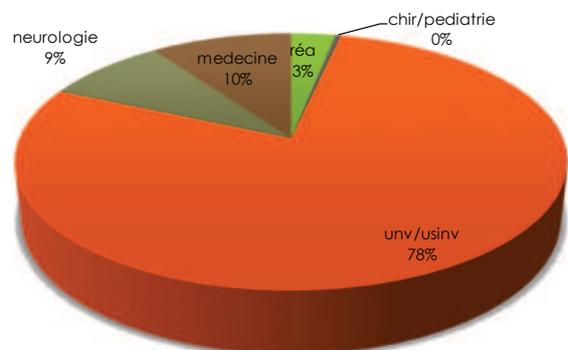
## Activité de l'UNV au CHAL

■ 405 patients ont été hospitalisés en UNV en 2016, contre 297 en 2015.

**Patient UNV CHAL 2016**  
répartition par secteur géographique



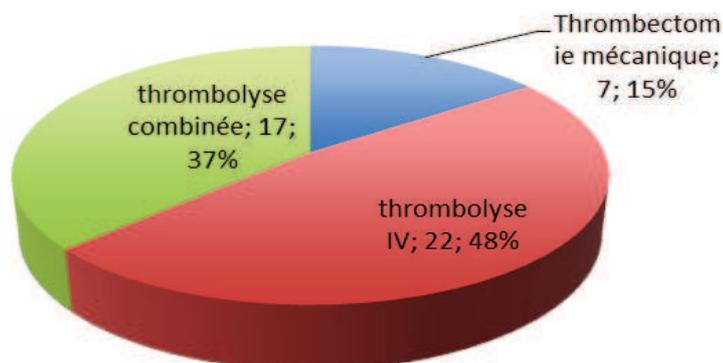
**UNV CHAL 2016 / Répartition**



**Augmentation progressive de la part relative des patients des HDL et des HDPMB**

- 47 patients ont bénéficié d'une procédure de recanalisation, contre 24 en 2015.

## thrombolyse et thrombectomies CHAL 2016



Les procédures par neuroradiologie interventionnelle ( thrombolyse combinées et thrombectomies) représentent plus de la moitié. Toutes réalisées aux HUG.

### EN RÉSUMÉ

- Confirmation d'une forte hausse de l'activité neurovasculaire depuis la création de l'UNV.
- Augmentation de la part relative des hopitaux partenaires du GHT nord
- Améliorations à prévoir : délai door to needle encore excessif , données chiffrées des HUG opaques.

## Activité de neurologie sur le GHT

- 2 pôles d'hospitalisation : CHAL et HDL
  - HDL 3 PH
  - CHAL 5 PH ( 4,25 ETP)
  - Pas de lits de neuro ni de praticien aux HDPMB
  - Interventions d'attachés libéraux
- Spécificités
  - Toutes les pathologies sont prises en charge sur les deux sites
  - CHAL : + neurovasculaire.
  - HDL : + explorations fonctionnelles complètes, cs neuropédiatrie.
  - HDPMB : EEG

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

- **Axe I223** : Augmenter le nombre de patients éligibles à la thrombolyse
- **Axe I224** : Augmenter le taux de patients admis en UNV

## III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

### Etoffer l'offre de soins neurologique

- Prise en charge des urgences et des maladies chroniques
- Un temps de Neurologue peut être mis à disposition par le CHAL
- Intérêt d'équiper les HDPMB du matériel utile à la télémédecine

### Conforter la filière neuro-vasculaire

- Comme pour tout l'arc Rhône-Alpin, la filière AVC est structurée avec une régulation assurée par le Centre I5.
- Le CHAL dispose d'une Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire dotée d'une astreinte neurologique H24 pour thrombolyse IV
- Les AVC éligibles à la thrombolyse sont régulés en pré-hospitalier vers le CHAL et réadressés si nécessaire vers le CH d'origine
- L'astreinte de téléthrombolyse, en place H24, est partagée entre le CHAL qui effectue 1/3 de l'astreinte et le CHANGE qui effectue 2/3 de l'astreinte ; cette organisation peut être encore renforcée par l'utilisation de toutes les ressources du territoire
- Pour ce qui est de la thrombectomie mécanique, les patients sont pour l'instant dirigés vers le CHU de Genève en raison de la distance excessive des CHU de Grenoble et de Lyon
- Projet de consultation post AVC avec des établissements pour la mise en place de consultations d'évaluation pluri-professionnelles

### Poursuivre sur l'organisation actuelle de la sclérose en plaque

- Cette filière, organisée à partir des réunions de concertation avec les Hospices Civils de Lyon, dans le cadre du réseau «Rhône-Alpes SEP », démontre son caractère opérationnel tant auprès du CHAL que des HDL.

### Assurer la consultation mémoire dans chaque bassin du territoire

- Les consultations mémoires sont effectives et bien organisées dans les trois principaux établissements de court séjour.

### Maintenir les compétences et la qualité des plateaux techniques pour la pratique des EEG et des EMG sur le territoire

- Ces compétences existent dans les trois principaux établissements de court séjour du territoire.

### Profiter des compétences spécifiques des Hôpitaux du Léman en Neuro-Pédiatrie et en « potentiels évoqués »

A photograph of three surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, blue bouffant caps, and surgical masks. They are focused on a patient, with their backs to the camera. The scene is brightly lit, typical of a surgical suite.

# LA FILIÈRE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

## Activités en 2014

Séjours							
	CHAL	HDL	HDPMB	Privé Nord	Total Nord	change	autres
Chir.majeur.orthopédiques	410	342	217	438	<b>1407</b>	<b>23</b>	<b>215</b>
Arthroscopies,biopsies ostéo-articulaires	221	208	44	963	<b>1436</b>	<b>6</b>	<b>256</b>
Chir. Fractures entorses, luxations	46	24	18	73	<b>161</b>	<b>4</b>	<b>18</b>
Ablations matériels	182	160	114	389	<b>845</b>	<b>42</b>	<b>98</b>
amputations	20	2	5	11	<b>38</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
Main, poignet	268	116	143	1911	<b>2438</b>	<b>12</b>	<b>128</b>
Ostéomyélites aiguës et arthrites septiques	57	17	13	13	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>23</b>
jambe	135	102	121	81	<b>439</b>	<b>15</b>	<b>93</b>
Cheville ou pied	109	103	31	228	<b>471</b>	<b>23</b>	<b>111</b>
Membre supérieur	184	126	140	204	<b>654</b>	<b>15</b>	<b>76</b>
Tissus mous	91	82	62	263	<b>498</b>	<b>12</b>	<b>50</b>
Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes	1	-	-	2	<b>3</b>	-	<b>7</b>
Traumatismes du bassin et des membres	179	177	127	22	<b>505</b>	<b>22</b>	<b>63</b>
<b>Total</b>	<b>1903</b>	<b>1459</b>	<b>1035</b>	<b>4598</b>	<b>8995</b>	<b>181</b>	<b>1145</b>

## informations complémentaires

données	CHAL	HDL	HDPMB	Privé Nord	Total Nord	change	autres
Nombre de journées PMSI	9161	7624	5274	6108	<b>28167</b>	<b>752</b>	<b>4503</b>
Nombre de lits	25,10	20,89	14,45	16,73	<b>77,17</b>	<b>2,06</b>	<b>12,34</b>
DMS brute	5,10	5,56	5,36	2,02	<b>3,63</b>	<b>4,41</b>	
IPDMS	0,95	1,10	1,05	0,86	<b>0,98</b>	<b>1,07</b>	

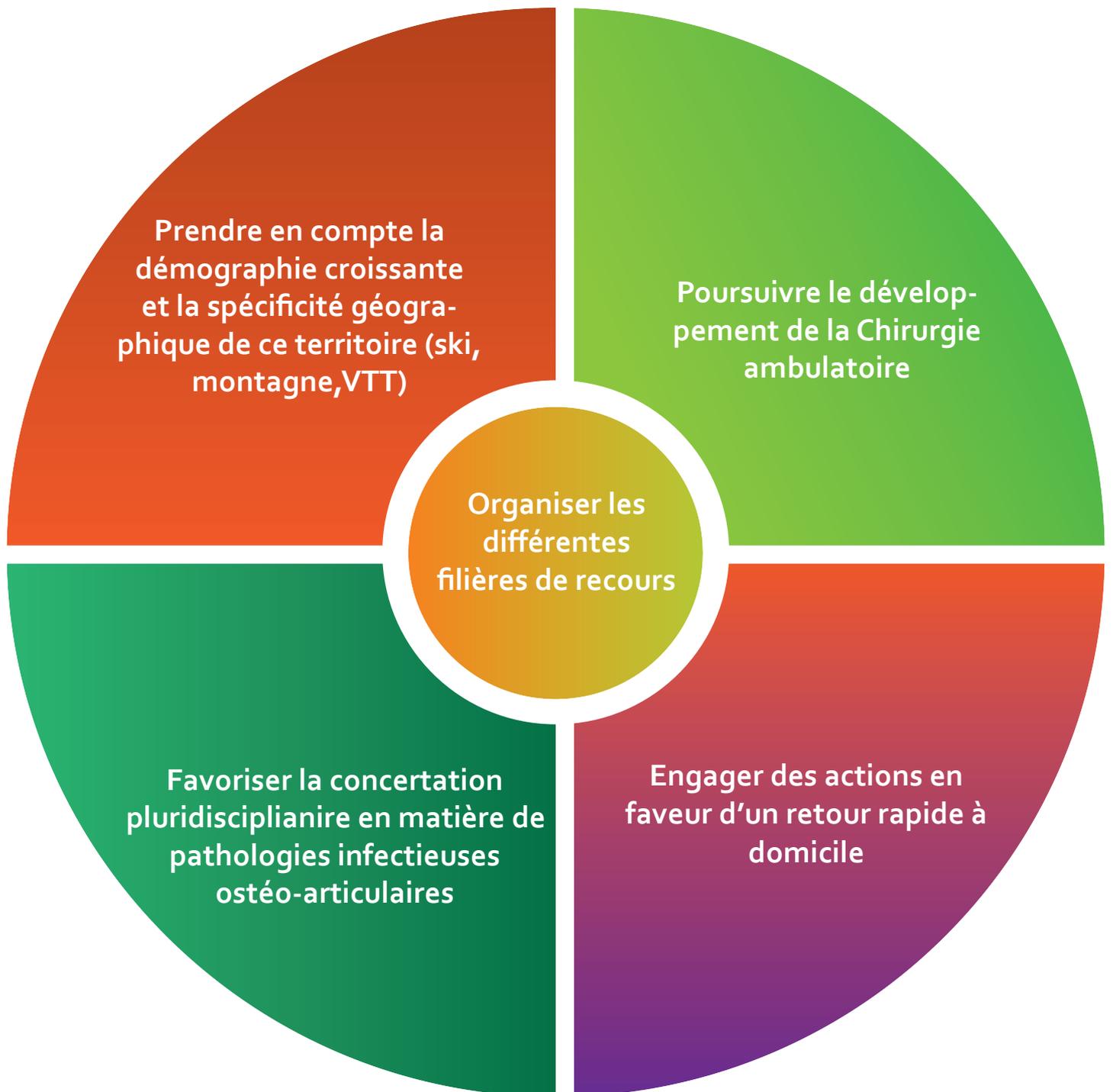
## Parts de marché

	CHAL	HDL	HDPMB	Privé Nord	Total Nord	change	autres
Chir.majeur.orthopédiques	20	16	10	21	<b>67</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
Arthroscopies,biopsies ostéo-articulaires	9	8	2	39	<b>57</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
Chir. Fractures entorses, luxations	25	13	10	39	<b>87</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
Ablations matériels	18	15	11	38	<b>81</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
amputations	40	4	10	22	<b>76</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
Main, poignet	10	4	5	71	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
Ostéomyélites aiguës et arthrites septiques	42	13	10	10	<b>74</b>	<b>3</b>	<b>17</b>
jambe	23	17	20	14	<b>74</b>	<b>3</b>	<b>16</b>
Cheville ou pied	15	14	4	31	<b>63</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
Membre supérieur	23	16	18	26	<b>82</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
Tissus mous	15	14	10	44	<b>84</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes	10	0	0	20	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>70</b>
Traumatismes du bassin et des membres	30	30	21	4	<b>85</b>	<b>4</b>	<b>11</b>
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>38</b>	<b>75</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

## II. COHÉRENCES AVEC LE SROS ET LE PRS

- L'Hôpital Privé Pays de Savoie (HPPS) développe une activité de chirurgie de la main pour le nord de la Haute-Savoie

### III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP



## IV. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

### Prendre en compte la démographie croissante et la spécificité géographique de ce territoire (ski, montagne, VTT)

- Cette situation justifie le maintien d'une chirurgie programmée sur les 3 sites. De même; La spécificité géographique de ce territoire reconnue par le SROSS III impose le maintien d'une activité de Traumatologie sur les 3 sites dans la mesure où aucun des trois ne peut absorber l'activité d'un autre site.
- La synergie et la complémentarité sont recherchées en période d'affluence touristique massive.

### Poursuivre le développement de la Chirurgie ambulatoire

- Des actions sont engagées par chaque établissement pour améliorer le taux de pratique de la Chirurgie ambulatoire.

### Engager des actions en faveur d'un retour rapide à domicile

- Des actions de type PRADO sont en place dans certains établissements ; de même des protocoles de récupération rapide (RAC) sont en cours d'élaboration. Il est souhaité la mise en place d'une équipe de géro-traumatologie.

### Favoriser la concertation pluridisciplinaire en matière de pathologies infectieuses ostéo-articulaires

- Une concertation pluridisciplinaire est en cours de mise en place (?) en collaboration avec les médecins infectiologues du CHAL et en lien avec le CRIOAC pour la prise en charge des pathologies infectieuses ostéo-articulaires.

### Organiser les différentes filières de recours

- Chirurgie de la main et Neuro-chirurgie (rachis exclusivement) sont principalement dirigées vers l'Hôpital Privé Pays de Savoie (HPPS)
- L'orientation se fait vers le CHANGE pour le rachis avec complication neurologique et pour le crâne (le plus souvent régulées directement par le Centre 15)
- Recours aux CHU pour les cas complexes et la Traumatologie lourde.





# LA FILIÈRE URGENCES

# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

## Activité

### CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN

	2014	2015	2016
Nombre total de passages (facturés) (hors gynéco et ophtalmo)	51 527	51 892	54 086
Nombre moyen de passages / jour	141	142	148
Nombre d'hospitalisation depuis les urgences (hors gynéco et ophtalmo)	10 579 (20.5%)	11 040 (21%)	11 315 (21%)
Nombre d'hospitalisation depuis les urgences/jour	29	30	31
Sorties SMUR	2 017	1 993	2 011
dont primaires terrestres	1 811	1 795	1 763
dont primaires aériennes	9	13	12
dont secondaires	197	185	236
Nombre de passages pédiatrie	15 332 (30%)	15 914 (30%)	16 610 (30.7%)
Nombre d'hospitalisation pédiatrie depuis les urgences	1 829	1 840	1 789

### Données complémentaires caractéristiques de l'activité :

- 30% de l'activité du SAU se situe entre 18h et minuit
- Temps de passage moyen aux urgences, toutes filières confondues: 4h16
- Patients externes : 3h43
- Patients à hospitaliser: 6h18
- Saisonnalité non avérée avec des variations fortes d'un mois à l'autre mais qui ne pas forcément corrélées à des périodes d'hiver ou d'affluence touristique. Des épisodes de forte activité sont cependant enregistrés avec des pics de passage au-delà de 200 patients.
- Il n'existe pas de maison médicale de garde.

### HOPITAUX DES PAYS DU MONT BLANC

	2014	2015	2016
Nombre total de passages (facturés)	34921	37325	36750
Nombre moyen de passages / jour	95	102	105
Nombre d'hospitalisation depuis les urgences	8649	8759	9057
Nombre d'hospitalisation depuis les urgences/jour	23	24	25
Sorties SMUR	1115	1148	1169
dont primaires terrestres	991	1010	1060
SMUR Hélicoptérés	445	452	491
dont secondaires	23	20	25
Nombre de passages pédiatrie	8605	9099	9185
Nombre d'hospitalisation pédiatrie depuis les urgences	1708	1704	1702

### Données complémentaires caractéristiques de l'activité :

- Temps de passage moyen aux urgences, toutes filières confondues: 2h50
- 100 déchocages avec transfert enregistrés en 2016
- 120 traumatisés sévères pris en charge dans le cadre du TRENAU
- UHCD gérée par les urgentistes : 2150 séjours enregistrés avec une DMS de 1.5 jour.
- une maison médicale de garde est installée dans les locaux des urgences. Elle fonctionne de 19h à 23h. La régulation et l'orientation des patients sont effectuées par l'IAO de l'hôpital.

#### HOPITAUX DU LEMAN

	2014	2015	2016
Nombre total de passages (facturés) (hors gynéco et ophtalmo)	41 055	39 202	40 026
Nombre moyen de passages / jour	114	109	111
Nombre d'hospitalisation depuis les urgences (hors gynéco et ophtalmo)	22%	22%	23%
Nombre d'hospitalisation depuis les urgences/jour	25.3	23.9	25.6
Sorties SMUR	1207	1239	1361
dont primaires terrestres	1169	1212	1319
dont SMUR Hélicoptés	/	/	/
dont secondaires	38	27	42
Nombre de passages pédiatrie	10 932	9 384	9 433
Nombre d'hospitalisation pédiatrie depuis les urgences	1552	1467	1480

### Données complémentaires caractéristiques de l'activité :

- 26% de passages entre 6h et 12h, 57% de passages entre 12h et 22h et 15% de passage la nuit
- les CCMU I représentent 9% des prises en charge.
- Répartition des passages selon des filières de prise en charge :
  - Secteur long: 19 050
  - Secteur court: 18 273
  - Filière psychiatrique: 219
  - Filière maternité-gynéco: 1 085
  - Filière pédiatrique: 673
  - Autres : 726
- La durée moyenne de passage aux urgences, toutes filières confondues, est de 4h.
  - secteur court : 2h40
  - secteur long : 5h13
- Une maison médicale est installée dans les locaux du service des urgences, assurant 6 000 consultations par an en soirée (20h-22h du lundi au vendredi), le samedi de 12h à 22h et le dimanche et jours fériés de 8h à 22h.

#### ■ CONSTATS GENERAUX

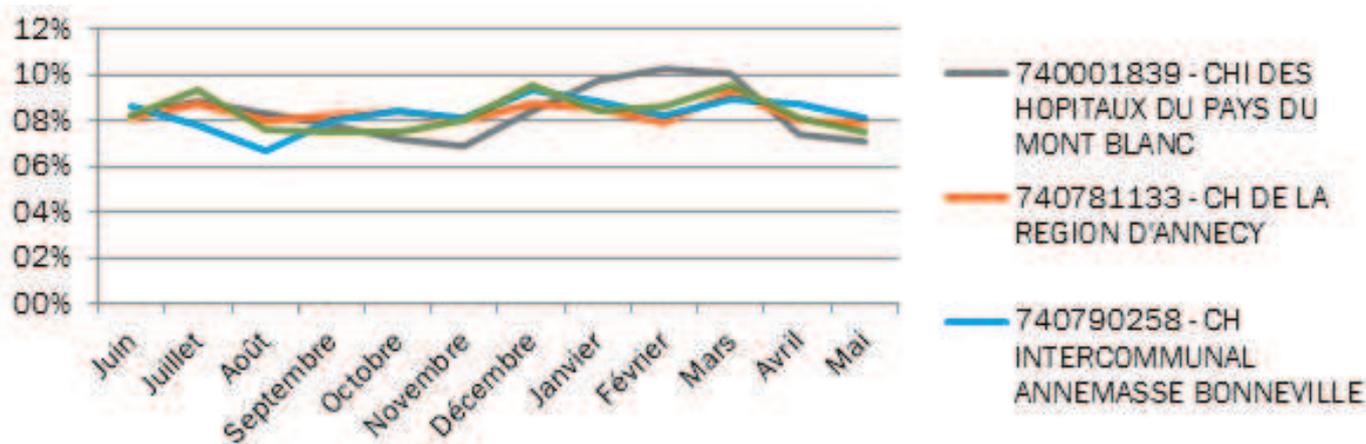
Les trois services d'urgence du GHT Léman Mont Blanc ont une forte activité, avoisinant les 40 000 passages par an pour deux d'entre eux et dépassant les 54 000 pour le troisième.

Les SAU des HDL et des HDPMB ont une activité soumise à de forte variation saisonnière, phénomène moindre pour le CHAL où les pics d'activité enregistrés sur certaines périodes ne s'expliquant pas nécessairement par le tourisme ou la saison de ski.

L'activité pédiatrique représente entre 20 et 30% de l'activité totale du SAU.  
Les taux d'hospitalisation depuis les urgences sont sensiblement les mêmes.

L'activité SMUR est relativement importante sur les trois sites, avec des vecteurs différents selon l'environnement et des zones desservies parfois très enclavées (vallées de moyenne montagne). Le SMUR hélicopté de CHAMONIX est assez fortement sollicité pour les secteurs de haute montagne.

## REPARTITION DE L'ACTIVITE JUIN 2015-MAI 2016 (source :ARS - Gestion des lits)



## Organisations

Les organisations médicales et paramédicales des trois sites sont les suivantes :

### Organisation médicale sur CHAL

L'organisation médicale est structurée autour de filières longue et courte, du SMUR et du secteur pédiatrique. L'unité d'orientation (9 lits d'UHCD intégrant une activité d'accueil de patients relevant de la psychiatrie) est gérée par le service des urgences en lien étroit avec les unités d'hospitalisation et les spécialistes

**Effectif médical physique affecté aux différentes activités des urgences 7/7 :**

	SMUR	SAU	UHCD
<b>JOUR</b>	2	3 urgentistes 1 pédiatre 2 internes	1 urgentiste (matin) 1 interne
<b>NUIT</b>	1	2 urgentistes 2 internes	0

Dans le détail, les affectations sur les différents postes composant l'organisation du SAU-SMUR sont les suivantes :

### JOUR

- I médecin : SMUR ligne 1 + filière rapide : 8h-20h
- I médecin : SMUR ligne 2 + filière rapide : 8h-10h puis 10h-20h: SMUR ligne 2 + filière lourde
- I médecin: filière lourde et déchocage : 8h-20h
- I médecin : AU et filière lourde : 8h-20h
- I médecin: filière lourde - quand le SMUR I est en intervention , il assure la filière rapide : 10h-22h
- I médecin : MAO : 14h-20h toute l'année

### NUIT

- I médecin: SMUR 20h-8h
- I médecin : filière lourde : 20h-8h
- I médecin : filière lourde : 20h-8h

Effectif médical au 01/01/2017 :

L'équipe médicale des urgences du CHAL est composée actuellement de 13.35 ETP.

L'effectif cible au regard de la mise en œuvre du nouveau référentiel de temps de travail des urgentistes est de 24.4 ETP (1615h en temps clinique posté) pour couvrir l'organisation des urgences actuelles.

Il y a donc plus de 11 postes non pourvus aux urgences du CHAL.

Ces postes sont actuellement couverts pour partie par les plages de Temps de Travail Additionnel que les urgentistes ont accepté de faire, des remplacements et un recours à l'intérim à hauteur de 4.5 ETP en 2016.

5 postes d'interne de médecine générale sont proposés à la Faculté de médecine de Lyon depuis novembre 2016.

L'organisation médicale est identique toute l'année, compte tenu de l'absence de phénomène de saisonnalité de l'activité très marqué. Un renfort ponctuel est organisé de novembre à mars pour le début de soirée et la nuit en cas d'affluence complexe à gérer à effectif constant.

## ORGANISATION PARAMEDICALE DES URGENCES SUR LE CHAL

Organisation j 24h 7/ 7 52 semaines

Secteur	Grade	Postes de travail			Effectif
		Horaires		Nbre	
SAU	IDE	7h / 19h30	12,00	3	25,00
		9h / 21h	11,50	2	
		13h / 22h	9,00	1	
		19h15 / 7h15	12,00	3	
AFGSU					1,00
SMUR	IDE	7h / 19h15	11,75	1	8,60
		8h / 20h15	11,75	1	
		19h15 / 7h15	12,00	1	
UHCD	IDE	7h / 19h30	12,00	1	5,80
		19h15 / 7h15	12,00	1	

AIDE SOIGNANTS					
Secteur	Grade	Postes de travail			Effectif
		Horaires		Nbre	
SAU	AS	7h / 19h30	12,00	1	11,30
		9h / 21h	11,50	2	
		19h15 / 7h15	12,00	1	
AFGSU					0,30
SMUR	CCA	7h / 19h15	11,75	1	8,60
		8h / 20h15	11,75	1	
		19h15 / 7h15	12,00	1	
UHCD	CCA	7h / 19h30	12,00	1	5,80
		19h15 / 7h15	12,00	1	

	Jour	Nuit	Week-end - Férié
Cadre de santé	2.5	0.5	0
IDE (nombre)	9	5	Idem semaine
AS(nombre)	6	3	Idem semaine

## ORGANISATION MEDICALE SAU- SMUR DES HOPITAUX DU LEMAN

L'organisation médicale des urgences des HDL est différente selon les mois de haute et basse saison. La proximité des stations des Portes du Soleil induit en effet une augmentation significative de l'activité sur les mois d'hiver. Idem l'été avec la proximité des montagnes (randonnées, vélos etc.) et du Lac Léman.

Remarque : l'Unité médicale d'Orientation (UMO) n'est pas intégrée au fonctionnement des urgences.  
Effectif médical physique affecté aux différentes activités des urgences (organisation mise en place depuis novembre 2016)

### HAUTE SAISON

	SMUR	SAU
JOUR	1 senior SMUR (11h30)	1 senior SAUV (11h30) 1 senior secteur court (11h30) 1 senior secteur long (12h00) 2 internes - secteur court (12h le weekend et 8h la semaine), et secteur long (10h)
NUIT	1 senior SMUR (12h30)	1 senior SAUV (12h30) 1 senior secteur long (12h30) 1 interne secteur long (14h)

### BASSE SAISON

	SMUR	SAU
JOUR	1 senior SMUR (11h30)	1 senior SAUV (11h30) 1 senior secteur long (11h30) 1 sénior secteur court (12h) – horaire midi minuit 2 internes : secteur court (12h le weekend et 8h la semaine) et secteur long (10h)
NUIT	1 senior SMUR (12h30)	1 sénior SAUV 12h30 + présence du médecin du secteur court jusqu'à minuit 1 interne 14h

Des filières de prise en charge spécifiques ont par ailleurs été mises en place : gynécologie, psychiatrie (avec la mise en place d'une équipe de psychiatrie de liaison) et gériatrie (EMG). La filière pédiatrique a été activée en octobre 2016 (présence d'un interne de pédiatrie aux Urgences encadré par un sénior pédiatre dédié).

A compter du 1er avril 2017, est mise en place une ligne de consultations non programmées assurée par des médecins du Chablais salariés des Hôpitaux du Léman lors de leur journée de présence aux Urgences. Cette organisation permet la création d'un secteur ultra court de 9h à 13h et de 14h à 18h du lundi au vendredi (hors jours fériés)

#### Effectif médical au 01/01/2017 :

L'effectif médical des urgences des HDL est de 7.9 ETP composés par 9 médecins.

Les besoins de temps médical non couverts par l'effectif de l'établissement entraînent un recours important aux remplacements et missions d'intérim.

3 praticiens hospitaliers temps plein ont demandé une mise en disponibilité avec effet en janvier 2017 (pour un médecin) et en avril 2017 (pour deux médecins).

Depuis janvier 2017, les Hôpitaux du Léman ont recruté 3 médecins correspondant à 2.4 ETP.

Les urgences des HDL sont le site le plus fragile des trois établissements.

## ORGANISATION PARAMEDICALE AU SAU SMUR DES HDL

### Effectif cible

- 1 ETP de cadre de santé
- IDE : 28.3 ETP
- AS : 9.75 ETP
- ASH : 1.5 ETP

### Maquette organisationnelle

#### EFFECTIF CIBLE IDE

Jour : 5 + 1 IDE en saison haute. De Nuit 4 IDE + 1 IDE en saison haute

#### EFFECTIF CIBLE AS

Jour 2 , Nuit 1 + 1 en saison haute

## ORGANISATION MEDICALE SAU- SMUR DES HOPITAUX DU PAYS DU MONT BLANC

L'organisation médicale et paramédicale des urgences des HDPMB est caractérisée par une adaptation importante des moyens sur les périodes de haute saison.

Par ailleurs l'activité est assurée sur le site de Chamonix et de Sallanches.

Le service doit enfin assurer une permanence de transports urgents hélicoptérés pour le secteur de haute montagne qu'il dessert.

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée située aux urgences compte 12 lits.

### *Effectif médical physique affecté aux différentes activités des urgences*

#### TRES HAUTE SAISON (mi- décembre – fin mars)

	SMUR	SAU
<b>SALLANCHES JOUR</b>	2 SMUR 2 SMUR hélicoptérés massif H24 – Est département occasionnel	3 seniors 12h 1 interne 12h SdS-Renfort 9h MAO AM
<b>NUIT</b>	2 SMUR	2 séniors 12h Renfort 6h 1 interne Ast nuit ooh
<b>CHAMONIX JOUR</b>	1 SMUR hélicoptéré massif H24 – Est département occasionnel	1 senior

#### HAUTE SAISON

	SMUR	SAU
<b>JOUR</b>	2 SMUR 2 SMUR hélicoptérés massif H24 – Est département occasionnel	3 séniors 12h 1 interne 12h SdS-Renfort 9h MAO AM WE
<b>NUIT</b>	2 SMUR	2 séniors 12h Renfort 6h 1 interne Ast nuit ooh
<b>CHAMONIX JOUR</b>	1 SMUR hélicoptéré massif H24 – Est département occasionnel	1 sénior 2 le WE

#### BASSE SAISON

	SMUR	SAU
<b>SALLANCHES JOUR</b>	2 SMUR dont un hélicoptéré	3 séniors 12h 1 interne 12h SdS-Renfort 9h
<b>NUIT</b>	1 SMUR	2 séniors 12h Renfort 6h 1 interne Ast nuit ooh
<b>CHAMONIX JOUR</b>		0

## Effectif médical affecté aux Urgences Smur des HDPMB : MEDICAUX :

- 24,55 ETP : 25 médecins + 1 renfort saisonnier
- 2 ou 3 internes chaque semestre
- 1,8 ETP intérim 2015

L'effectif médical des urgences des HDPMB est actuellement complet : elle intègre la mise en place du nouveau référentiel du temps de travail des urgences.

## ORGANISATION PARAMEDICALE SAU- SMUR DES HOPITAUX DU PAYS DU MONT BLANC

L'effectif paramédical du service, réparti sur les deux sites en haute et très haute saison, est le suivant :

- 32,45 ETP IDE
- 8,85 ETP AS 6.5 ETP ASH
- 1 cadre de santé
- 1 IDE référente en support à 0,5 ETP
- 1 AS, partagée avec d'autres services de soins, référente PASS
- 1 scribe médical

Le service fonctionne selon le principe de la sectorisation avec une prise en charge coordonnée en binôme médecin / IDE.

Des filières pédiatriques et gynécologiques ont été identifiées pour des prises en charge spécifiques adaptées.

Tableau de synthèse des données

2016	CHAL	HDL	HDPMB
NOMBRE DE SITE	1	1	2
NOMBRE DE LIGNES DE SMUR	2 jour 1 nuit	1 jour 1 nuit	2 jour 1 nuit
NOMBRE DE PASSAGES (facturés)	54 086	40 062	38 492
NOMBRE ETP MEDICAL (effectif cible – réf. 39H)	24.4	17.8	24.55
NOMBRE POSTES VACANTS	11	8.6	0
NOMBRE INTERNES	5	5	3
NOMBRE CADRES ETP	2.8	1	1.5
NOMBRE IDE ETP	39.4	23.65	34.05
NOMBRE AS/ CCA ETP	25.7	10	9.85
NOMBRE ASH ETP	0	1.6	6.5
Scribe médical	0	0	1
Intérim et remplacement 2016 :			
- Dépenses	439 600	1.035.000	225.950
- ETP	3	6.9	1.8

*inclus : UHCD / UO mais hors AFGSU - HDL : hors UHCD mais avec AFGSU*

### ■ CONSTATS INITIAUX

Les trois sites présentent des situations très contrastées quant à l'effectif médical en place et les modalités d'organisation des prises en charge.

L'équipe des HDPMB apparaît très structurée et stable avec des organisations innovantes ou bien définies qui permettent de développer des projets et une qualité de vie au travail que l'on ne retrouve pas au même niveau sur les autres sites d'urgence.

Il est par ailleurs reconnu qu'une unité d'urgences est un environnement stressant et potentiellement chaotique à l'intérieur d'un hôpital. Ceci s'explique en partie par la complexité de la tâche clinique qui est imprévisible, mais aussi par les multiples interrelations avec l'ensemble des intervenants de l'hôpital et du réseau. Ce service est souvent considéré comme le baromètre de l'état de fonctionnement de l'hôpital, mais il est aussi celui du fonctionnement de l'ensemble du réseau de première ligne desservant sa région.

Pour la majorité des médecins qui y exercent, les avantages comme les horaires flexibles, la pratique d'actes multiples et variés et une durée de prise en charge limitée dans le temps sont indéniables. En revanche, les horaires de travail défavorables de soir, de nuit et de fin de semaine, la charge de travail imprévisible, l'isolement social et le manque de considération par les pairs sont autant de freins à l'attractivité des services d'urgence. Plusieurs études indiquent que la carrière d'un médecin d'urgence est de courte durée et que de nombreux facteurs sont responsables de cette attrition précoce retrouvée au sein de la profession, ceci conduit inévitablement à une problématique de la gestion des effectifs.

## Fonctionnement

Les modes de fonctionnement en place sur chacun des sites comportent des différences significatives d'un site à l'autre, en lien pour partie avec des caractéristiques différentes d'activité, d'organisations et de moyens mobilisés.

Maison médicale de garde et relations avec la médecine de ville

Site des HDPMB : collaboration effective depuis 10 ans par le biais d'une permanence des médecins libéraux les jours de la semaine de 19h à 23h et les week-ends et jours fériés de 9h00 à 23h00.

Site du CHAL : la mise en place d'une Maison Médicale de Garde n'est pas apparue envisageable ni souhaitée par les médecins libéraux, compte tenu notamment de la situation géographique du CHAL. Des modalités d'organisation expérimentales sont en cours de réflexion avec la médecine libérale pour établir des liens plus coordonnés entre permanence des soins ambulatoire et permanence des soins en établissement de santé.

Site des HDL : une MMG est en place de longue date, dans les locaux de l'hôpital ; elle assure 6 000 consultations par an en soirée (20h-22h du lundi au vendredi) et le samedi de 12h à 22h et les dimanches et jours fériés de 8h à 22h. Une consultation de jour en période ouvrable a débuté au mois d'avril 2017 : des médecins du Chablais salariés par les HDL assurent des consultations non programmées lors de leurs journées de présence aux urgences. Cette consultation répond aux besoins de mise en place d'un secteur ultra court de 9h à 13h et de 14h à 18h du lundi au vendredi (hors jours fériés).

### Relations avec les spécialistes de l'établissement

Parmi les éléments contribuant au bon fonctionnement des urgences, et aux conditions de travail des urgentistes, la possibilité de recourir aisément aux avis des spécialistes de l'établissement est souvent présentée comme un élément très important.

Il semble que les situations soient là encore assez contrastées. Cet élément du fonctionnement des urgences est présenté comme un point fort au CHAL.

### La gestion des lits

Les HDPMB ont mis en place une politique et une organisation de gestion des lits très structurées qui permettent aux urgences de s'affranchir de cette problématique d'hospitalisation des patients depuis les urgences, celle-ci étant gérée par des gestionnaires de lits bien identifiés.

Au CHAL la mise en place d'une gestion des lits efficace est en cours grâce à la définition progressive d'organisation et de règles de fonctionnement partagées selon les différents degrés de tensions sur les lits. Globalement l'ensemble des services d'hospitalisation sont impliqués dans la gestion des lits et se mobilisent en permanence pour permettre d'hospitaliser 32 patients issus des urgences en moyenne chaque jour.

Un 3ème poste de cadre avec un horaire décalé jusqu'à 23h le soir a été mis en place en période hivernale pour travailler plus spécifiquement sur les hospitalisations depuis les urgences en début de soirée.

### La gestion de l'équipe des urgences

Au CHAL, le chef de service des urgences occupe ses fonctions depuis 2010.

L'essentiel de son travail de chef de service est concentré sur la gestion du planning qui est particulièrement complexe pour une équipe importante, composée de nombreux temps partiels, et dont le nombre insuffisant nécessite de recourir à de multiples remplacements extérieurs ou intérimaires.

Dans ces conditions, il est difficile de promouvoir et développer une gestion d'équipe reposant sur un projet et des perspectives.

Le référentiel de 39h a été mis en place au CHAL en novembre 2015. Le nombre de postes vacants et l'importance du recours à l'intérim n'ont pas permis de dégager des temps de travail non postés et/ou non cliniques comme le prévoit le texte.

Quelques postes spécifiques sont décrits dans une fiche de poste précise : le médecin d'accueil et d'orientation ou le médecin en charge de l'unité d'orientation par exemple.

Aux Hôpitaux du Léman, le Chef de Pôle ARCU (Anesthésie Réanimation Chirurgie Urgences), le Docteur Richard FAITG, coordonne le service des Urgences et occupe les fonctions de Chef de Pôle depuis octobre 2015.

Autour de lui, plusieurs médecins référents gèrent des domaines spécifiques.

La gestion du planning est assurée par un médecin référent des Urgences en lien avec les Affaires Médicales. Cette gestion est particulièrement complexe compte tenu de la nécessité de faire appel à des remplacements extérieurs ou intérimaires.

Actuellement, un projet médical est en cours d'élaboration précisant les objectifs et les modalités d'organisation.

Le référentiel de 39 heures a été mis en place aux Hôpitaux du Léman en janvier 2016. Malgré le faible nombre de PH et l'importance du recours à l'intérim, l'activité non postée a pu être mise en œuvre dans le cadre de contrats.

Au HDPMB, le chef de service des urgences, le Dr Adeline HENNICHE occupe ses fonctions depuis octobre 2015, un

pôle urgences-médecine de montagne dirigé par le Dr Frédérique CHAMPLY, coordonnateur de l'équipe médicale territoriale des urgences, a également été créé à la même période.

Le référentiel de 39h a été mis en place aux HDPMB au 1er janvier 2016, ainsi que la mise en place de contrat de temps de travail additionnel et des contrats individuels de missions non postées.

L'équipe est à effectif complet depuis novembre 2016 grâce au recrutement d'un praticien hospitalier et de deux assistants consécutivement à la mise en application des 39h00.

### Le recueil d'activité, les outils informatiques à disposition

Il n'existe pas d'outil informatique de gestion du dossier patient commun aux trois services d'urgence.

Au CHAL, l'outil Dossier Patient des Urgences (DPU) est utilisé depuis 7 ans et permet de suivre le patient à toutes les étapes de sa prise en charge, gérer les délais d'attente, recueillir les actes réalisés etc. Les prescriptions pour les patients hospitalisés doivent être saisies ou ressaisies dans le logiciel Pharma® avant le transfert du patient. Globalement l'outil est jugé satisfaisant par les urgences.

Aux HDPMB, l'outil DMU-NET est utilisé et permet de suivre le patient à toutes les étapes de sa prise en charge, gérer les délais d'attente, recueillir les actes réalisés etc. Les prescriptions pour les patients hospitalisés doivent être saisies ou ressaisies dans le logiciel OPIUM® avant le transfert du patient. Globalement l'outil est également jugé satisfaisant par les urgences, des investissements importants sur les infrastructures informatiques sont toutefois attendus par le biais du fond de financement du GHT Léman Mont-Blanc, afin d'améliorer les flux. Il convient par ailleurs de noter que le changement de logiciel de prescription des examens de laboratoires, Kalires, a induit une obligation de ressaisir les prescriptions jusqu'alors informatisées.

Aux HDL :

Dossier médical et prescription :

MEDIQUAL interfacé avec CROSSWAY de Maincare

Services médico techniques :

- Kalires de Netika interfacé crossway
- Pacs Radiologie Général Electric interfacé avec crossway
- Tele-avc
- Archives
- Copilote pharmacie
- Liaison extérieure : Samu 74

### ■ LES CONSTATS /L'ETAT DES LIEUX /LES CONCLUSIONS :

o Deux sites en difficultés :

- très importantes pour les HDL avec risque majeur de rupture de la continuité des soins depuis les urgences
- importantes sur le CHAL avec des difficultés de recrutement d'urgentistes et plusieurs départs ou réductions d'activité

o Des perspectives d'évolution importante de l'activité en raison de la croissance démographique des bassins de population desservis et de l'évolution de la démographie médicale des libéraux (MG et spécialistes)

o Trois SAU – SMUR indispensables à la couverture des soins en urgence à la population

o Des ajustements d'organisation à mettre en œuvre mais qui restent à la marge / offre de soins à maintenir (pas de perspective de substitution d'un SAU par un Centre de soins non programmés fermé la nuit par exemple ...)

o Une articulation territoriale qui portera donc essentiellement sur le renforcement indispensable des trois SAU-SMUR à travers :

la gestion des effectifs médicaux et des recrutements :

o rendre les trois sites attractifs à travers des organisations éprouvées et harmonisées

o déployer une politique de recrutement performante pour les urgences du GHT

o rendre attractives les conditions de partage des temps médicaux sur les trois sites en définissant des règles claires et transparentes (pour quelles fonctions, quel temps de travail, quelle rémunération, quelle durée etc.)

l'organisation de la permanence des soins par spécialité sur le territoire pour prévenir toute rupture dans la prise en charge depuis les urgences

le développement de relations coordonnées et graduées avec les médecins libéraux

## II. LES OBJECTIFS FIXÉS

- Consolider les services d'urgences des HDL et du CHAL et in fine celui des HDPMB
- Développer les liens et la coordination avec la médecine libérale
- Mettre en place une permanence des soins sur le territoire Léman Mont Blanc adaptée et performante

## III. LES ACTIONS PROGRAMMÉES

### Recrutement et gestion des effectifs médicaux

**Etablir une Charte déclinant les principes territoriaux de gestion des affaires médicales en lien avec les urgences dans les domaines suivants :**

- annonces de postes, publications coordonnées et affichées pour le territoire
- conditions de recrutement (statut, rémunération, temps de travail, exercice multi sites...)
- mise en œuvre des 39H identique d'un site à l'autre ou tendant à l'être dès lors que les conditions seront réunies (effectif suffisant notamment)
- des fiches de postes médicaux partagées et harmonisées sur les points fondamentaux
- la mise en commun des facteurs d'attractivité du site de Sallanches (secours en montagne, formation par simulation, projets de recherche clinique etc.)

**Mettre en place une cellule de recrutement territorial**

- temps administratif et médical identifié et dédié exclusivement à ce travail
- processus de recrutement territorial précis et efficace
- mise en commun des fichiers de candidatures et coordonnées de personnes ressources etc

**Proposer des stages dans les deux services de réanimation du territoire pour les DESC MU qui se proposent à la suite de leur internat de prendre un poste d'assistant dans l'un des services d'urgence du territoire (HDL et CHAL en priorité dans un premier temps...)**

**Actions à très court terme : garantir la continuité de service du SAU-SMUR des HDL :**

- prioriser les recrutements sur ce site
- favoriser les transferts de temps médicaux depuis les sites HDPMB et CHAL selon leurs possibilités
- appuyer fortement et rendre indispensable la mise en œuvre des solutions d'urgence en interne pour pallier les déficits de temps médicaux aux urgences (participation des spécialistes aux urgences )

Le projet de mise en place d'une Equipe Médicale de Territoire est en cours d'élaboration.

### Permanence des soins et schéma territorial

Le projet territorial des urgences s'appuie sur le schéma territorial de permanence des soins. Celui-ci est en cours de redéfinition au niveau régional avec la mise au point de principes généraux à décliner à l'échelle de chaque territoire. Le groupe de travail s'appuiera sur ces travaux et l'état des lieux de la PDSE actuelle afin de parvenir à un schéma territorial de PDSE répondant aux besoins de prise en charge dans tous les domaines concernés et du ressort de l'offre de proximité.

Ceci conduira sans doute à développer des permanences partagées sur le territoire à l'aune de celle d'endoscopie digestive urgente assurée par chacun des sites à tour de rôle.

Ces travaux intégreront aussi la prise en charge en urgence des pathologies psychiatriques

## Médecine libérale et médecine générale

Les sites de Sallanches et Thonon ont une maison médicale de garde qui fonctionne en étroite relation avec le SAU (tri et orientation assurés par l'IAO des urgences).

Les médecins généralistes du CHABLAIS participent depuis quelques mois à la prise en charge des patients aux urgences de Thonon.

Les projets du CHIAB puis du CHAL de mise en place d'une MMG n'ont pas pu aboutir pour différentes raisons et de nouvelles modalités de coopération sont en cours de discussion pour parvenir à réorienter les patients vers la permanence de soins ambulatoire dont ils relèvent.

L'évolution de la démographie des médecins généralistes ou spécialistes libéraux à 5-10 ans laisse entrevoir une aggravation de la situation actuelle avec un risque de passages encore plus nombreux aux urgences faute de correspondant médical en ville.

Par ailleurs, le département de la Haute Savoie enregistre chaque année l'installation de 10 000 habitants supplémentaires. Les effets conjugués de ces deux tendances doivent impérativement être anticipés pour faire face dans les conditions de sécurité et de qualité nécessaires à une activité en forte croissance.

Deux orientations sont envisagées pour endiguer ces effets :

- le développement de la médecine générale au sein des services d'urgence pour allouer les ressources urgentistes aux prises en charge les plus aiguës et accueillir dans de bonnes conditions et des délais raccourcis les prises en charge relevant de la médecine générale.
- le développement de la coordination avec la médecine de ville à travers des systèmes de régulation téléphonique partagé avec le centre 15 pour les appels relevant de la médecine de ville, ou d'orientation sur place par des médecins généralistes en lien avec la PDSA, etc.

Un travail de réflexion en profondeur a démarré sur les urgences pour aboutir à une équipe médicale de territoire des urgences qui serait coordonnée par l'un des praticiens des établissements hospitaliers disposant d'un service d'urgences.



# LA FILIÈRE PHARMACEUTIQUE

# I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE GHT

## ● CARTE DES ACTIVITÉS PHARMACEUTIQUES AUTORISÉES



- Périimètre GHT  
Léman Mont-Blanc
- PUI** Pharmacie à Usage Intérieur
- S** Stérilisation
- R** Rétrocession
- URCC** Unité de Reconstitution des Cystostatiques
- RP** Radiopharmacie

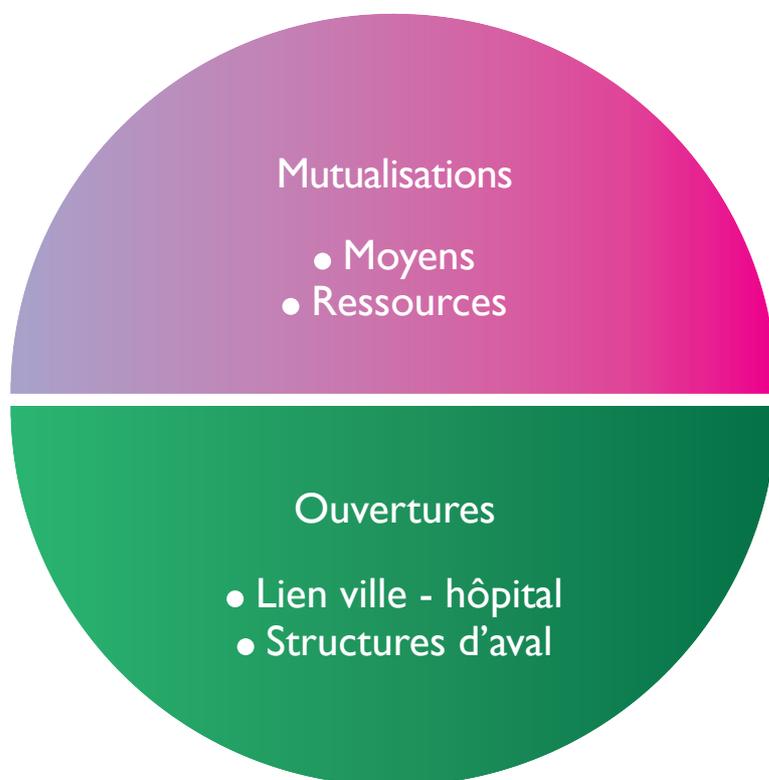
## Effectifs en ETP

	CHAL	HDL	HDPMB	GCS Patience	HL Dufresne Sommeiller
	MCO : 370 lits 32 pl.	MCO : 354 lits	MCO : 249 lits 16 pl	PSY : 165 lits	MCO : 20 lits
	HDJ : 32 lits	PSY : 87 lits	SSR : 50 lits	HDJ : 38 pl	SSR : 30 lits
	HAD : 20 pl	HAD : 20 pl	HAD : 15 pl	SSR : 25 lits	USLD : 30 pl
	EHPAD : 253 lits	EHPAD + USLD : 305 lits	EHPAD : 140 lits	EHPAD + USLD : 371 lits	EHPAD : 160 lits
Pharmaciens	5,2 + 0,6 Radiopharmacien	5,6 + 0,4 Projet iatro.PA	4 + 0,3 Projet iatro.PA	2,5	0,8
Internes	2	1	0	0	0
Cadres	1	1 (dont 0,5 sté)	1,7 (dont 0,7 GCS sté)	0	0
Préparateurs	15,2	10,1	8,75	6,06	0,9
Agents administratifs	3,43	2	1	1	0
Magasiniers	4	2,7	1	0	0
Agents « stérilisation	4,6 en préstérilisation (4,1 agents, 0,5 IBODE) 0,8 AS référente GCS	10,8 (8 agents + 1 IDE référente + 1,8 Aide sté)	14,05 (13,05 agents + 1 AS référente)	NC	NC

## Activité en 2016

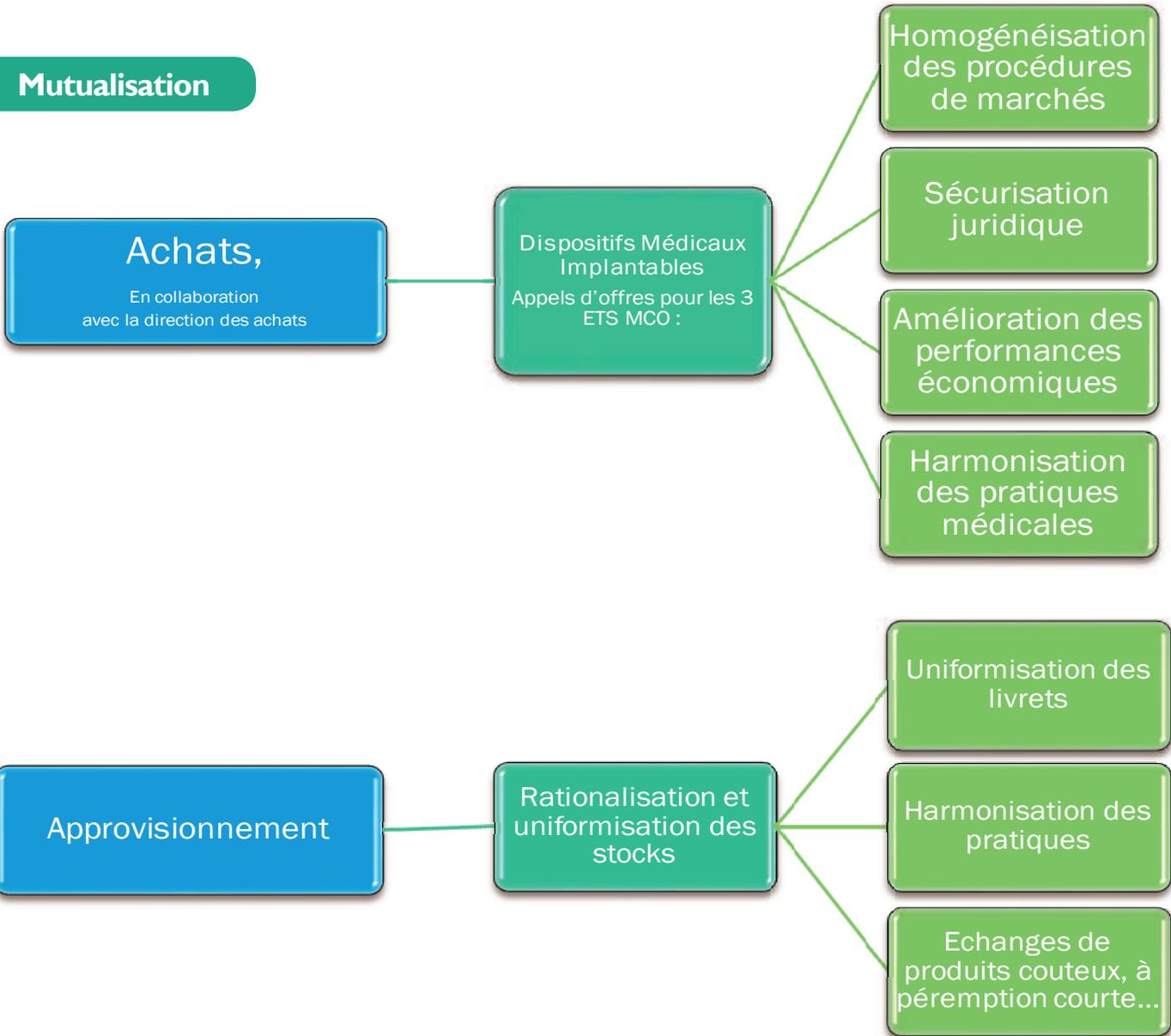
	CHAL	HDL	HDPMB	GCS Patience	HL Dufresne Sommeiller
<b>Montant des achats en produits de santé</b>	22 564 000 €	13 496 146 €	8 100 000 €	729 000 €	310 984 €
<b>% lits en dispensation nominative</b>	Journalière : 53,5 % Mensuelle : 66% (EHPAD)	0%	299/459 lits – 65% (uniquement formes orales sèches)	100% (majoritairement formes orales sèches)	0%
<b>Nb de rétrocessions</b>	3496 ordonnances 5672 lignes	2525 ordonnances 3799 lignes	1369 ordonnances 1846 lignes	0	0
<b>Nb de préparations de chimiothérapies</b>	9 569	4 415	NC	NC	NC
<b>Nb de préparations de radiopharmacie</b>	8 854	NC	NC	NC	NC
<b>Activité en stérilisation</b>	NC	1 108 m3 Nbre de compositions stérilisées : 52 154 1 975 615 unités œuvre stérilisation	989 m3 Nbre de compositions stérilisées : 63 532	NC	NC

## II ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PMP

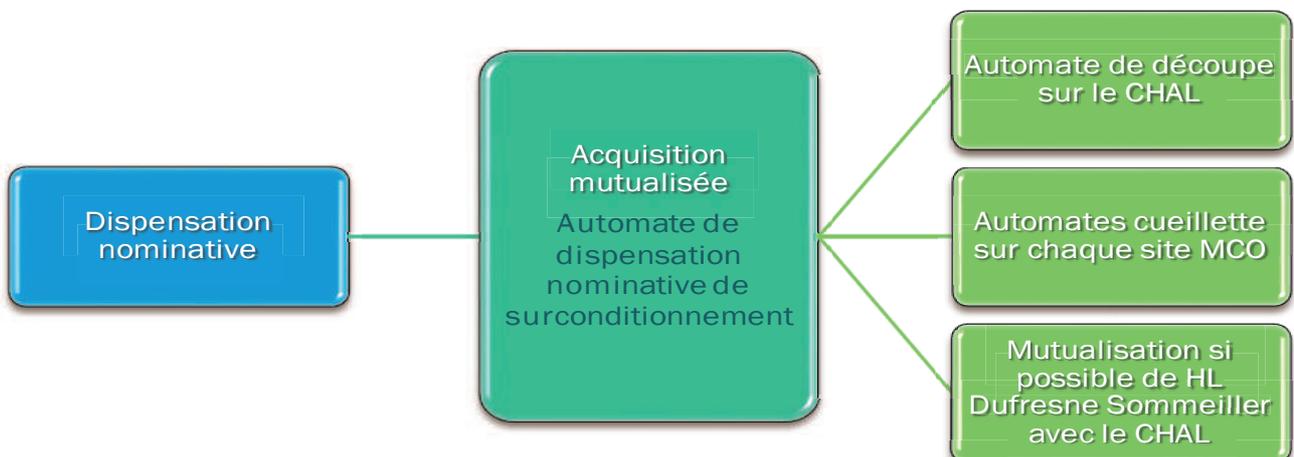


### III. DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

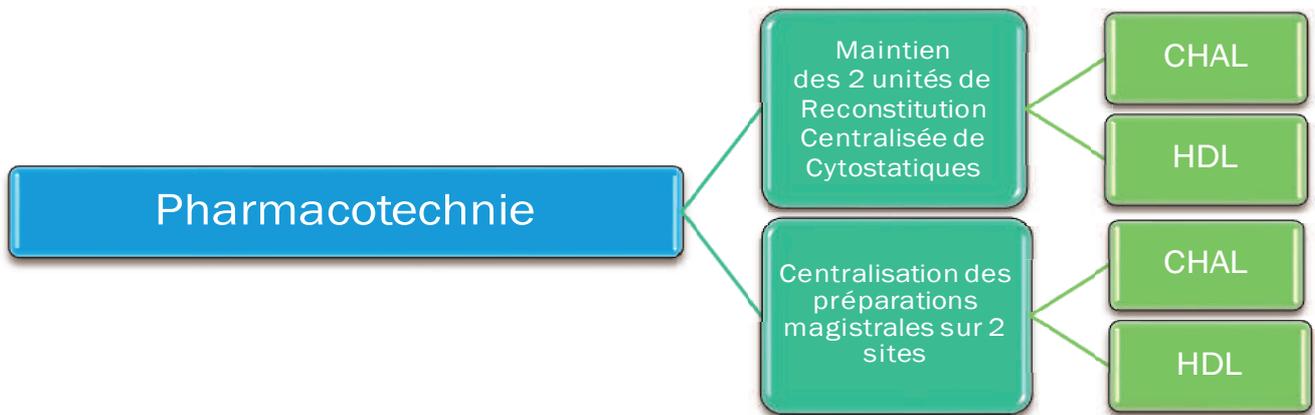
#### Mutualisation



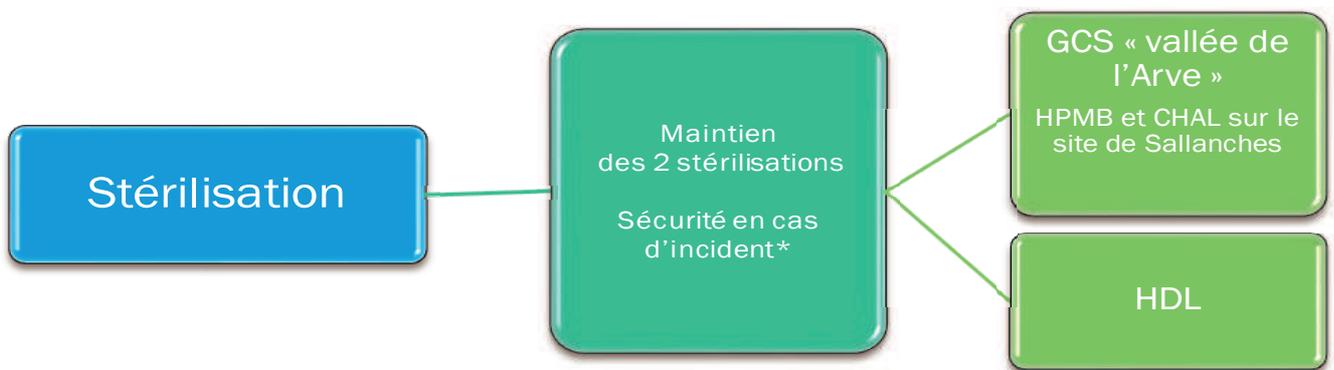
Si aboutissement du projet de robotisation de la dispensation nominative ; approvisionnement des formes orales sèches centralisé sur le CHAL pour les 3 MCO



Objectif : sécuriser le circuit du médicament et diminuer les stocks dans les unités de soins pour les 3 établissements MCO et l'hôpital local de La Tour; le GCS Patience étant déjà équipé d'un automate



Convention de sous-traitance à venir entre le CHAL et les HMB



\*Convention de secours déjà existante, coopération facilitée au sein du GHT

#### ■ Permanence pharmaceutique:

- Prise en charge de l'astreinte pharmaceutique de l'hôpital local Dufresne Sommeiller par celle du CHAL

#### ■ Convergence des systèmes d'information :

- Dossier patient : convergence au cours des prochaines années vers un système d'information commun.
- Logiciel de gestion de stock des pharmacies

## Ouvertures

#### ■ Lien ville-hôpital :

- Développement des relations avec nos confrères officinaux
- Déploiement de la conciliation médicamenteuse à l'échelle du GHT

#### ■ Lien avec les structures d'aval :

- Continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient

A photograph of a laboratory environment. In the upper half, a rack holds several multi-channel pipettes of various colors (red, green, blue, purple, pink, blue, black) with volume markings such as 200 µl, 100 µl, 50 µl, 250 µl, 100 µl, and 20 µl. The brand name 'Finnpipette' is visible on the pipettes. In the lower half, a person wearing white gloves is working with a petri dish and a small vial. The background shows a clean, stainless steel laboratory bench with various equipment and containers.

# LA FILIÈRE BIOLOGIQUE

# I. Organisation commune des activités de biologie médicale, d'imagerie et de médico-techniques :

## LES AXES DE RÉFLEXION EN MATIÈRE D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE

Jusqu'à présent la situation des hôpitaux publics se caractérise par des partenariats forts avec les radiologues libéraux de chaque bassin. Des évolutions sont rendues possibles par la technologie des équipements et plus particulièrement dans le cadre du projet AVC.

### Les projets seront donc les suivants :

- ▶ Asseoir les possibilités d'échanges d'imagerie médicale numérisée (scanner, IRM...) entre les 3 sites,
- ▶ Produire un compte-rendu à distance et de l'intégrer dans le DPI des sites de prise en charge du patient
- ▶ Développer la télé-médecine pour les patients détenus à la maison d'arrêt de Bonneville
- ▶ Mettre en place un PACS CRISA commun entre HDPMB et CHAL et étendu à brève échéance aux HDL
- ▶ Développer la radiologie interventionnelle au CHAL
- ▶ Poursuivre le développement de l'imagerie nucléaire (projet TEP scan)

La question relative à l'organisation des contraintes d'imagerie est en cours de réflexion.

## LE LABORATOIRE COMMUN DE BIOLOGIE MÉDICALE

En janvier 2012 un GCS de moyens a été créé entre les 3 établissements de la CHT, afin de mutualiser l'activité de biologie médicale.

### Les principes de cette nouvelle organisation sont les suivants :

- ▶ Création d'un laboratoire multi-site avec une plateforme et 3 sites de proximité
- ▶ Mutualisation sur la plateforme des examens dont le délai de rendu est supérieur à 3 heures
- ▶ Harmonisation des automates, des méthodes et de la gestion
- ▶ Traitement interne des examens et limitation de la sous-traitance
- ▶ Le personnel reste affecté sur son site mais placé en mise à disposition du GCS.
- ▶ Les carrières sont gérées par l'établissement d'origine.
- ▶ Participation des biologistes des sites de proximité au fonctionnement de la plateforme.
- ▶ Un plan de formation du GCS est formalisé mais reste validé par les CTE
- ▶ L'administrateur valide les recrutements et les mises en stage, et coordonne les aspects RH.
- ▶ Gestion commune des achats. Le plan d'équipement est réalisé par le GCS.

## LE BILAN APRÈS 3 ANNÉES DE FONCTIONNEMENT:

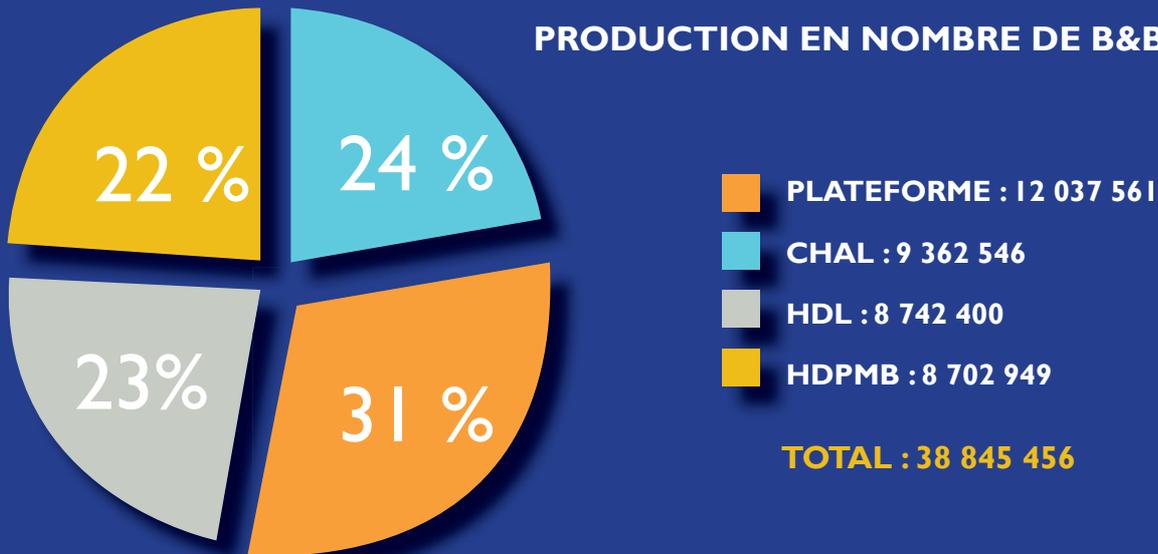
### >> INTÉRÊTS

- Un coût du B en baisse de 5.5 %, dès la première année.
- L'accès à des techniques modernes que les établissements seuls n'auraient pas pu justifier ou financer.
- La préparation à l'accréditation a été facilitée par la gestion commune de la qualité et des frais répartis.
- Plus de poids face à la concurrence ou aux fournisseurs
- Automatisation augmentée, un développement dans certains domaines, une réintégration d'analyses sous traitées
- Mise en commun intellectuelle favorisant les idées, la formation et la reconnaissance professionnelle
- Répartition des tâches.

### >> INCONVÉNIENTS :

- Les consensus à trouver entre les trois sites
- Le sentiment de dépossession et de perte de compétence des techniciens des sites périphériques et le sentiment d'en faire plus que les autres pour le personnel de la plateforme
- Difficultés à trouver une juste adéquation effectifs - activité
- Les systèmes d'information différents.
- Les difficultés de locaux pour la plateforme sur le CHAL.
- Un départ plus important que prévu de techniciens
- Un délai de transport et de rendu augmenté, et la crainte des prescripteurs de perdre en qualité de rendu
- Temps de déplacement des biologistes des autres sites

PRODUCTION EN NOMBRE DE B&BHN (2015)



	CHAL + Plateforme 2014	CHAL + Plateforme 2015	HDL 2014	HDL 2015	HDPMB 2014	HDPMB 2015	TOTAL 2014	TOTAL 2015	Evolution %
Total B produits	20 000 207	21 400 107	9 990 727	8 742 400	8 750 408	8 702 949	37 631 342	38 845 456	3,23 %
Total B sous traités (Fact./ 0,27)	2 181 926	2 068 432	948 809	1 037 901	925 465	730 702	4 056 380	3 837 035	-5,41 %
Total B	22 182 133	23 468 539	9 829 536	9 780 301	9 676 053	9 433 651	41 687 722	42 682 491	2,39 %

**Le GCS gère également par convention les analyses de plusieurs partenaires :**

- VSHA (SSR et cancérologie)
- MGEN (SSR)
- AURAL (dialyse)
- BBRAUN (dialyse)

Les projets suivants devront être développés afin de renforcer l'activité de biologie du territoire en développant les partenariats.

- Le changement du SIL qui permettra d'améliorer la circulation de l'information, la sécurité. La validation biologique à distance sera possible et favorisera l'évolution de la permanence de soins.
  - La poursuite de la démarche d'accréditation COFRAC : Rappel du calendrier.
    - ▶ 31 mai 2013 : Date limite de dépôt des preuves d'entrée dans la démarche qualité
    - ▶ 31 octobre 2016 : Accréditation d'au moins 50 % des activités de biologie médicale = dépôt du dossier de demande initiale au 30 avril 2015.
    - ▶ 31 octobre 2018 : Accréditation d'au moins 70 % des activités de biologie médicale = dépôt du dossier au 30 avril 2017.
    - ▶ 31 octobre 2020 : Accréditation de la totalité des activités de biologie médicale = dépôt du dossier au 30 avril 2019.
  - Une nouvelle feuille de route à créer pour le GCS :
    - ▶ La plateforme risquant la saturation. il convient de réfléchir à la redistribution des activités.
    - ▶ L'adaptation des moyens en fonction de cette réflexion
  - Le développement des partenariats : Le GCS a vocation à proposer des prestations pour les établissements du territoire : Hôpital Dufresne Sommeiller, Hôpital Andrevetan, Hôpital de Reignier, EPSM
- Par ailleurs, une réflexion avec le CHANGE pourrait être menée dans le cadre du développement de techniques nécessitant un volume d'activité conséquent.

## II. Déclinaison des propositions d'amélioration selon 4 thématiques.

### Informatique

- Organisation des biologistes pour répondre aux demandes
- Traçabilité des paramétrages
- Révision des bons de demande des services

### Harmonisation des pratiques et des organisations

- Travail à réaliser par les biologistes
- Transfert d'activités à étudier

### Organisation et renfort pour les techniciens

- Pré-analytique sur le CHAL et les HDL
- Renfort le week-end / CHAL et HDL
- Travail à réaliser avec les unités de soins (horaires de prélèvement et gestion des NC)

### Moyens matériels

- Outils informatiques : Scan demandé et tablette tactile

## Le projet de soins

Le projet médical et le projet de soins partagés doivent guider les établissements dans la mise en place de la gradation des soins et la structuration des filières.

Ils doivent s'appuyer sur un diagnostic territorial des besoins en santé afin d'initier des pistes de réflexions, d'arbitrer entre les différentes actions à engager, proposer des réponses nouvelles, pragmatiques et réalistes.

**Le projet de soins du GHT repose sur des valeurs communes à l'ensemble des professionnels de santé, elles sont les suivantes :**

■ **L'Humanitude**, approche philosophique des soins fondée sur l'adaptation du soignant au patient, qui doit toujours être considéré comme une personne. C'est aussi une philosophie du lien, du soutien et de l'accompagnement dans laquelle chacun est considéré comme quelqu'un d'autonome, qui peut faire ses propres choix et sait ce qui est mieux pour lui. Une méthodologie fondée sur un certain nombre de principes tels que la tolérance, l'équité, l'écoute, la discrétion.

■ **La Bienveillance** qui trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse adaptée.

Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur et n'existe que dans le croisement et la rencontre de toutes les parties en présence : institutions, professionnels, usagers, familles et proches des usagers, bénévoles.

■ **L'Interdisciplinarité** qui nécessite la collaboration de professionnels d'horizons différents dans la prise en charge de l'adulte et de l'enfant, de la personne handicapée, de la personne âgée.

Il s'agira de promouvoir une dynamique entre les différents acteurs et le fait « d'être partenaires » ce qui est différent que « d'avoir des partenaires ».

Le projet médical partagé met en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée des patients. Il identifie les activités et fonctions à mutualiser, l'organisation de la répartition des activités, la constitution de pôles inter établissements...

Le projet de soins répond aux mêmes objectifs tout en s'appuyant sur les priorités définies par le PMP.

Le projet de soins du GHT privilégie dans sa réalisation, la collaboration et le partenariat de l'ensemble des professionnels qui participe à la prise en charge de l'utilisateur dans son parcours de soin.

## I. LES OBJECTIFS DU PROJET DE SOINS

### Faire évoluer les parcours des patients en accentuant les pratiques collaboratives pour mieux agir sur les interfaces et éviter les ruptures de soins

#### ■ Les parcours patients : pertinence et efficience

Ils permettent de formaliser l'organisation et l'efficacité du parcours en structurant par exemple les chemins cliniques au sein des filières de prise en charge.

Les plans de soins types, les chemins cliniques et les guides de séjour sont des référentiels de connaissances pour les soignants mais également pour les patients et leur famille.

Il s'agit, pour des groupes homogènes de patients définis, au cœur d'une même situation de soins ou de dépendance, de formaliser une démarche clinique interdisciplinaire jalonnant précisément le parcours de prise en charge du patient.

Le chemin clinique décrit pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient.

Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou multi professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable.

#### ■ La plateforme de régulation du parcours de soins : une réponse à l'activité

Une plateforme de régulation du parcours de soins c'est : « Le bon patient au bon endroit et au bon moment » par l'optimisation de la gestion des lits en conciliant activité programmée et activité d'urgence, en fluidifiant les filières de soins, en développant de nouvelles activités en faisant face à la saisonnalité.

C'est de ce fait, renforcer le partenariat avec les réseaux de santé qui contribuent au lien entre la ville et l'hôpital : partage des procédures et des organisations mobilisables et reproductibles, par exemple, pour favoriser le maintien à domicile ou organiser la sortie d'hospitalisation. Prévoir des audits, des procédures partagées sur des thématiques transversales. Mesurer la pertinence et utilisation des logiciels communs (exemple : logiciel trajectoire)

### ■ Les réseaux de santé : mieux coordonner les soins

Les plans et programmes de santé publique s'appuient sur les réseaux de santé pour promouvoir la coordination des soins, à l'exemple des plans cancer, solidarité grand âge, amélioration de la prise en charge de la douleur, développement des soins palliatifs, psychiatrie et santé mentale ou encore, prise en charge et prévention des addictions.

Le réseau de santé c'est un groupe de professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux qui travaillent conjointement pour coordonner le parcours de santé de patients autour d'une pathologie (par exemple le diabète, la mucoviscidose, etc.) ou d'une thématique de santé (grand-âge, handicap, précarité, santé sexuelle, mère-enfant, ...)

Il conviendra dans le cadre du GHT de faciliter les échanges avec ces partenaires indispensables à la prise en charge des usagers, en utilisant par exemple des sites WEB commun avec accès sécurisé pour échanger les informations nécessaires au suivi des patients à l'instar de ce qui se fait entre les unités d'hospitalisation à domicile, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux.

### ■ L'éducation thérapeutique : le patient acteur dans la prise en charge de sa maladie chronique

L'Education thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches.

Bien que les équipes travaillent déjà sur des programmes d'éducation thérapeutique, il faut envisager de soutenir les projets en la matière.

L'ETP doit être réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, engagés dans un travail en équipe dans la coordination des actions, le GHT doit permettre la mutualisation des compétences de l'ensemble des acteurs concernés.

## Promouvoir un management éthique

La réflexion sur les principes éthiques d'un management humain et durable s'impose pour que les valeurs qui en découlent soient partagées par tous les acteurs hospitaliers.

Il s'agira de mettre en adéquation qualité de vie au travail et qualité des soins dans le management global des équipes.

Pour ce faire il est souhaitable de rédiger un projet managérial commun aux établissements du GHT qui définirait les principes éthiques, formaliserait les valeurs partagées et définirait la fonction managériale.

### ■ Le développement professionnel continu des cadres

Le Développement Professionnel Continu fait partie des obligations réglementaires des professions de santé. Pour autant, il est proposé de pouvoir s'emparer de ce dispositif pour la fonction managériale. Notre société voit ses repères bousculés, la nouvelle donne générationnelle induit des comportements nouveaux à l'hôpital. Nos établissements se transforment aussi, en fonction de son environnement et des modes de prise en charge.

Les cadres sont amenés désormais à gérer la complexité de l'environnement et les nouvelles attentes des professionnels et donc à faire évoluer leurs modèles conceptuels de management.

### ■ Attractivité et fidélisation

Les établissements du GHT sont confrontés à une réelle problématique d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé sur le territoire, en raison de la proximité avec la Suisse.

L'étude réalisée par l'EPSM sur le « Turn Over des infirmiers » devrait servir de point de départ pour une réflexion approfondie sur les moyens à mettre en œuvre pour fidéliser les professionnels de santé et développer l'attractivité de nos établissements.

La mutualisation des ressources et compétences rares devrait permettre le renforcement d'équipes communes, de postes partagés et la valorisation des domaines d'expertise des professionnels.

## Le développement des compétences et la professionnalisation

Les compétences professionnelles sont un enjeu majeur pour la sécurité et la qualité de la prise en charge qui amène à conjuguer la sécurisation des pratiques des jeunes professionnels et la détermination d'un socle de compétences communes favorisant la poly-compétence et la mobilité, mais aussi le développement des compétences expertes, disciplinaires ou transversales, afin de favoriser l'accompagnement des innovations technologiques et des nouveaux modes de prise en charge.

Les partenaires de la formation initiale et continue ont largement été sollicités dans la co-construction d'objectifs propres à ce domaine.

### ■ La politique de formation initiale au niveau du groupement

C'est mettre en cohérence les orientations définies en matière de formation initiale dans le cadre du GHT avec le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales.

Il sera nécessaire au préalable de réaliser un état des lieux de l'offre de formation proposée au sein du GHT (2 IFSI et 3 IFAS) en s'assurant qu'il existe une répartition équilibrée et de proximité de l'offre sur le territoire du groupement.

Cet axe implique notamment de renforcer la mutualisation des actions et des projets entre les écoles et les instituts de formation, de mettre en commun les moyens et les ressources.

Concrètement la définition d'une politique de stage commune permettant aux étudiants de réaliser des stages apprenants et qualifiants est un postulat de départ.

Il faudra ensuite construire en partenariat avec les professionnels des établissements partenaires une charte d'accueil des étudiants et mettre à leur disposition une base de données regroupant le descriptif de l'ensemble des terrains de stage présents sur le territoire du GHT.

De nouvelles méthodes pédagogiques telles que les plateformes e-learning, la simulation en santé sont aujourd'hui en plein développement et répondent aux attentes des jeunes générations, il faudra les promouvoir au sein des Instituts du GHT. L'acquisition à l'avenir d'un système d'information commun devrait permettre la mise en œuvre de ces projets.

### ■ La formation continue : répondre aux besoins des professionnels

Réaliser un catalogue de l'ensemble des formations proposées par les Instituts à destination des professionnels de santé : préparation aux concours, tutorat, assistant de soins en gérontologie, validation des acquis de l'expérience pour les aides-soignants, etc .... et en faire la promotion.

### ■ Développer les pratiques avancées : acquérir de nouvelles compétences

La pratique avancée est centrée de manière privilégiée sur le domaine de la pratique clinique, elle se distingue des pratiques habituelles et s'inscrit dans la discipline infirmière dont elle partage les valeurs, les cadres de référence et le cœur de métier.

Ainsi deux orientations sont possibles, l'infirmière praticienne et l'infirmière spécialiste clinique. Les domaines approfondis de la praticienne sont la cancérologie, la gérontologie, les maladies chroniques et la dépendance, la santé mentale. La spécialiste clinique se situe plus sur la coordination du parcours complexe, et participe à la démarche qualité.

La loi de modernisation de notre système de santé définit le cadre général de cet exercice et du développement des formations en pratiques avancées.

### ■ La recherche en soins : un enjeu de qualité et de sécurité des soins

La contribution de la recherche en soins des paramédicaux, partage avec la recherche médicale les mêmes finalités de production de savoirs et/ou de validation des savoirs. Son champ d'application concerne différents domaines : les contributions des métiers des soignants aux soins dispensés, ainsi que la gestion, la sécurité et l'organisation de ces soins. L'acquisition des compétences en recherche paramédicale est devenue un impératif pour répondre à ces enjeux de santé et assurer la qualité et la sécurité des soins.

Insuffisamment développée au sein des établissements du GHT, la convention de partenariat signée avec le CHU de Grenoble est une réelle opportunité pour bénéficier de l'expertise de professionnels déjà engagés dans des programmes de recherche paramédicale (PHRIP).

A noter que L'EPSM et l'IFSI d'Ambilly participent aux réflexions menées par le Centre Ressource des Métiers et Compétences en Psychiatrie. Une initiative inédite en France en faveur de la reconnaissance des métiers, des savoirs spécifiques et des pratiques innovantes en psychiatrie et santé mentale.

## ■ Evolution des pratiques professionnelles : entre partage et innovation

Les pratiques professionnelles évoluent, elles s'adaptent à une société en mouvement, aux attentes plus marquées des patients, et à des besoins de santé se diversifiant : précarité, comportements à risque, évolution de la structure familiale, vieillissement, poids accru des représentants des usagers et du droit des malades.

Elles accompagnent les mutations des organisations : l'hospitalisation n'est plus le centre de la prise en charge, la mobilité des professionnels et des dispositifs devient prépondérante. Elles intègrent de nouvelles techniques et connaissances scientifiques. L'ensemble de ces facteurs modifie sensiblement l'environnement de l'exercice professionnel et requiert le développement de nouvelles compétences pour les soignants confrontés à ces évolutions.

Dans ce contexte, il sera au sein du GHT tout à la fois de pouvoir explorer des pratiques partagées que de pouvoir mettre en lumière des pratiques innovantes expérimentées.

Ainsi le projet de simulation en santé devra être porté par l'ensemble des établissements partenaires.

D'autres relais sont à organiser entre les différentes instances : CLUD, CLAN, CLE, CLIN... dans l'objectif d'un partage d'expérience.

## ■ Les coopérations entre professionnels de santé

L'apparition de nouveaux besoins en santé, les progrès technologiques et parallèlement une tension sur la démographie médicale amènent à réfléchir sur la mise en place de nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé.

L'objet de la coopération entre professionnels de santé est selon l'art. 51 de la loi HPST, « d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. ». Il s'agit, pour les professionnels, de déroger à leurs conditions habituelles et légales, d'exercice, et de permettre des transferts de responsabilité.

De nombreuses expérimentations validées par l'HAS et les ARS ont vu le jour sur l'ensemble du territoire national, elles sont répertoriées et évaluées par exemple, ophtalmologue et orthoptiste, une consultation infirmière pour le suivi de patient porteur d'un diabète, entre radiologue et manipulateur en électroradiologie (réalisation d'échographie).

Une convention est actuellement en cours de réalisation entre les HDL, les HDPMB et le CHAL pour la création d'une équipe territoriale sur les accès vasculaires.

## II. LES PRINCIPES STRUCTURANTS LE PROJET DE SOINS

■ **L'adoption d'une vision territoriale des soins, de la gradation des soins permettant d'engager un travail sur la complémentarité des différents établissements au sein du GHT.**

■ **Un ancrage dans un diagnostic partagé des besoins en santé du territoire et de l'offre en réponse.**

■ **Une interaction dynamique avec le projet médical partagé voire la promotion d'un document unique sous la forme d'un projet médico-soignant.**

■ **Le développement d'une culture commune sur le GHT porteuse de sens, garante des valeurs soignantes.**

■ **La réalisation de parcours professionnels coordonnés, l'amélioration des pratiques et la transmission des savoirs.**

■ **La qualité et la sécurité des soins : introduire et pérenniser un management par la clinique susceptibles d'engager les professionnels à se mobiliser comme véritables « acteurs clés » de la réorganisation au service des usagers.**

■ **Le respect des droits des usagers et la recherche de leur participation, les usagers positionnés comme partenaires, la place des associations et des patients « experts ».**

■ **Une élaboration réalisée conjointement avec les acteurs clés de la production de soins (corps soignant, médical, patient et usagers) et en partenariat avec l'ensemble des institutionnels notamment via la CSIRMT du GHT.**



# Les axes qualité du PMP

## 1. Accompagner les différentes filières de prise en charge patient dans la mise en œuvre d'actions d'amélioration et d'évaluation

- Formaliser les parcours patient;
- Définir les indicateurs spécifiques d'évaluation de la qualité-sécurité des prises en charge (ex: délais de prise en charge aux étapes clés, tenue du dossier, pertinence des soins, ...)
- Développer les outils d'évaluation HAS à l'échelle du GHT: Patient traceur, indicateurs IPAQSS,...
- Evaluer la satisfaction des patients par filière;
- Définir les modalités de recueil, partage et analyse des événements indésirables survenus au sein des filières.

## 2. Préparer une certification HAS commune

### Travailler sur des processus prioritaires :

- Le circuit du médicament;
- Le dossier patient;
- Les droits des patients;
- Les activités interventionnelles: bloc opératoire, salles de naissance, endoscopie;

## 3. Développer une culture sécurité dans les établissements du GHT

### Promouvoir les démarches d'amélioration de la qualité au moyen d'actions de communication communes :

- Mise à disposition d'une base documentaire commune;
- Travail commun sur les thématiques de la semaine de la sécurité des patients;
- Echange de travaux de communication réalisés par chaque établissement.