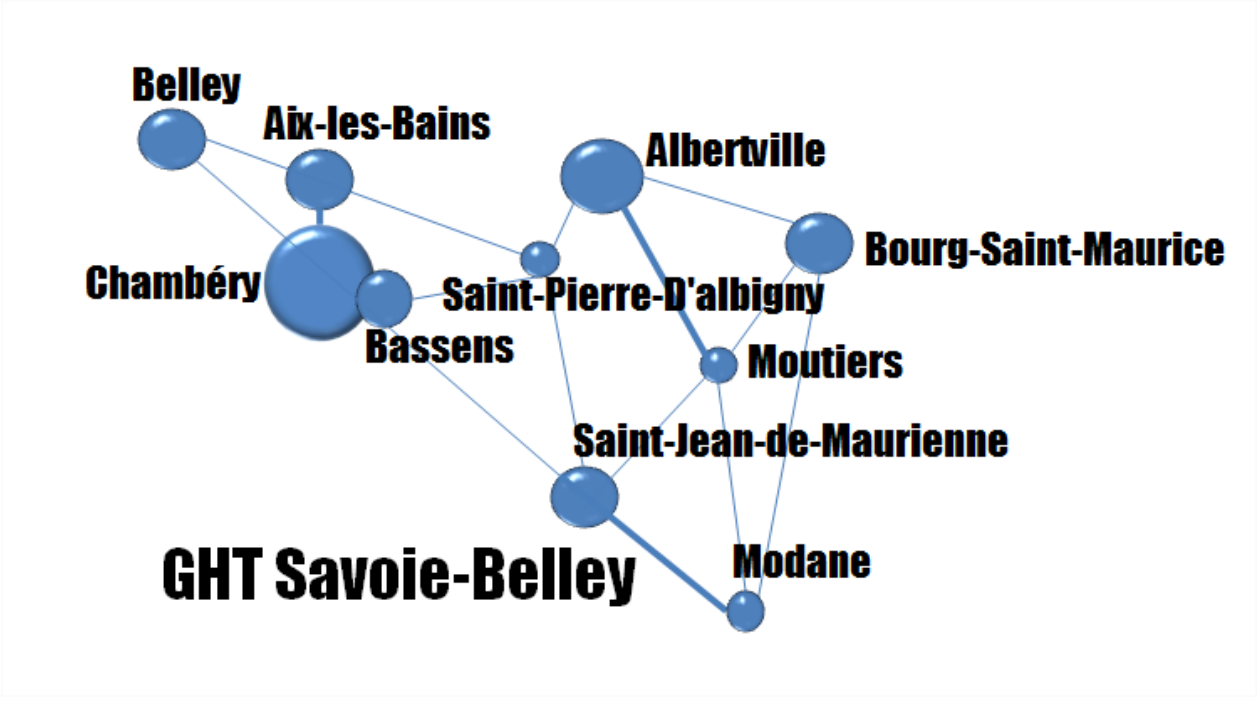
GHT Savoie-Belley

Groupement hospitalier de territoire SAVOIE BELLEY

PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE 2017 – 2021



SOMMAIRE

1. **Préambule : présentation du GHT Savoie Belley**

2. **Le projet médical partagé (PMP)**

2.1. Méthodologie d'élaboration

2.2. Environnements démographique, géographique et sanitaire

2.3. Etat des lieux de l'offre de soins sur le territoire

2.4. Enjeux

2.5. Les filières et thématiques prioritaires

⇨ **LES FICHES PROJETS PAR FILIERE**

- 1. Urgences
- 2. Médecine et maladies chroniques
- 3. Périnatalité – pédiatrie - orthogénie
- 4. Chirurgie
- 5. Cancérologie
- 6. Psychiatrie / handicap
- 7. Filière gérontologique
- 8. Médicotechnique

2.6. Projet de soins

2.7. Projets transversaux sur les fonctions support

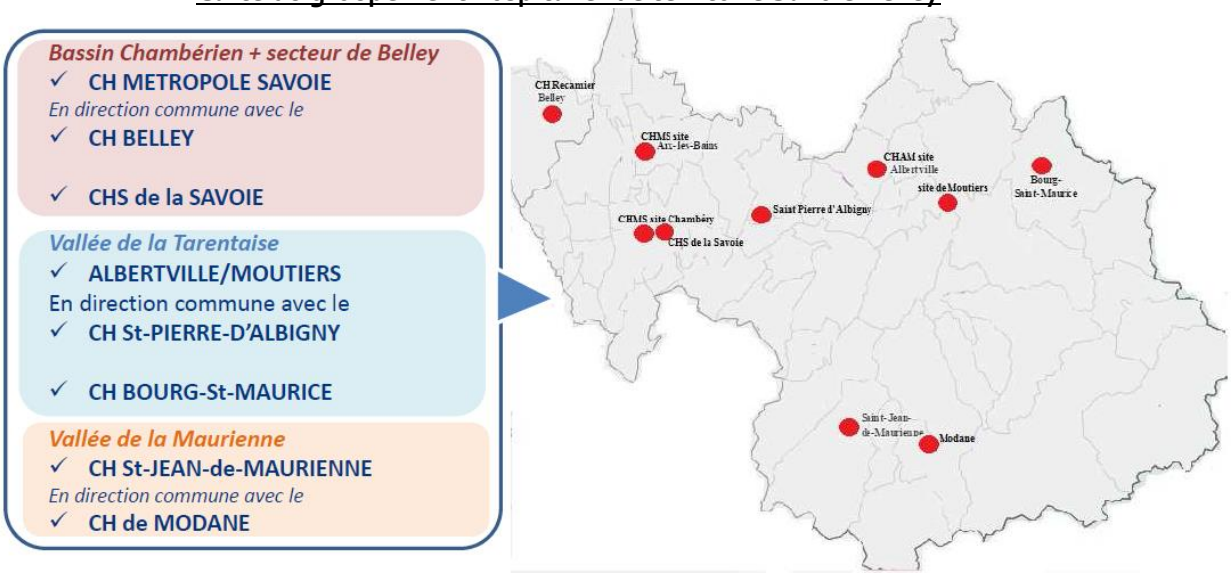
⇨ **LES FICHES PROJETS PAR FONCTION SUPPORT**

2.8. Mise en œuvre

1. Préambule - présentation du GHT Savoie Belley

Conformément à l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, les 8 établissements publics de santé du département de la Savoie et du secteur de Belley se sont engagés le 1er juillet 2016 dans la constitution d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) dont le centre hospitalier Métropole Savoie a été désigné établissement support. Une convention constitutive de groupement a été signée afin d'en préciser le cadre et les modalités de gouvernance.

Carte du groupement hospitalier de territoire Savoie Belley



L'objectif du GHT est de permettre aux établissements membres de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

A ce titre, le projet médical partagé suivant est élaboré, en complément de la convention constitutive préalablement élaborée. Il en constitue ainsi le 1er avenant.

2. Projet médical partagé

C'est à partir et autour de l'hôpital que la prise en charge du patient s'organise : l'hôpital constitue ainsi, dans le territoire, « l'ultime recours aux soins ». A ce titre, il demeure le pilier de notre système de santé.

Au-delà de ses missions premières d'accès et de permanence des soins, l'hôpital est un acteur majeur de la prévention. Il assure, en outre, des missions de formation et d'enseignement et concourt aux actions de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé. Des principes d'égalité, de neutralité, de continuité et d'adaptabilité guident son action au quotidien.

Le présent projet médical partagé, eut égard aux missions et principes rappelés ci-dessus, porte et défend des engagements guidés par les valeurs du service public hospitalier. Il entend ainsi :

- être au service des patients pour leur assurer une écoute, une information et une prise en charge adaptée ;
- faire preuve de créativité et d'initiative afin de favoriser l'innovation ;
- être le garant, à travers la formation et le maintien d'un haut niveau de compétences, d'un prise en charge de qualité et sécurisée ;
- favoriser, dans le respect du principe de subsidiarité, une prise en charge conciliant expertise et proximité.

Il exprime l'ambition d'une vision partagée des évolutions à prendre en compte pour :

- garantir aux patients les meilleurs soins de proximité ;
- assurer aux patients l'accès à une offre de référence et de recours.

Le travail collectif mené dans ce cadre s'inscrit dans une volonté de réaliser un état des lieux cohérent et partagé de l'ensemble des modalités d'organisations médicales sur le territoire pour permettre une réflexion prospective de l'organisation de l'offre de soins. Il doit permettre aux établissements membres de continuer à développer les synergies entre eux, d'améliorer le travail et la coordination des acteurs de santé qu'ils soient publics ou privés.

L'objectif poursuivi vise, dans un premier temps, à développer les complémentarités entre établissements du territoire tout en intégrant les évolutions technologiques et les problématiques de démographie médicale à court et moyen termes. La démographie médicale constitue en effet un enjeu majeur nécessitant de prendre en compte les problématiques propres à chaque établissement de santé tout en conduisant une réflexion sur l'organisation territoriale de la prise en charge médicale.
Dans un second temps, les établissements concernés s'engagent à poursuivre les travaux et rencontres afin d'identifier pour chaque filière, un parcours de soins patient plus intégré, alliant moyens et gestion mutualisés.

2.1. Méthodologie d'élaboration

L'élaboration du projet médical du GHT a donné aux acteurs hospitaliers de chaque établissement public de santé, l'opportunité d'être représenté et de faire valoir son positionnement et ses spécificités.

La réflexion conduite a pris en compte tout à la fois les problématiques de santé environnementales et territoriales, les orientations du schéma régional d'organisation des soins (SROS), du plan stratégique régional de santé (PRS) et du cadre d'orientation stratégique (COS).

Plusieurs étapes ont encadré la réflexion et la démarche engagées par les établissements :

Mise en place d'une instance de pilotage
Un comité de pilotage a été mis en place dès janvier 2016 afin d'encadrer la réflexion et de suivre l'ensemble de la démarche.
Ses missions principales ont été définies comme suit :

- arrêter la stratégie et le cadre de référence,
- définir les axes et thématiques communs sur l'ensemble du territoire et par secteur géographique,
- valider les orientations ciblées, le support de travail utilisé par les différents groupes de travail,
- assurer le suivi et vérifier la cohérence des travaux conduits par les différents groupes de travail.

Sa composition a été la suivante :

- Représentants médicaux et direction de chaque établissement :
  - Directeur et/ou ses représentants
  - Président de la CME et/ou son représentant
  - Directeur des soins et/ou son représentant
  - Praticien responsable du DIM et/ou son représentant
- Représentants de l'ARS Rhône-Alpes:
  - Le délégué départemental et/ou son représentant
  - Les médecins inspecteurs de la délégation départementale, en fonction des thématiques traitées.

Le comité de pilotage s'est réuni 14 fois entre le 27 janvier 2016 et le 22 juin 2017 sur différents sites hospitaliers des établissements membres.

Définition des orientations médicales prioritaires
Le comité de pilotage a défini, conformément aux dispositions réglementaires, des filières médicales, déclinées en plusieurs thématiques, à traiter prioritairement dans le projet médical partagé : ces filières, au nombre de 8, ont été transmises et validées par l'ARS le 1er janvier 2017. Il s'agit de : 1. Urgences, 2. Médecine et maladies chroniques, 3. Périnatalité – pédiatrie - orthogénie, 4. Chirurgie, 5. Cancérologie, 6. Psychiatrie / handicap, 7. Filière gérontologique, 8. Médicotechnique.

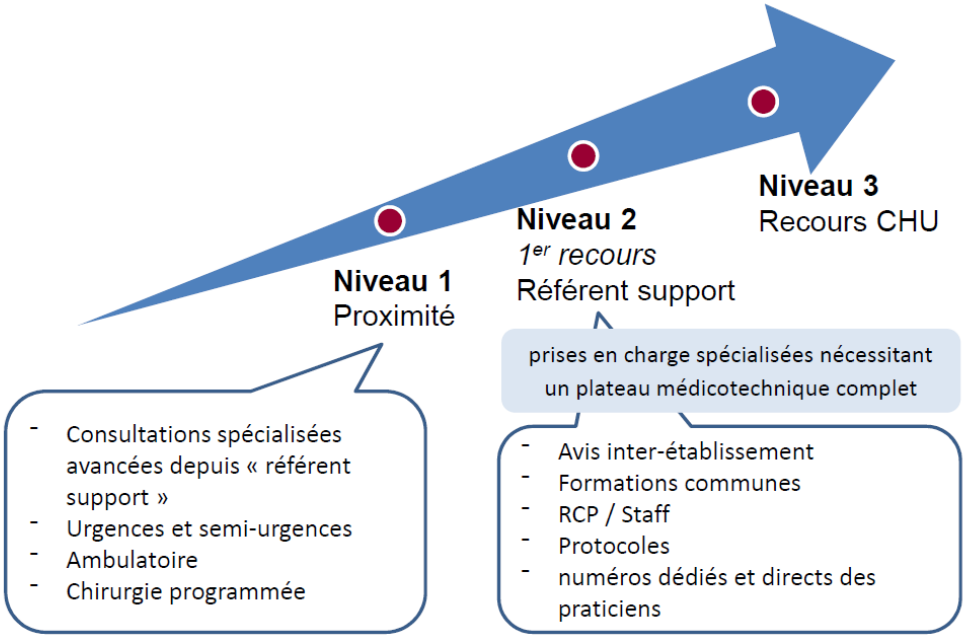
Elaboration pour chaque thématique de fiches projets
Pour chaque thématique médicale, un travail collégial associant, pour chaque établissement, direction, praticiens de la spécialité concernée, direction des soins, président de la CME a permis d'identifier les axes à développer ou conforter au titre de la spécialité médicale ou du

secteur d'activité support concerné. L'élaboration d'une fiche projet a répondu au format suivant :

- état des lieux ;
- axes de travail ;
- forces/faiblesses ;
- indicateurs ;
- calendrier.

Pour chaque fiche, une version martyre a été préparée par l'établissement désigné pilote avant d'être diffusée aux directions et présidents CME des établissements membres une semaine avant l'organisation d'une visioconférence réunissant direction, praticiens de la spécialité concernés, direction des soins, président de la CME. Les séances de travail intermédiaires ont permis d'éviter d'emboliser le comité de pilotage tout en tenant compte des échanges et du nécessaire temps d'analyse de tous les acteurs concernés. Au terme de cette étape, le comité de pilotage a, au fur et à mesure, validé les travaux réalisés.

La réflexion engagée sur chaque filière médicale a suivi le modèle présenté ci-dessous :



Mise en place de groupes de travail spécifiques sur les fonctions support

Plusieurs groupes de travail spécifiques ont été mis place parallèlement aux réflexions conduites sur les filières médicales afin de coordonner les actions des membres du groupement sur les fonctions support suivantes :

- fonctions achats et logistique ;
- coordination des écoles ;
- système d'information hospitalier ;
- DIM ;
- qualité et gestion des risques ;
- ressources humaines médicales ;
- formation continue et DPC ;
- biomédical.

Chacun des groupes, associant des représentants de tous les établissements, a travaillé à l'élaboration d'une fiche projet sur le même modèle que les fiches projets des filières médicales et a identifié, à ce titre, plusieurs axes de travail. Chaque fiche a été présentée et validée en COPIL afin d'être jointe au présent projet médical.

Elaboration du projet médical partagé

L'ensemble des fiches projets validées par le COPIL est rassemblé et compose le présent projet médical partagé. Ces fiches projets actent les axes majeurs de travail identifiées entre les membres du GHT et déclinent les actions à conduire à ce titre sur le territoire du groupement dans les 5 prochaines années.

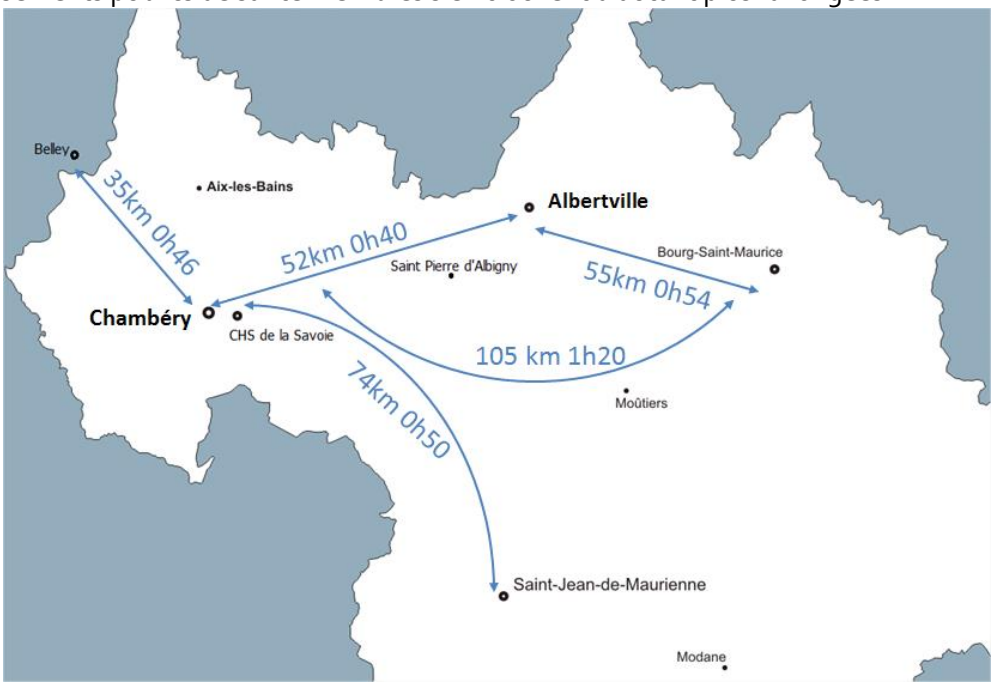
2.2. Environnements géographique, démographique et sanitaire

La réflexion conduite autour du projet médical partagé a été conditionnée par la prise en compte de l'environnement à la fois démographie, géographique et sanitaire du territoire.

2.2.1. Géographie du territoire

- **Département de la Savoie**

La configuration géographique du territoire Savoie–Belley est structurée par deux grandes vallées alpines, la vallée de la Tarentaise et la vallée de la Maurienne, dont le débouché naturel est Chambéry. Les vallées sont très longues, sans réelles possibilités d'interconnexion, sinon quelques cols impraticables l'hiver. Aussi, elles ne se parcourent que sur leur longueur, ce qui ajoute une difficulté par rapport à une zone rurale de plaine. Les distances entre les établissements publics de santé membres s'en trouvent d'autant plus rallongées.



Le temps moyen de parcours entre les ES du GHT est de 53 minutes.

- **Secteur de Belley**

Le secteur de Belley, représentant les cantons de Belley, Champagne-en-Valromey, Seyssel, Virieu-le-Grand et Lhuis, est relativement isolé de par sa configuration géographique et éloigné de Bourg-en-Bresse. De ce fait, il est tourné historiquement et économiquement vers Chambéry.

2.2.2. Population et état de santé sur le territoire

L'évolution démographique du territoire Savoie-Belley s'inscrit dans la dynamique régionale, avec des spécificités plus marquées sur les zones de montagne et le secteur de Belley.

- **Département de la Savoie**

Contexte général

Avec 426.924 habitants recensés en 2014, le département de la Savoie s'inscrit dans le dynamisme de croissance démographique que la région Auvergne-Rhône-Alpes et ses 7,8 millions d'habitants (2ème région en nombre d'habitants, derrière l'Ile de France).

La densité départementale, qui s'établit, en 2012 (à actualiser avec les données 2016), à 70 habitants au km², demeure toutefois en deçà des moyennes régionales (109 hab./m²) et nationales (118 hab./m²).
Pour autant, la population continue d'augmenter, plus rapidement en moyenne qu'en Auvergne Rhône Alpes, avec une évolution de la population constatée en 2012 de + 0,8 % contre + 0,7 % en région. La croissance se concentre à l'ouest du département (notamment les trois principales villes du département : Chambéry, Aix-les-Bains et Albertville), le long de l'axe Montmélian-Grésy-sur-Aix, Montmélian-Albertville, dans l'avant pays savoyard.

				Variation relative annuelle 2009-2014 (%)		
	Population 1999	Population en 2009	Population en 2014	Totale	Due au solde naturel	Due au solde apparent des entrées et des sorties
Chambéry	55 786	56 476	59 490	1	1	1
Aix-les-Bains	25 732	26 819	30 291	2,5	0	3
Albertville	17 340	18 967	18 950	0	1	-1
La Motte-Servolex	10 912	11 383	11 726	0,6	0	0
La Ravoire	6 555	7 458	8 032	1,5	1	1
Saint-Jean-de-Maurienne	8 902	8 374	7 889	-1,2	0	-1
Bourg-Saint-Maurice	6 747	7 650	7 204	-1,2	1	-2

Source INSEE

L'indice de vieillissement (rapport entre les plus de 65 ans et les moins de 20 ans) est équivalent à ceux constatés en région et France métropolitaine et s'établit en 2012 à 0,7.

Le département de la Savoie se caractérise, en outre, par son activité touristique hivernale (montagne) et estivale (lac, montagne, tourisme vert et Thermalisme) qui conduit à des fortes variations de population en fonction des saisons.
La période hivernale en Tarentaise et en Maurienne (du 15 décembre au 30 avril) est une période touristique importante. Le carrefour des vallées alpines constitue le plus grand domaine skiable du monde, avec pour conséquence, une augmentation très importante et brutale du bassin de population qui passe de 110 000 à près de 500 000 habitants en Tarentaise et 44 000 à 180 000 habitants en Maurienne. Cette période engendre une forte augmentation de l'activité médico-chirurgicale qui affecte principalement la traumatologie et les services des urgences, essentiellement sur le site de Moûtiers mais de façon également significative sur les sites d'Albertville, Bourg Saint Maurice et Saint Jean de Maurienne.
Ainsi, en Savoie, la population atteint environ 1 million de personnes en saison hivernale, inégalement répartie sur le territoire. Ce phénomène a un impact fort sur l'activité médicale des soins urgents et l'activité chirurgicale, principalement pour les établissements de santé des deux vallées (Tarentaise et Maurienne).

Etat de santé départemental
Le taux de mortalité en Savoie s'établit à 757.5 pour 100.000 habitants, en dessous des moyennes régionale (770.8) et nationale (801.1). Le département fait ainsi partie des 4 départements de la région ayant le plus faible taux de mortalité, toutes causes confondues. Il en va de même pour la mortalité prématurée (<65 ans).

Pathologies
La mortalité par cancer en Savoie s'établit à 216,9 pour 100.000 habitants, en deçà des moyennes régionale (219.8) et nationale (229.1).

- S'agissant plus particulièrement de la mortalité par cancers de la trachée, bronche et poumons (39 pour 100.000 hab.), le département dispose du taux le plus faible, après la Haute Loire, en région Auvergne-Rhône-Alpes.
- le nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein (159,9 pour 100.000 ha.) fait également partie des plus faibles de la région.

En revanche,
- la mortalité par cancer colorectale (24,7 hab pour 100.000) est en dessus de la moyenne régionale (24,6 hab pour 100.000) bien qu'en dessous de la moyenne nationale (25,2 hab pour 100.000) ;
- la mortalité par cancer de la prostate (37,9 hab pour 100.000) est en dessus des moyennes régionales et nationales (respectivement 36,2 et 36,1 hab pour 100.000).

Les taux de participation au dépistage des cancers du sein et colorectal en Savoie sont bien dessus de la moyenne régionale (respectivement 60,9% et 38,8 % contre 55,7% et 32,2% en région) ce qui place la Savoie en tête des départements d'Auvergne-Rhône-Alpes en la matière.

Concernant les maladies cardio-vasculaires, la mortalité en Savoie s'établit à 201.5 pour 100.000 habitants, contre 200.9 en région et 208.4 en France métropolitaine.
- le taux de mortalité pour cardiopathies ischémiques est inférieur aux moyennes régionales et nationales (48.1 contre 50.3 et 52.6 pour 100.000 hab.) ;
- le taux de mortalité pour accident vasculaire cérébral est supérieur à la moyenne régionale (44.4 contre 43.2).

Concernant le diabète, la prévalence en affection de longue durée demeure faible en Savoie (3 227 pour 100.000 hab.), par rapport aux moyennes régionales (3 755 pour 100.000 hab.) et nationale (3 861 pour 100.000 hab.).

Concernant les maladies neurodégénératives, le taux annuel de nouvelles admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences (102,9 pour 100.000 hab.) demeure en dessous de la moyenne régionale (100,6) tout comme le taux de nouvelles admissions en ALD pour maladie de parkinson (24,7 pour 100.000 hab. contre 28,2 en région. Sur ce dernier point, la Savoie dispose d'un des plus faibles taux d'Auvergne-Rhône-Alpes (avec le Puy-de-Dôme).

Concernant les maladies respiratoires, le taux de mortalité par bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est dans la moyenne régionale (15 pour 100.000 hab. contre 15,2 en région) et en dessous de la moyenne nationale (16).

Facteurs de risque
A noter que malgré le bon état de santé général de la population en Savoie, les mortalités par pathologies liées à l'alcool sont plus élevées que la moyenne en Auvergne-Rhône-Alpes avec un taux de 25,9 pour 100.000 habitants contre 24,2 en région.

- **Secteur de Belley**

Contexte général
Située dans le département de l'Ain, la zone de soins de proximité de Belley couvre les cantons de Belley, Champagne-en-Valromey, Seyssel, Virieu-le-Grand et Lhuis. Elle compte 38.322 habitants en 2012 contre 33.617 en 1990. Le nombre d'habitants a progressé de +1,3 % par an entre 2007 et 2012.

L'indice de vieillissement (rapport entre les plus de 65 ans et les moins de 20 ans) est proche de ceux constatés en Savoie, région et France métropolitaine (0,7) et s'établit en 2012 à 0,8.

Etat de santé départemental

Sur la zone de soins de proximité de Belley, les indicateurs de santé sont plus défavorables en ce qui concerne :

- la mortalité pour cancers du sein, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, diabète, suicide, chutes accidentelles ;
- le taux de patients hospitalisés pour pathologies liées à l'alcool, tentative de suicide ;
- le taux d'admission en Affection de Longue Durée (ALD) pour cancer du sein, cancer du côlon-rectum, maladies cardio-vasculaires ;
- le taux de patients sous traitement neuroleptiques et sous traitement psychotrope.

2.2.3. Démographie médicale

- **Département de la Savoie**

En 2015, les huit départements de la région Rhône-Alpes recensent 27.323 médecins inscrits au tableau de l'Ordre, qui représentent 9,7 % de l'effectif national, dont 19.707 en activité régulière. L'ensemble des départements enregistre une hausse des effectifs des médecins sur la période 2007-2015.

La Savoie compte, en 2015, 693 médecins généralistes et 614 spécialistes et devrait connaître une évolution plutôt favorable dans les prochaines années : ainsi, selon l'atlas de "La démographie médicale en région Rhône-Alpes" publié par l'Ordre national des médecins, le nombre des médecins généralistes et spécialistes devrait augmenter respectivement de + 4,9 % et + 5,4 % d'ici à 2020.

Avec une densité moyenne de 314 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, le département de la Savoie est en-dessus de la densité régionale (306). L'amélioration de la couverture médicale sur le département devrait se poursuivre, grâce au dynamisme et à l'attractivité dont bénéficient la région et le département, pour s'établir, selon les prévisions établies, à 321 médecins en 2020.

- **Secteur de Belley**

Concernant le secteur de Belley, on dénombre 73 médecins généralistes en 2014 et 13 spécialistes installés en secteur privé.

2.3. Etat des lieux de l'offre de soins sur le territoire

La réflexion conduite autour du projet médical partagé s'est également appuyée sur l'offre de soins publique et privée présente sur le territoire.

2.3.1. Offre de soins publique

2.3.1.1. Répartition de l'activité

L'offre de soins publique sur le territoire Savoie-Belley est répartie comme suit :

- ***sur le secteur MCO/SSR,***

7 des 8 établissements publics de santé membres du GHT sont répartis sur 9 sites géographiques (le CHMS dispose de 2 sites distincts : Chambéry et Aix les Bains).

Le centre hospitalier Métropole Savoie est l'établissement référent du territoire de santé et couvre toutes les spécialités, à l'exception de la chirurgie cardiaque, la neuro chirurgie et les greffes d'organes.

- ***sur le secteur psychiatrique,***

Le centre hospitalier spécialisé de la Savoie fédère :

- 16 CMP,
- 10 CATTP,
- 20 CMP infanto-juvénile,
- 12 CATTP infanto-juvénile.

- ***sur le secteur médico-social,***

Les structures médico-sociales publiques du département savoyard et du secteur de Belley viennent compléter l'offre de soins médico-sociale hospitalière, essentiellement tournée vers l'accueil et l'hébergement des personnes âgées.

2.3.1.2. Analyse de l'activité

Les **capacités en lits et places** des 8 établissements publics de santé membres se répartissent de la manière suivante :

Lits & places installés au 31/12/15 *source SAE*	CH Métropole Savoie Chambéry	CH Récamier Belley	CH Bourg Saint-Maurice	CH Saint-Jean de Maurienne + Modane	CH Albertville-Moutiers CH Dubettier	CHS de la Savoie
Médecine	655	75	30	45	80	267 lits HTP 133 places HDJ
Chirurgie	195	20	40	40	83	
Obstétrique	96	12	12	16	26	

Les **résultats obtenus pour les 8 établissements membres à la dernière certification HAS** sont les suivants :

source scope santé - HAS	CHMS	BELLEY	Bourg Saint-Maurice	Saint-Jean de Maurienne	Modane	CHAM	Saint-Pierre d'Albigny	CHS
Certification	B	B	C	C	B	C	B	B

Concernant les parts de marché et la répartition de l'activité au sein du territoire (*part de marché sur le territoire de santé : 82Soooooo2 - Est Rhône Alpes :* 23 établissements publics –*dont CHU Grenoble, HCL et CHANGE* - et privés – *dont clinique mutualiste de Grenoble, Médipôle -)*, les grandes tendances des 7 établissements MCO, membres du GHT, peuvent être définies comme suit :

2015 *Part de marché* *source Scan santé*	CH Métropole Savoie	CH Dr Récamier Belley	CH Bourg Saint-Maurice	CH Saint-Jean de Maurienne + Modane	CH Albertville-Moutiers + CH Dubettier
% GLOBAL CLASSEMENT /23	**9,5%** **3 eme**	**1,1%** **19 eme**	**0.6%** **22 eme**	**1.0%** **20 eme**	**2.4 %** **15 eme**
CHIRURGIE	7% 5 eme	0.7% 21 eme	0.6% 22 eme	0.8% 20 eme	1.6% 17 eme
MEDECINE	11,1 % 3 eme	1,3 % 18 eme	0.6 % 21 eme	1,2 % 19 eme	2.7 % 13 eme
OBSTETRIQUE *(séjours)*	11,8 % 3 eme	1,4 % 14 eme	1 % 16 eme	1,1 % 15 eme	4.2 % 11 eme

Le GHT Savoie Belley cumule 14,6% des parts de marché du territoire.

Sur le territoire Savoie-Belley, la consommation de l'offre de soins ainsi que les taux d'attractivité/taux de fuite des établissements membres sont les suivants :

Conso population		Fuite		Attractivité	
Nbre de séjours 2014	Vol. écoq aux tarifs publics (€)	Tx de fuite (Fuite/Conso) en nbre de séjours	Taux de fuite (Fuite/Conso) en Valo	Tx attractivité en nbre de séjours	Tx attractivité en valo
119 647	290 041 814	17,2%	21,1%	16,3%	15,6%

Année 2014 – source ARS Catégorie d'activité de soins et domaines d'activité	Taux de fuite (Fuite/Conso) en nombre de séjours	Taux d'attractivité (Attract / Prod) en nombre de séjours
Chirurgie	18,0%	19,0%
Techniques interventionnelles	20,0%	9,3%
Médecine	17,7%	17,3%
Obstétrique	8,6%	12,4%
Total DST	**17,2%**	**16,3%**

L'activité des 7 établissements MCO (case mix) membres du GHT, comparée aux deux opérateurs privés concurrents du territoire, se répartit comme suit :

Source Scan Santé année 2015 Case mix MCO	Activités inter spécialités	Brûlures	Cardio-vasculaire	Cathétérismes et interventionnels	Chimiothérapie, radiothérapie	Digestif	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	Endocrinologie	Gynécologie - sein	Hématologie	Maladies infectieuses (dont VIH)	Nouveau-nés et période périnatale	Obstétrique	Ophtalmologie
Métropole Savoie	2047	13	3681	1718	772	7030	1148	1500	998	783	617	3393	4731	3597
Albertville-Moutiers	465	8	1211	6	6	1950	69	235	346	166	157	978	1529	406
Belley	227	1	480		64	1509	13	159	92	141	100	434	655	13
Saint-Jean-de-Maurienne	236	1	524	2	1	1403	79	149	131	129	22	268	454	452
Bourg-Saint-Maurice	339	5	402			815	43	36	93	39	20	236	459	69
Médipole de Savoie	*784*	*1*	*1127*	*206*	*322*	*8398*	*178*	*111*	*1796*	*242*	*42*		*6*	*2437*
Clinique Herbert	*170*		*144*				*12*	*7*	*20*	*2*				*1358*
Total général	**4268**	**29**	**7569**	**1932**	**1165**	**21105**	**1542**	**2197**	**3476**	**1502**	**958**	**5309**	**7834**	**8332**

Source Scan Santé année 2015 Case mix MCO	ORL, Stomatologie	Orthopédie traumatologie	Pneumologie	Psychiatrie	Rhumatologie	Séances	Système nerveux	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Toxicologie, Intoxications, Alcool	Traumatismes multiples ou graves	Uro-néphrologie et génital	#N/A	Total général
Métropole Savoie	2916	3177	3560	1887	1750	49104	4223	801	1204	70	2986	2260	105 966
Albertville-Moutiers	792	2288	1131	426	322	702	915	336	403	19	655	228	15 749
Belley	294	795	583	147	207	970	331	202	170	6	455	270	8 318
Saint-Jean-de-Maurienne	106	1024	339	104	127	638	241	174	102	4	262	134	7 106
Bourg-Saint-Maurice	56	1774	332	73	121	3	370	182	176	5	285	115	6 048
Médipole de Savoie	*3414*	*5214*	*97*	*403*	*87*	*7511*	*48*	*474*	*1*		*1439*	*2491*	*36 829*
Clinique Herbert	*1*	*2037*	*4*		*33*		*851*	*42*	*1*			*314*	*4 996*
Total général	**7579**	**16309**	**6046**	**3040**	**2647**	**58928**	**6979**	**2211**	**2057**	**104**	**6082**	**5812**	**185 012**

En 2015, le diagnostic global révèle :

- un taux de fuite général de 17% en grande partie vers le privé. L'établissement privé « Médipole » réalise 20% de l'activité du territoire avec 36 829 GHM alors que le GHT cumule 143 187 GHM dont 105 699 pour le CHMS. les spécialités concernées par une forte concurrence du secteur privé sont le digestif, la gynécologie – sein, l'ORL et surtout l'orthopédie (chirurgies de la main et du poignet, arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires) ;
- l'analyse de l'activité PMSI par niveau de sévérité par établissement montre que les filières au sein du GHT sont déjà structurées et graduées entre établissements de proximité et établissement référent ;

- pour certaines activités (digestif par exemple), même en réintégrant le taux de fuite du privé dans le public, l'activité de Chirurgie reste éloignée des seuils souhaitables dans certains établissements ;
- le constat est identique concernant les surspécialités : l'évolution lourde des tendances médicales (une polyvalence en nette diminution, de plus en plus de surspécialisations) doit être prise en compte dans la répartition de l'offre de soins sur le territoire.

2.3.1.3. Saisonnalité

Enfin, l'activité des 8 établissements membres est fortement marquée **par la saisonnalité.** Le nombre de passage aux urgents fluctue ainsi fortement en fonction des périodes hivernales et estivales.

SAU source SAE	CH Métropole Savoie	CH Récamier Belley	CH Bourg Saint-Maurice	CH Saint-Jean de Maurienne + Modane	CH Albertville-Moutiers CH Dubettier	CHS de la Savoie	TOTAL
Nombre de passages - Nombre total de passages aux urgences dans l'année	79 454	15 534	13 881	14 874	22 808	N/A	**146 551**

La saisonnalité contraint également fortement les prises en charge en ortho-traumatologie des EPS membres, notamment au CHAM, en raison des activités de montagne pratiquées par les touristes. Elle génère, en outre, des activités connexes (du type surveillance continue, SSR,...) qui sont peu reconnues et valorisées par les tutelles.

1.3.1. Offre de soins privée

En Rhône-Alpes, 35% des 263 établissements de santé (MCO, psychiatrie, SSR, HAD) sont des cliniques et hôpitaux privés.

Sur le territoire Savoie-Belley, l'offre de soins privée s'organise comme suit :

- ***sur le secteur MCO/SSR,***

Les deux cliniques privées suivantes proposent une offre de soins en chirurgie, SSR, oncologie et hématologie, urgences et soins palliatifs :

- Medipôle de Savoie ;
- Clinique Herbert.

S'ajoutent à cette offre de soins MCO, l'activité de SSR assurée par les établissements privés suivants :

- MECS le parc ;
- CRF Gustav Zander ;
- Domaine de St Alban ;
- Arc en ciel à Tresserve.

Concernant les parts de marché et la répartition de l'activité au sein du territoire (*part de marché sur le territoire de santé : 82Soooooo2 - Est Rhône Alpes :* 23 établissements publics *–dont CHU Grenoble, HCL et CHANGE* - et privés *– dont clinique mutualiste de Grenoble, Médipôle -)*, les grandes tendances peuvent être définies comme suit :

2015 Part de marché source Scan santé	HÔPITAL PRIVÉ MEDIPOLE DE SAVOIE	CLINIQUE HERBERT
% GLOBAL	5,2%	1,0%

CLASSEMENT /23	5 eme	21 eme
CHIRURGIE	9.1 % 2 eme	2.2% 15 eme
MEDECINE	3,1 % 11 eme	N/A
OBSTETRIQUE	N/A	N/A

La reconstruction en 2011 de l'hôpital privé Médipôle de Savoie a renforcé l'offre de soins privée sur le territoire, notamment grâce à l'obtention d'une autorisation de pratiquer l'urgence. Elle a également conduit à la restructuration de l'offre privée, avec en 2012, la fermeture de la Clinique chambérienne Générale de Savoie et la restructuration de la Clinique Herbert d'Aix-les-Bains.
En 2017, la clinique Herbert et le CHMS se rapprochent et travaillent à la constitution d'un GCS établissement de santé privé, afin de poursuivre le développement de l'offre de soins chirurgicale proposée par la clinique.

- ***sur le secteur médico-social,***

Des structures médico-sociales privées, notamment dédiées à l'accueil et l'hébergement de la personne âgée, sont présentes sur le territoire Savoie Belley.

- ***sur le secteur psychiatrique***

Seule la clinique médicale du Sermay assure une prise en charge psychiatrique privée sur le territoire.

2.4. Enjeux du projet médical partagé

Le projet médical du GHT Savoie-Belley prend appui sur de nombreuses coopérations préexistantes et sur une réflexion prospective engagée antérieurement dans le cadre d'un projet de communauté hospitalière de territoire. A ce titre, il a vocation à préserver, consolider et développer les partenariats existants entre les structures hospitalières publiques membres et à ouvrir ses partenariats à de nouveaux acteurs, notamment du secteur privé.

Au-delà des coopérations établies, le projet médical partagé vise à garantir à l'ensemble de la population du territoire une offre de soins de qualité et durable, dans une logique de complémentarité et de performance, tout en préservant les spécificités de chaque établissement membre et en respectant un principe de proximité de la prise en charge.

A ce titre, la stratégie commune à l'échelle territoriale s'articule autour des objectifs suivants :

- Structurer et graduer une offre de soins de qualité afin de concevoir une organisation territoriale performante,
- Coordonner et faciliter le parcours du patient dans le cadre de filières médicales et chirurgicales inter-établissements,
- Développer les consultations avancées de spécialités pour assurer une prise en charge de proximité à partir de l'hôpital référent,
- Améliorer la lisibilité des activités de soins pour les acteurs médicaux et paramédicaux et favoriser ainsi l'attractivité de l'exercice en hôpital public pour les jeunes professionnels de santé,
- Développer les mutualisations entre établissements membres, des fonctions support afin de fluidifier les relations et d'optimiser la prise en charge du patient,
- Associer les structures de soins médico-sociales, privées libérales à la définition d'une offre de soins la plus complète possible sur le territoire.

2.5. Filières et spécialités médicales prioritaires

Le projet médical partagé pour répondre à ces enjeux a défini, en première intention, 8 filières médicales prioritaires prenant en compte, à la fois, une approche par grande famille de pathologies et les différents modes de prise en charge (consultation, hospitalisation, soins critiques, télémédecine, SSR, ...).

Il s'est appuyé pour cela sur :
- les autorisations d'activités des établissements membres du GHT,
- les niveaux d'équipements de ces mêmes établissements,
- les évolutions prévisibles au regard de la ou des thématiques médicales traitées,
- la structuration projetée : des soins, articulation entre les acteurs,
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans un contexte de tension démographique.

Les 8 filières du projet médical partagé du GHT Savoie Belley

FILIÈRES	SPÉCIALITÉS TRAITÉES AU PMP
1. Urgences	— Urgences et soins de 1er recours — Prélèvements d'organes et de tissus — Gestion des situations sanitaires exceptionnelles
2. Médecine et maladies chroniques	— Infectiologie — Diabétologie — Addictologie — SSR
3. Périnatalité – pédiatrie - orthogénie	— Gynéco-obstétrique - périnatalité – pédiatrie
4. Chirurgie	— Gynécologie chirurgicale, oncologie — Vasculaire / Viscérale — Orthopédie / Traumatologie — Urologie
5. Cancérologie	— Cancérologie — Hospitalisation à domicile — Soins palliatifs
6. Psychiatrie / handicap	— Activités de prise en charge psychiatrique/ Handicap
7. Filière gérontologique	— Activités de prise en charge de la personne âgée
8. Médicotechnique	— Pharmacie — Laboratoire — Imagerie — Stérilisation — Hygiène hospitalière

Ces filières seront complétées au cours du 2nd semestre 2017-1er semestre 2018 par d'autres thématiques, qui compte tenu de l'urgence et la priorité donnée, n'ont pas pu faire l'objet d'un travail commun pour le présent projet médical partagé.

GHT Savoie-Belley
Projet médical partagé

FICHES PROJETS
- Filière Urgences -

URGENCES HOSPITALIERES et SOINS de 1er RECOURS de VILLE	
intitulé	**Assurer l'accès aux soins pour répondre à toute situation d'urgence et de soins non programmés par un maillage pertinent du territoire**
Etat des lieux	Le diagnostic identifie plusieurs problématiques : **1/ liées aux spécificités du territoire** ➢ <u>Une activité soutenue des services d'urgence</u> L'activité des services d'urgence sur le territoire est très soutenue : - forte tension en période hivernale sur l'ensemble du département (population doublée notamment à l'est du territoire) et en période estivale dans les vallées de la Tarentaise et de la Maurienne. Ces tensions ont conduit les établissements de santé publics à mettre en place des procédures dégradées pour assurer la prise en charge des patients (Plan hiver/neige, notamment). - activité importante de manière générale sur l'année, avec constat d'une augmentation du recours aux urgences en 1er recours (forte proportion d'actes classés en CCMU1 et CCMU2) : phénomène tendanciel observé à l'échelon national. ➢ <u>Un territoire étendu couvrant tout le département de la Savoie et le secteur de Belley</u> La géographie du département est notamment marquée par les deux grandes vallées touristiques de la Tarentaise et de la Maurienne (qui concentrent un grand nombre de stations de ski) et la situation géographique isolée du secteur de Belley. Ces spécificités territoriales influent grandement dans la gestion des transferts entre les lieux touristiques et les structures d'accueil des urgences ou entre établissements, selon l'état du patient. **2/ liées à l'organisation de l'offre de soins** ➢ <u>Une offre de premier recours libérale encore insuffisamment développée et coordonnée</u> - dans un contexte de secours et soins non programmés en montagne non stabilisé, lié notamment à une démographie vieillissante et un déficit d'installation ; - avec des insuffisances identifiées en matière de cohérence et de coordination, notamment en ce qui concerne les cabinets de montagne (organisation – locaux, personnel -, coordination avec les CH). - et une accessibilité aux soins qui doit être optimisée.

- Une structuration des filières hospitalières de soins non programmés et urgents à consolider:

  - constat d'une structuration aboutie pour les urgences vitales/aiguës, AVC (concernant la qualité de la prise en charge), cardiologie, cancérologie, néonatologie, ophtalmologie) ;

  - identification d'une structuration à affiner et/ou à compléter :
    - pour l'AVC et ce, malgré la mise en place d'une coordination « filière AVC » en janvier 2016, composée d'1 coordonnateur-médecin (Dr Marcel) et d'1 cadre, avec pour objectif d'optimiser la prise en charge des patients AVC et de réduire les inégalités en développant les liens entre tous les acteurs.
    - pour la Pédiatrie, Gynécologie : des points de vigilance ont été identifiés sur les centres hospitaliers de Belley, St-Jean-de-Maurienne, Albertville/Moutiers, Bourg-Saint-Maurice. La ressource médicale reste une fragilité avec des vacances de postes déjà identifiées dans certains établissements et des effectifs de pédiatres potentiellement non renouvelés à moyen terme.
  - identification d'insuffisances sur :
    - l'endoscopie digestive (en matière de PDSES) qui repose exclusivement sur la permanence des soins au CHMS, sans capacités en lits d'aval suffisantes, ni de procédure de prise en charge satisfaisante aux urgences ;
    - la gériatrie avec une équipe mobile extrahospitalière dont les modalités de recours demeurent limitées géographiquement et exclusivement sur avis médical ;
    - l'odontologie avec une faible présence libérale dans l'accès aux soins urgents sur le territoire et une information des patients quant au bon usage de l'offre de soins dentaires, à améliorer
    - la chirurgie de la main qui repose actuellement presqu'exclusivement sur une offre de soins privée (cf. « SOS mains »)
    - les traumatisés graves avec
      - un adressage quasi principalement au CHU de recours
      - une absence de couverture H24 au CHMS (embolisation)

  L'offre de transports sanitaires souffre d'une absence de régulation ambulancière. Les sollicitations en stations de ski, en sorties d'ES en horaires de garde et au niveau des transports SMUR inter-hospitaliers sont nombreuses et les moyens pour y répondre insuffisants, notamment en hiver. L'activité est, en effet, à cette période, largement amputée par les rapatriements sanitaires qui mobilisent des moyens privés et créent une surcharge opérationnelle au pompiers en dehors des missions de base des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).
  Ces insuffisances sont accentuées par la géographie du territoire et la difficulté d'accès au transport héliporté ainsi que par le développement du champ médico-social (téléalarmes privées, santé mentale) qui mobilise, hors mission, les structures publiques du SDIS, SAMU et urgences.

- une évolution démographique médicale défavorable

  Malgré une démarche volontariste des établissements, des difficultés de

	recrutement persistent en ce qui concerne la ressource médicale. Cette difficulté est accentuée par les contraintes, notamment réglementaires, qui s'appliquent actuellement au corps médical : - passage aux 39 heures postées des urgentistes - DESC Urgences en 2017 - des postes médicaux déjà vacants, selon les établissements, liés notamment à des différences d'attractivité qui risquent de s'accentuer.
Objectifs	**Axe 1 :** ↳ **Améliorer la structuration du versant sanitaire de la filière « Urgences » en vue d'améliorer la prise en charge des urgences hospitalières** **Axe 2 :** ↳ **Développer les liens avec la médecine libérale en vue d'optimiser la médecine de 1er recours et d'améliorer la prise en charge des soins non programmés** **Axe 3 :** ↳ **S'engager vers une gestion territoriale des ressources médicales et des transports sanitaires** **Axe 4 :** ↳ **Privilégier et organiser une prise en charge de proximité**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Améliorer la structuration du versant sanitaire de la filière « Urgences » en vue d'améliorer la prise en charge des urgences hospitalières** 1.1. Garantir une meilleure accessibilité aux soins en fonction : ▪ du nombre de patients pouvant être pris en charge ; ▪ de l'activité du service ; ▪ des caractéristiques sociales de la population à prendre en charge. Il s'agit : - d'identifier des niveaux de prise en charge gradués du patient en fonction de la gravité de son état ; - de définir en fonction les établissements de recours, de proximité et de référence ; - renforcer la place de la médecine générale dans la prise en charge des patients non programmés. 1.2. Permettre aux structures d'urgences de répondre aux crises sanitaires et/ou aux situations de tension sur l'activité Il s'agit : - d'optimiser la gestion des périodes de tension sur l'activité avec, o l'élaboration d'une cartographie des capacités de prise en charge hospitalière en cas : ▪ de période de tension sur l'activité ; ▪ de période de surtension sur l'activité. o la définition et l'adoption d'un calendrier commun au GHT, des périodes de tension sur l'activité, permettant de déclencher des mesures adaptées

à une suractivité ;
    - la mise à disposition partagée des capacités en lits et places des établissements du GHT, en temps réel ;
    - l'harmonisation les dispositifs de gestion des lits lors des périodes de tension et hors tension (adoption de protocoles et procédures uniques, développement de la coopération entre gestionnaires de lits…) ;
    - le renforcement du maillage SMUR (notamment les SMUR périphériques de Vallée (Saint-Jean de Maurienne, Moutiers…) et SMUH (dans le cadre notamment d'un financement des TIH) pour permettre l'accueil direct des patients dans les ES en capacité de les recevoir.
- de cartographier les capacités en lits et places relevant de la filière urgences des ES du GHT :
    - urgences/UHCD,
    - post-urgences,
    - urgences/lits chauds (USC, USIC, UNV, Réa).
- de prendre en compte et travailler sur le manque de fluidité dans les relations entre établissements de proximité et établissement de référence.
- d'actualiser ou mettre en place des conventions entre les structures médico-sociales et les maisons médicales de garde.
- d'organiser un dispositif *ad hoc* de coordination entre les structures concernées (y compris médecine de ville en tant que de besoin).

Axe 2 : Développer les liens avec la médecine libérale en vue d'optimiser la médecine de 1er recours et d'améliorer la prise en charge des soins non programmés

2.1. Prendre en compte les spécificités du territoire (géographie, activité saisonnière, médecins de stations) dans la définition des relations ville-hôpital

- identifier les partenariats déjà mis en place avec la médecine libérale ;
- améliorer les outils de travail existants, notamment en ce qui concerne les centres hospitaliers de Tarentaise et Maurienne, pour faciliter les contacts avec l'offre de soins de ville et fluidifier les parcours de soins médecine libérale/ hôpital (hotline, télé-expertise sur l'imagerie, filières directes d'admission, admissions différées, etc…).

2.2. Désengorger les services des urgences de ce qui est du ressort de la médecine générale, avec :

- le renforcement de la présence libérale au centre 15 et éventuellement l'élargissement des plages libérales même hors PDSA, pour améliorer l'orientation des patients vers les maisons de santé pluri professionnelles (MSP)
- l'organisation de la coordination avec les MSP pour faciliter l'accueil non programmé hors établissement de santé ;
- l'augmentation des horaires d'ouverture des maisons médicales de garde (MMG) et/ou envisager le fonctionnement diurne des MMG à proximité des services d'urgence ;
- la création d'une filière directe de médecine générale, à côté du service des urgences, à certaines périodes de l'année, voire toute l'année, en concertation avec les praticiens libéraux et avec leur participation.

2.3. Développer et renforcer les liens avec la médecine libérale pour limiter les

	taux de fuite, à travers :
	
	- l'organisation de rencontres ville-hôpital régulières, en lien avec les collectivités territoriales, au sein de comités de suivi des bassins desservis par l'ES de proximité ;
	- la définition d'une politique de communication du GHT vis-à-vis des professionnels de santé libéraux ;
	- la simplification de l'accès à l'information de l'offre de soins du GHT et la création d'un répertoire de l'offre de soins spécialisée du GHT à destination des professionnels de santé de ville.
	
	2.4. Soutenir la réflexion lancée par la DTD avec les représentants des MSP, MMG et médecine libérale :
	
	- en participant à des groupes de travail (1er et 2ème semestres 2016) ;
	- en travaillant à des projets de partenariat selon la localisation des établissements et des professionnels de santé libéraux.
	
	Axe 3 : S'engager dans une gestion territoriale des ressources médicales et des transports sanitaires
	
	3.1. Travailler avec les structures médicales libérales (maisons de santé pluri-professionnelles et cabinets) pour développer l'accueil non programmé des patients qui ne sont pas du ressort d'un service d'urgences.
	
	Cela permettrait un recentrage des médecins urgentistes sur leur cœur de métier, l'amélioration de leurs conditions de travail et finalement, leur fidélisation.
	
	3.2. Développer une filière de médecine générale à proximité des urgences :
	
	- en concertant et négociant avec les médecins généralistes du bassin d'attraction de l'ES et leurs représentants (Ordre, URPS, associations de garde,...) ;
	- en les faisant adhérer à la démarche.
	
	3.3. Optimiser la gestion des ressources médicales hospitalières pour faire face à l'évolution démographique défavorable :
	
	- en définissant une politique commune de recrutement et gestion des ressources médicales en matière
	  o de recrutement et de gestion des ressources médicales relevant de la filière « Urgences »,
	  o d'instauration de postes partagés, en identifiant du temps médical multi-sites qui pourrait venir en renfort ou partage de la charge de travail en cas de pic d'activité, voire la mutualisation des recrutements ;
	- en identifiant les spécialités les plus impactées afin de mettre en place une politique attractive en termes de recrutement.
	
	3.4. Optimiser la gestion des transports sanitaires
	
	- en améliorant l'accès à la ressource héliportée ;
	- en travaillant sur le fonctionnement des transports sanitaires (régulation) ;
	- en renforçant des SMUR périphériques.

	Axe 4 : Privilégier et organiser une prise en charge de proximité La prise en charge de proximité nécessite de pouvoir répondre aux problématiques suivantes : • l'éloignement entre habitat de montagne, domaines skiables et structures hospitalières ; • la nécessité d'une mise en œuvre de moyens de transport adaptés à la pathologie du patient (voie terrestre ou aérienne) ; • la fréquence des sollicitations entre 17h et minuit, la faible disponibilité des moyens de transports de retours à domicile après 20 heures (après 18h) et l'embolisation des services de court séjour la nuit liée à des hospitalisations indues ; • l'insuffisante disponibilité des moyens de transports terrestres ou aériens ; • la possibilité d'un recours à l'hospitalisation à domicile, solution ne pouvant être envisagée que ponctuellement, pour des patients admis en service de médecine, afin de libérer des lits de chirurgie en saison hivernale. L'opportunité de mettre en place un fonctionnement en réseau Service Urgences/Médecine de premier recours (hors établissement) devrait permettre : - de privilégier une prise en charge de proximité en encourageant notamment les créations de dispensaires/infirmeries de nuit (cf. igloo Val Thorens) ; - d'assurer une fluidité entre services d'urgences et services de spécialité.
Forces du GHT	- Maillage et implantation des structures de médecine d'urgence, notamment dans les vallées ; - Présence de médecins correspondants du SAMU dans les stations et villages des vallées (à plus de 30 minutes d'un SMUR) et de cabinets de montagne équipés pour la prise en charge de la traumatologie des pistes (imagerie conventionnelle, échographes etc.) - Outils de communication - Recours à la Technologie SIH (télémédecine, téléconsultation) - Existence de Plans blancs
Faiblesses du GHT	- Contraintes géographiques fortes - Démographie vieillissante et variable selon les saisons et les localités - Démographie médicale déficitaire en urgentistes - SMUR et antennes SMUR - Insuffisance de moyens héliportés
Indicateurs	- Nombre de passages aux urgences notamment évolution des part des CCMU1 et CCMU2. - Temps d'attente aux urgences et temps d'attente lors de transferts - Nombre de transferts (lieu de départ/lieu d'arrivée à préciser) - Nombre d'appels sur les hot line - Nombre d'arrivées différées pour une PEC en chirurgie ou aux urgences - Nombre d'admissions en filière directe de chirurgie - Nombre d'avis donnés en télé expertise - Nombre de carences héliportées et nombre de carences ambulancières
Calendrier	2016-2016

Prélèvement multi-organes et tissus

Intitulé : **Organiser à l'échelle du GHT la coordination hospitalière pour le prélèvement d'organes**

Etat des lieux

Etat des lieux/capacités :

➢ **Centre hospitalier Métropole Savoie**

La coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus au CHMS fonctionne avec les moyens suivants :

- 1 cadre supérieur de santé (0,2 ETP)
- 2 infirmières coordinatrices (1,75 ETP)
- 1 médecin coordonnateur (0,2 ETP)
  + une astreinte IDE (1,64 ETP en 2015)
  + ophtalmologiste (0.02 ETP)

La mission de l'unité est :

- d'assurer toutes les étapes amenant au prélèvement d'organes et de tissus et le suivi des greffons
- d'assurer toutes les étapes amenant au prélèvement de tissus (artères, cœurs, cornées) en chambre mortuaire
- d'effectuer l'information et la promotion du don d'organes.

Depuis 2011, le programme *Cristal Action* est mis en œuvre : il consiste à évaluer la prise en charge des comas graves aux urgences/Réa/USC/Neurologie. Les objectifs sont de :

- d'optimiser le recensement de ces patients et ainsi le prélèvement d'organes. Dans ce cadre, un partenariat effectif avec l'UNV et une « prise en charge contractualisé des comas graves » avec le service des urgences de Chambéry et d'Albertville ont été mis en place ; d'évaluer les pratiques professionnelles ;
- de connaître le potentiel de donneurs dans chaque service.

Données d'activité :

Activité de prévèlement de tissus - donneurs en état de mort encéphalique

	2012	2013	2014	2015
Nbre de SME prélevés uniquement de tissus	3	0	1	4
Nbre de SME prélevés de				
artères	0	4	2	4
os	0	0	0	0
peau	0	0	0	0
valves	0	0	1	2
veines	0	0	0	0
Nbre de cornées prélevées sur SME	16	14	12	20

Activité de prévèlement - donneurs décédés après arrêt cardiaque persistant

	2012	2013	2014	2015
Nbre de donneurs CAT prélevés	25	29	12	17
Nbre de cornées prélevées sur les CAT	49	58	24	34
Nbre de CAT prélevés de				
artères	0	0	0	0
os	0	0	0	0
peau	0	0	0	0
valves	0	0	0	1
veines	0	0	0	0

En 2015, sur 25 recensements de prélèvements multi-organes et tissus (PMOT), 7 donneurs ont été adressés par les CH du réseau de proximité.

Partenariats :

	- le CHMS fait partie du réseau du CHU de Grenoble (PRESALP) avec lequel il a signé une convention ainsi qu'une charte. - les hôpitaux du département de la Savoie et du secteur de Belley font partie du réseau opérationnel de proximité du CHMS. A ce titre, des conventions de coordination ont été signées avec ▪ USC CHAM ▪ USC Médipole ▪ USC Belley ▪ la Clinique Herbert ? ⇨ A développer au CH de BSM et SJM. - La coordination du CHMS est également sous convention avec l'Agence de biomédecine. ➢ **Pour tous les autres EPS du GHT** Pas d'autorisation.
Objectifs	**Axe 1** ↳ **Développer l'activité autour de nouvelles prises en charge** **Axe 2** ↳ **Améliorer la collaboration entre établissements de santé du territoire en développant l'information et la communication** **Axe 3** ↳ **Poursuivre l'information sur le don d'organes et de tissus auprès du grand public** **Axe 4** ↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Développer l'activité autour de nouvelles prises en charge** Il s'agit de - poursuivre le développement au CHMS des prélèvements d'artères et valves cardiaques – activité mise en place à partir de fin 2015 ; - organiser les transferts des patients en situation de coma grave dans l'objectif d'effectuer un prélèvement d'organes au CHMS. A ce titre, il s'agit de : • procéder à une information régulière des équipes médicales et soignantes des établissements de santé de proximité (rencontres sur sites) ; • participer aux journées du SAMU ; • organiser une journée d'information au titre du RENAU ; • généraliser la diffusion de la procédure de prise en charge des comas graves aux urgences à l'ensemble des EPS (effectif aujourd'hui CHAM/CHMS). • proposer l'aide d'une infirmière de la coordination lors des entretiens avec la famille d'un potentiel donneur d'organes afin de recueillir le consentement et d'éliminer toute contre-

indication présente d'emblée.

- pour le CHMS, obtenir une autorisation de prélèvement sur les donneurs Maastricht 3 (prélèvement sur patient maintenu en réanimation suite arrêt de soins) : dépôt dossier auprès de l'agence biomédecine - projet 2017-2018.

- envisager la mise à disposition d'un temps infirmier (à raison d'une fois par semaine) selon le calendrier de mise en œuvre suivant :
  - en 1ère intention avec le CHAM (2017);
  - en 2ème intention avec le CH Belley (2017) ;
  - en 3ème intention avec le CH SJM et CH BSM (avant l'hiver 2018 pour le CH BSM/SJM).

  L'objectif est de
  - procéder, en lien avec les référents médicaux, au recensement des cas de comas graves chez les patients décédés,
  - analyser les raisons de la non information du centre de prélèvement autorisé,
  - (re)sensibiliser les équipes concernées.

Axe 2 : Améliorer la collaboration entre établissements de santé du territoire en développant l'information et la communication

Il importe de valoriser l'information et les formations ainsi que les mises à disposition de protocoles auprès de l'ensemble des EPS du GHT.
A ce titre, les actions envisagées visent à :

- identifier un référent médical et un référent soignant dans chaque EPS du GHT ;
- poursuivre et développer l'information et la formation des personnels soignants et médicaux des EPS du territoire afin de répondre à leurs besoins (effectif avec CHAM, CHSJM et CH Belley).

Axe 3 : Poursuivre l'information sur le don d'organes et de tissus auprès du grand public.

Il s'agit de

- poursuivre les actions de sensibilisation et d'informations auprès du grand public.

  A titre d'exemple, en 2015/2016, la coordination
  - est intervenue dans des collèges et lycées ;
  - a organisé des expositions/rencontres/sensibilisation pour le grand public ;
  - a réuni les médecins libéraux lors d'une soirée ville-hôpital ;
  - a réalisé une *flashmob* en faveur du don d'organes.

- partager avec les EPS du territoire la plaquette d'informations élaborée au CHMS en vue d'une mise à disposition des patients/familles.

Axe 4 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales

Il s'agit notamment de développer :

	• l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site vers tous les sites ; • la communication complète des PACS ; • l'intégration automatique des documents extérieurs (qu'ils soient radiologiques ou biologiques, Anapath …). Dans le cadre d'un meilleur partage de l'information, il sera également envisagé le déploiement du programme *cristal action* sur le territoire.
Forces du GHT	La coordination intervient déjà dans les établissements de proximité.
Faiblesses du GHT	La géographie du territoire
Indicateurs	- Nb de sujets en mort encéphalique (SME) prélevés + nbre de tissus prélevés sur des SME - Nb de donneurs cœur arrêté (chambre mortuaire) prélevés de tissus
Calendrier	2017-2021

Coordination des plans situations sanitaires exceptionnelles	
Intitulé	**Organiser au sein du GHT la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (plan blanc, réponse aux attentats, plan canicule, etc.) et mutualiser/partager les moyens, les outils et l'expertise**
Etat des lieux	<u>Au CH de Belley</u> : · **Plan « afflux de victimes » :** fait, coordonnées à jour, pas d'exercice. · **Plan « Hôpital victime » :** en cours d'élaboration. plan de sécurisation de l'établissement en cours de rédaction en lien avec la préfecture et la DT 01 · **Volet damage control :** Nouveau référent SSE para médical, volet damage control en cours d'élaboration. personnels non formés. · **Volet NRBC :** 1 chaîne de décontamination fixe fonctionnelle – 2 référents NRBC (1 IDE + 1 médecin) - Formations du personnel à poursuivre. · **Plan de gestion/maitrise d'une épidémie :** Volet existant et actualisé. · **Plan canicule / plan bleu :** informations diffusées chaque été aux services selon les préconisations nationales et actualisées. · **Plan grand froid** : non formalisé <u>Au CH d'Albertville Moûtiers</u> : **Plan « afflux de victimes »:** Le Plan Blanc du CHAM a été actualisé en décembre 2015 et est actuellement en cours de validation avec : o intégration de la nouvelle organisation des urgences du site d'Albertville (zone de tri, prise en charge des UA et UR) o mise à jour des fiches réflexes o mise à jour des documents support o mise à jour des plans du CHAM o intégration des retours d'expérience issus des débriefings des deux derniers exercices plan blanc. o Intégration des évolutions règlementaires et du contexte national Le Plan Blanc du CHAM comprend : - un volet principal décrivant les dispositions générales de déclenchement du Plan Blanc, le rappel des personnels, la prise en charge des victimes - un second volet succinct décrivant le plan de confinement et d'évacuation de l'établissement - un troisième volet NRBC, en cours de formalisation - Un quatrième volet, sous forme d'annexe, relatif aux mesures spécifiques dans le cadre du plan vigipirate « annexe du Plan Blanc : Plan Vigipirate, conduite à tenir ». Ce volet est pré-formalisé et en attente de validation, suite à l'audit de sûreté du CHAM prévu en juin 2017 par le préventionniste du Commissariat de Police d'Albertville. Le CHAM est actuellement en cours de réflexion sur l'identification d'un outil de rappel du personnel adapté à la gestion de crise. Le CHAM a participé dernièrement à deux exercices Plan Blanc : - Le 14/12/2016, exercice national, déclenché par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes - Le 18/01/2017, exercice départemental à l'aéroport de Voglans organisé

par le CHMS et pour lequel 3 médecins urgentistes et 1 IDE des urgences ont participé à l'exercice sur place.

Des exercices pratiques hebdomadaires sont mis en place aux urgences, en salle de déchocage, en vue d'optimiser la connaissance théorique et l'application pratique des protocoles de prise en charge aux urgences par le biais de simulations de cas cliniques. Ces exercices sont réalisés en équipe pluridisciplinaire (1 médecin, 2 IDE, 1 AS). A l'issue de ces exercices, des débriefings permettent un retour de l'analyse des observateurs, l'expression du ressenti des participants, des difficultés rencontrées ainsi qu'un constat des points positifs et négatifs pour une amélioration continue des pratiques professionnelles.

Cette année, ces exercices pratiques pour la formation du personnel des urgences à la connaissance du Plan Blanc de l'établissement et au damage control sont prévus à partir de juin 2017.

· **Plan « Hôpital victime » :** un volet succinct du Plan Blanc décrit le plan de confinement et d'évacuation de l'établissement.

Une procédure « Hôpital sous tension » est formalisée et vise à décrire les mesures d'adaptation, prises en regard d'une situation ponctuelle d'inadéquation entre, les besoins et les moyens en lits disponibles au CHAM, pour l'hiver.

- **Volet damage control :** Des formations au Damage Control Chirurgical (DCC), pour prise en charge des blessés par armes de guerre, ont été organisées par le SAMU 73 : 4 binômes médecins urgentistes et IDE des urgences du CHAM ont été formés sur le dernier trimestre 2016. Une formation « damage control chirurgical » a été organisée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes le 16/11/2016, formation à laquelle ont participé un médecin urgentiste, un chirurgien viscéral, un médecin anesthésiste-réanimateur et la cadre de santé des urgences du CHAM.
  10 kits damage control équipent les deux SMUR routiers du CHAM.

- **Volet NRBC :** en cours de formalisation, qui décrit les mesures spécifiques mises en place au CHAM pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques.
  4 binômes médecins urgentistes et IDE des urgences ont été formés à la décontamination NRBC, formations organisées par le SAMU 73 sur le dernier trimestre 2016.
  Le CHAM a prévu au sein du SAS des ambulances, une chaîne de décontamination NRBC fixe pour patients valides. Une rencontre avec le référent SSE du CH Saint-Jean de Maurienne a eu lieu le 10/01/2017 pour visite de leurs chaînes de décontamination et réflexion pour la mise en place au CHAM d'une chaîne mobile de décontamination NRBC pour patients couchés.

- **Plan de gestion/maitrise d'une épidémie :** Une annexe du Plan Blanc dédiée au volet « risque infectieux » décrit les conduites à tenir devant la survenue de cas groupés de maladies épidémiques. Des procédures supplémentaires spécifiques EBOLA / Gale / BHRe sont formalisées et disponibles en ligne sur la base de gestion documentaire du CHAM.

	- **Plan canicule / plan bleu :** Le plan de gestion d'une canicule vise à définir les niveaux d'alertes progressifs et les mesures à mettre en œuvre dans le cadre du plan de gestion d'une canicule. Le Plan Bleu du CHAM est un aspect du Plan de gestion de la canicule dans les secteurs de gériatrie hébergeant des personnes âgées et personnes dites à risque. - **Plan grand froid :** A formaliser **<u>Au CH de Saint Jean de Maurienne</u> :** **Plan « afflux de victimes »:** Le Plan blanc de l'établissement est réactualisé annuellement. En octobre 2014, un protocole a été rédigé sur la prise en charge des cas suspects d'infection à EBOLA. Des exercices « plan blanc » sont réalisés régulièrement avec les établissements du territoire. Des formations à la gestion de crises seront organisées en juin 2017. Elles vont permettre d'améliorer les compétences des personnels cadres en matière de gestion de crise, d'évaluer la pertinence du plan blanc et des moyens sanitaires exceptionnels de l'établissement. Une analyse rétrospective des données de l'exercice permettra de proposer une version optimisée du Plan Blanc. **Plan « Hôpital victime » :** Le CH de Saint-Jean de Maurienne ne dispose pas à ce jour d'un volet « Hôpital Victimes » dédié dans son Plan Blanc. Toutefois dans le cadre de la rédaction du « plan sécurité établissement » il a été prévu d'élaborer une convention entre l'établissement et les forces de police et de gendarmerie (FPG). Cette convention vise entre autres à définir les modalités d'intervention des FPG dans le cas d'une atteinte à la sécurité de l'établissement (infraction, agression, intrusion, vol, attentat au sein de l'établissement) et en cas d'afflux saturant de victimes (circulation, sécurité bâtimentaire et périmétrique). Cette convention sera finalisée courant 2017. **Volet damage control :** Depuis l'été 2016 l'établissement s'est doté d'un plan dédié à l'afflux saturant de blessés balistiques. Un lot de 30 trousses balistiques est à disposition, réparties entre le poste de secours de Modane et le CH, ainsi que 2 lots projetables (10 victimes). Une équipe référente a suivi la formation de formateur DC dispensée par le SAMUZ et l'ARZ et a organisé la formation du personnel (SAU, bloc, chirurgie) à la prise en charge de blessés balistiques en novembre 2016. 38 personnes ont été formées en interne durant l'année 2016 (Bloc opératoire-Urgences-Chirurgie). Une convention de partenariat va être signée courant 2017 avec le Centre Médical des Armées de Chambéry afin de profiter de l'expérience du service de santé des armées en matière de prise en charge de blessés par armes de guerre. L'établissement a été engagé dans l'exercice départemental inter-établissement organisé en janvier 2017 par le CHMS (simulation d'attentat à l'aéroport de Chambéry)

Volet NRBC : L'établissement possède une unité fixe de décontamination hospitalière (UFDH) de niveau 2 pleinement opérationnelle dont la notice de fonctionnement est annexée au PB (« Annexe NRBC ») depuis 2015 au niveau du sas des urgences pour les ambulances. Plus de 100 personnels de l'établissement ont été formés au travail en ambiance NRBC, que ce soit à l'intérieur et en aval de l'UFDH ou en cellule de crise. Les formations se poursuivent encore en 2017.
Des membres du personnel d'autres établissements appartenant au GHT participent à ces formations.

Des rencontres entre l'équipe SSE et les services HSE des sites industriels à risque en Maurienne ont permis de mieux appréhender les risques industriels et de poser les bases d'une coopération en cas d'accident de type C ou R.

Un exercice NRBC de grande ampleur impliquant l'usine TRIMET (Seveso seuil haut), le SDIS et l'établissement est prévu en septembre 2017.

Plan de gestion/maitrise d'une épidémie :
L'établissement possède un plan de gestion et de maitrise d'une épidémie, rédigé par l'EOH. Un partenariat permanent a été établi entre l'EOH et l'équipe SSE centré sur la veille épidémiologique et les problématiques d'hygiène de crise. Il comprend le volet infections nosocomiales et le volet infectieux du plan bleu.

2 procédures spécifiques ont été rédigées pour la prise en charge de patient suspects d'une infection au virus EBOLA et au MERS-CoV. Les formations spécifiques ont été dispensées auprès du personnel de l'établissement. L'établissement possède un lieu dédié à l'accueil de patients infectés par le virus EBOLA.

L'établissement possède un plan « Pandémie grippale ».
Un exercice dédié à l'accueil d'un patient porteur d'une maladie virale émergente a été organisé en 2015.

Plan canicule / plan bleu :
L'établissement possède un plan canicule réactualisé annuellement. Des informations de vigilance sont dispensées auprès du personnel lorsque les conditions météorologiques deviennent propices à une vigilance renforcée.

Plan grand froid :

<u>Au CH de Bourg Saint Maurice</u> :

Plan « afflux de victimes » : le plan blanc du centre hospitalier de Bourg St Maurice datant de novembre 2013 est en cours de réactualisation, afin de tenir compte des évolutions règlementaires nationales, de l'acquisition de nouveaux matériels et des nouvelles formations proposées aux différents personnels. Le Centre Hospitalier s'inscrit dans une démarche de travail en collaboration avec le SAMU 73.
Le plan blanc comprend notamment:

- Un volet général des dispositifs de déclenchement et activation de la cellule de crise,

	- Un volet de rappel du personnel (une réflexion est menée pour un rappel groupé par SMS notamment). L'établissement dispose déjà d'une procédure de surtension avec rappel des personnels, ainsi que d'une cellule de gestion de flux des patients, - Un volet plan est établi : plan de situation plan de circulation, plan accueil des victimes, plan d'évacuation des victimes. - Des volets spécifiques **damage control et NRBC** suite à l'acquisition de matériels et formations des personnels (8 binômes médecins / infirmiers ont été formés). Le Centre hospitalier a participé à la formation ARS en novembre 2016, depuis 2 médecins formés capacité médecine de catastrophe. Formation surgery DC d'un chirurgien viscéral de l'établissement. Formation des infirmières du service sapeurs-pompiers volontaires en partenariat avec le SDIS 73. Participation de 3 agents (IDE, CDS et médecin urgentiste) au Renau SSE paramédical avec mise en place d'un atelier spécifique NRBC et DC lors de la journée du Renau le 16/06/2017. **Plan « Hôpital victime » :** un volet sera inclus dans le plan blanc, insistant sur la sécurisation des patients, des personnels et des bâtiments. Une démarche est déjà engagée auprès du SDIS 73, afin de cartographier le Centre hospitalier et l'EHPAD, ainsi qu'une collaboration avec les partenaires publics et privés présents sur le site de l'hôpital (laboratoire d'analyses médicales, Maison de santé, Centre médico-psychologique, cabinet privé de radiologie), et au-delà avec les services concernés de la commune de Bourg saint Maurice (référent plan communal de sauvegarde notamment). Plan de confinement, d'évacuation en cas d'attaque en cours de travail. **Plan de gestion/maitrise d'une épidémie :** volet pandémie grippale inclus dans le Plan blanc. Des procédures particulières sont formalisées et disponibles en ligne (Ebola, H1N1). **Plan canicule / plan bleu :** L'établissement possède un plan canicule en cours de réactualisation. Des informations de vigilance sont dispensées régulièrement auprès du personnel sous forme de notes de service, et lorsque les conditions météorologiques s'avèrent propices à une vigilance renforcée. **Plan grand froid :** non formalisé dans le Plan Blanc, collaboration avec les services de la municipalité de Bourg saint Maurice dans le cadre du Plan Marmotte. <u>**Au CHS de la Savoie**</u>: · **Plan « afflux de victimes » :** non concerné · **Volet damage control :** non concerné · **Volet NRBC :** non concerné · **Plan « Hôpital victime » :** plan « blanc » actualisé en 2016 et intégrant 2 hypothèses de repli selon le site touché ; dispositif de maintien et rappel des personnels ; plan de circulation ; etc. · **Plan de gestion/maitrise d'une épidémie :** actualisé en 2016 · **Plan canicule / plan bleu :** une recommandation de bonnes pratiques est complété par le recensement de l'ensemble des pièces climatisées et rafraichies (recensement actualisé chaque année). · **Plan grand froid :** pas de dispositif interne formalisé / mobilisation du service jardin pendant la période pour assurer le déneigement et accès au site de

	Bassens.
Objectifs	**Axe 1** ➢ **Développer/renforcer les partenariats et les échanges/partages de connaissances et d'expériences entre les établissements membres** (création d'un annuaire, réunions référents SSE et partage de RETEX, appui « d'expert » sur des thèmes ciblés (Gestion cellule de crise, suivi et identification des victimes, *etc.*)) **Axe 2** ➢ **Actualiser la procédure de gestion de crise inter établissements pour intégrer les évolutions des plans** (notamment mise à jour des moyens humains et matériels pouvant être mis à disposition, procédures permettant le suivi des victimes hospitalisées successivement dans plusieurs établissements du GHT, etc.) **Axe 3** ➢ **Partager et développer une culture gestion de crise** (mise en place de formations communes, **organisation d'exercices communs** type exercices cadre, exercices avec plastrons, *etc.*)
Déclinaison des objectifs	Conformément à la fiche qualité et gestion des risques du projet médical du GHT (axe 2) l'objectif, pour l'ensemble des établissements du territoire est de développer et articuler les plans de secours et ses annexes, en tenant compte du cas spécifique du CH de Belley qui dépend du Centre 15 basé à Bourg-en-Bresse et de la délégation territoriale ARS de l'Ain. **Axe 1 : Développer/renforcer les partenariats et les échanges/partages de connaissances et d'expériences entre les établissements membres** *(création d'un annuaire, réunions référents SSE* et partage de RETEX*, intervention / appui « d'expert » sur des thèmes ciblés (gestion cellule de crise, suivi et identification des victimes, etc.))* Il s'agit de faciliter et d'organiser l'entraide, le partage de connaissances et d'expériences entre les établissements membres et d'encourager la diffusion de documents et d'outils de gestion de crise communs. Ce partage permettra de faciliter au sein du GHT la prise en charge des patients victimes de situations sanitaires exceptionnelles. Le renforcement du partenariat entre les établissements pourra également passer par la mutualisation des formations (ex : damage control, décontamination hospitalière, etc.), des achats d'équipements type tenues NRBC, masques, *etc.* Création de l'annuaire : Il s'agit d'identifier au sein de chaque établissement les référents SSE et experts de gestion des situations sanitaires exceptionnelles afin que chaque établissement suivant ses problématiques et ses besoins puisse solliciter leur concours. Les réunions biannuelles des référents Situations Sanitaires Exceptionnelles des établissements membres du GHT lancées depuis 2016 seront pérennisées et les liens et les échanges avec l'ARS notamment dans le cadre de la révision courant 2017 du plan blanc élargi (=plan départemental de mobilisation (plan ORSEC Préfet)) sous

	pilotage DD73-ARS seront maintenus. **Axe 2 : Actualiser la procédure de gestion de crise inter établissements pour intégrer les évolutions des plans** Il s'agit de reprendre la procédure de gestion de crise inter-établissements rédigée en 2012 et d'y intégrer les nouvelles dispositions prises au regard de l'évolution du contexte national et des exigences réglementaires *(notamment la mise à jour des moyens humains et matériels pouvant être mis à disposition, la rédaction d'une procédure permettant le suivi des victimes hospitalisées successivement dans plusieurs établissements du GHT, la rédaction d'une procédure de suivi des fuyards, etc.)* **Axe 3 : Partager et développer une culture gestion de crise** (mise en place de formations communes, **organisation d'exercices communs** type exercices cadre, exercices avec plastrons, *etc*.) Il s'agit de développer et de mettre en place des formations liés à la gestion de crise communes aux établissements du GHT *(formation NRBC, formation à l'utilisation du logiciel SIVIC permettant le dénombrement des victimes admises au regard des victimes recensées à l'avant sur l'applicatif SINUS, etc.)* Il s'agit également d'inclure dans les plannings annuels d'exercices de gestion des situations sanitaires exceptionnelles propres à chaque établissement la mise en œuvre d'au moins un exercice commun permettant de tester et d'améliorer les dispositifs de gestion de crise des établissements et notamment de tester la partie « gestion de crise inter établissement ». L'invitation d'observateurs issus des établissements du GHT à chaque exercice sera également généralisée afin que chaque établissement puisse profiter du regard croisé des membres partenaires et enrichir son dispositif avec les bonnes pratiques des uns et des autres.
Forces du GHT	- Une mobilisation des établissements du territoire sur la thématique existante depuis 2012 (à travers le REQUA de la CHT puis du GHT) - Un groupe référents SSE du GHT créé depuis 2016
Faiblesses du GHT	- Plan blanc plus ou moins actualisé suivant les établissements - Un contexte réglementaire en évolution constante
Indicateurs	**-** Nombre d'exercices communs réalisés / Nombre d'exercices communs planifiés *(cible visée : 1 exercice commun par an soit 100%)* **-** Nombre de réunions Référents SSE du GHT réalisées / Nb de réunions prévues *(cible visée : 2 réunions par an soit 100%)*
Calendrier	2017-2021

GHT Savoie-Belley
Projet médical partagé

FICHES PROJETS
- Filière Médecine et maladies chroniques -

Infectiologie

Intitulé

Organiser une offre publique de territoire et structurer l'infectiologie transversale à partir de l'hôpital de référence

Etat des lieux

L'augmentation de la résistance des bactéries aux antibiotiques a conduit les autorités internationales (OMS) et nationales à promouvoir fortement le bon usage des antibiotiques depuis 2014. En France, *l'instruction N° DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/2015/212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance* impose que les établissements de santé organisent le bon usage des antibiotiques autour d'un référent en antibiothérapie (annexe 5 de l'instruction susvisée).

Pour le territoire le service de maladies infectieuses du CHMS assure ce rôle de référent et de conseil de manière informelle depuis de nombreuses années.

La prise en charge sur le territoire est actuellement structurée comme suit :

	CHAM	CH Belley	CHBSM	CHMS	CHSJM
Nombre de lits - ***HC*** - ***HJ***	0	En médecine polyvalente. Pas de lits identifiés	24 mutualisées non dédiés de médecine polyvalente	*36* *4*	Pas de lis dédiés
Consultations	non	Oui	Non	Oui	Oui
Consultations avancées	Non	Non	Non	Non	Non
Avis	oui	Oui		Oui	Oui
Autres	CEGGID IST	Antenne CeGidd Avis téléphonique au MG de ville Consultation inter-service intra hospitalier		- Education thérapeutique pour le VIH/hépatite C - ESP espace Santé publique : CEGGID, PEC tuberculose / IST / vaccination - Avis téléphonique sur demande	CEGGID Avis Téléphonique sur demande
DMS	Non				
File active	Non				
Délai d'obtention d'un 1er RDV	non	Pas de délai			

- Groupe de GHM : Maladies infectieuses (dont VIH) par sévérité et établissement

	BELLEY		BOURG SAINT MAURICE		METROPOLE SAVOIE		ST JEAN DE MAURIENNE		ALBERTVILLE MOUTIERS		HERBERT		MEDIPOLE		Total
	Nb RSS	%	Nb RSS	%	Nb RSS	%	Nb RSS	%	Nb RSS	%	Nb RSS	%	Nb RSS	%	
Niveau 1, 2 ou Z	287	10%	224	7,%	**1 435**	**51%**	156	5%	584	20%	4	0,14%	136	4%	2 826
Niveau 3, 4	279	15%	76	4%	**1 064**	**59%**	119	6%	245	13%		0,00%	34	1%	1 817
Niveau T	36	4%	91	10%	**360**	**42%**	84	9%	209	24%	2	0,23%	84	9%	866
Total général	602	10%	391	7%	**2 859**	**52%**	359	6%	1 038	18%	6	0,11%	254	4%	5 509

- % d'activité par GHM, sévérité et établissement

	CH BELLEY	CH BOURG SAINT MAURICE	CH METROPOLE SAVOIE	CH ST JEAN DE MAURIENNE	CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS
Infections respiratoires	**13,5%**	**7,6%**	**53,2%**	**7,7%**	**18,0%**
Niv 1, 2 ou Z	11,2%	8,1%	52,9%	6,4%	21,4%
Niv 3, 4	17,6%	5,6%	54,6%	8,6%	13,6%
T	6,7%	14,7%	47,9%	10,4%	20,2%
Infections reins et voies urinaires, lithiases	**10,3%**	**10,9%**	**45,7%**	**8,1%**	**24,9%**
Niv 1, 2 ou Z	9,8%	12,7%	47,9%	6,5%	23,0%
Niv 3, 4	18,3%	3,8%	52,6%	6,7%	18,6%
T	3,4%	13,8%	33,9%	13,2%	35,6%
Maladies virales et fièvres d'origine inconnue	**15,1%**	**2,1%**	**57,4%**	**5,9%**	**19,5%**
Niv 1, 2 ou Z	15,2%	1,7%	55,5%	4,2%	23,4%
Niv 3, 4	21,2%	0,0%	60,6%	10,1%	8,1%
T	5,8%	7,2%	62,3%	8,7%	15,9%
Infections peau et tissu sous-cutané	**9,4%**	**8,6%**	**51,1%**	**8,0%**	**22,9%**
Niv 1, 2 ou Z	6,5%	12,9%	47,5%	7,9%	25,2%
Niv 3, 4	13,2%	4,6%	57,9%	5,9%	18,4%
T	7,0%	8,5%	43,7%	12,7%	28,2%
Septicémies	**9,4%**	**3,0%**	**75,2%**	**1,0%**	**11,4%**
Niv 1, 2 ou Z	11,3%	3,2%	66,1%	0,0%	19,4%
Niv 3, 4	9,6%	1,7%	85,2%	0,9%	2,6%
T	4,0%	8,0%	52,0%	4,0%	32,0%
Infections appareil génital masculin	**6,6%**	**7,7%**	**62,2%**	**4,6%**	**18,9%**
Niv 1, 2 ou Z	7,3%	6,3%	57,3%	8,3%	20,8%
Niv 3, 4	8,1%	8,1%	68,9%	0,0%	14,9%
T	0,0%	11,5%	61,5%	3,8%	23,1%
Infections SNC	**4,3%**	**1,7%**	**83,5%**	**0,9%**	**9,6%**
Niv 1, 2 ou Z	5,5%	1,8%	80,0%	0,0%	12,7%
Niv 3, 4	2,6%	0,0%	89,7%	0,0%	7,7%
T	4,8%	4,8%	81,0%	4,8%	4,8%
Ostéomyélites aigües (y compris vertébrales) et arthrites septiques	**9,1%**	**3,0%**	**75,8%**	**2,0%**	**10,1%**
Niv 1, 2 ou Z	11,1%	5,6%	75,0%	2,8%	5,6%
Niv 3, 4	9,4%	0,0%	79,2%	0,0%	11,3%
T	0,0%	10,0%	60,0%	10,0%	20,0%
Maladies infectieuses ou parasitaires hors septicémies et maladies virales	**8,0%**	**2,3%**	**69,3%**	**1,1%**	**19,3%**
Niv 1, 2 ou Z	13,0%	3,7%	61,1%	1,9%	20,4%
Niv 3, 4	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	80,0%
T	0,0%	0,0%	93,1%	0,0%	6,9%
Endocardites	**0,0%**	**0,0%**	**88,4%**	**7,0%**	**4,7%**
Niv 1, 2 ou Z	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%
Niv 3, 4	0,0%	0,0%	91,4%	5,7%	2,9%
T	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%
Infections gynécologiques d'organes autres que le sein	**8,1%**	**2,7%**	**62,2%**	**5,4%**	**21,6%**
Niv 1, 2 ou Z	0,0%	0,0%	71,4%	0,0%	28,6%
Niv 3, 4	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%
T	15,4%	7,7%	53,8%	15,4%	7,7%
Maladies VIH	**3,3%**	**0,0%**	**96,7%**	**0,0%**	**0,0%**
Niv 1, 2 ou Z	5,0%	0,0%	95,0%	0,0%	0,0%
Niv 3, 4	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
T	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Total général	**11,5%**	**7,4%**	**54,5%**	**6,8%**	**19,8%**

Etat des lieux par établissement

➢ Centre hospitalier Métropole Savoie

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Belley	Dr Boisseau Participation comité	0.05	

		infectieux		
Convention de partenariat	Herbert et MEDIPOLE	Sécurisation exposition sang / avis => CDS	-	
Partenariat non formalisé	SSR du bassin	Réponse à toutes les demandes des SSR	-	
Convention de partenariat	Saint-Jean-de-Maurienne	Depuis 2009 prestation conseil		
Convention de partenariat	Saint-Jean-de-Maurienne	2014 Dr ARDI pneumo-infec comité infectieux		

Personnel	**Etat des lieux de l'existant**	**Projection besoin à 1 an**	**Projection besoin à 5 ans**	**Projection besoin à 10 ans**
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	3 infectiologues diplômés + 2 assistants DESC 3 internes de MG et 1 spé			1
Poste(s) vacant(s)			-	
Type de formation	DESC en infectiologie / DES Référent antibiothérapie			
Référent antibiothérapie du CH :	3 infectiologues diplômés			

- **<u>Au CH de Belley</u>** :

Type	**Établissement**	**Détail**	**Nb effectif ETP**	**multi-site**
Convention de partenariat	CHMS	Temps partagé 0.05 ETP Dr BOISSEAU + Comites des anti-infectieux	0.05	
Partenariats non formalisés	CHMS	- sur les infections ostéo-articulaires - en matière de gastro Avis en cas d'absence du médecin référent		

Personnel	**Etat des lieux de l'existant**	**Projection besoin à 1 an**	**Projection besoin à 5 ans**	**Projection besoin à 10 ans**
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1 Dr Boisseau	1	1	1
Poste(s) vacant(s)	0			

Type de formation	DESC en infectiologie			
Référent antibiothérapie du CH :	DESC maladies infectieuses et tropicales cliniques et biologiques DIU Infections par le VIH DU Thérapeutique anti-infectieuse			

- **Au CH d'Albertville-Moûtiers** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CHMS	Dr MANQUAT	0.45	OUI
Convention de partenariat				
Partenariat non formalisé				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				
Poste(s) vacant(s)				
Type de formation	DU antibiothérapie			
Référent antibiothérapie du CH :	2référents antibiothérapie Dr VON MANOWSKI – Mr BREANT			

- **Au CH de Saint Jean de Maurienne :**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CH Métropole Savoie	Prestation de conseil spécialisé en antibiothérapie et infectiologie		
Convention de partenariat	CH Métropole Savoie	Travail en partenariat du référent antibiotique de SJM avec l'équipe du CH Métropole Savoie Participation au comité anti-infectieux		

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1 PH			
Poste(s) vacant(s)	0			
Type de formation				
Référent antibiothérapie du CH :	Dr HARDY pneumologue avec DIU antibiothérapie			

➢ **<u>Au CH de Bourg Saint Maurice</u>** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat		FEMERIS		
Convention de partenariat				
Partenariat non formalisé				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				
Poste(s) vacant(s)	0			
Type de formation				
Référent antibiothérapie du CH :	Dr BACHOUR président GSPA ex clin			

Objectifs

Axe 1

↳ **Structurer en filière et optimiser l'organisation de la prise en charge en infectiologie**

Axe 2 :

↳ **Développer une activité d'infectiologie transversale au sein du territoire**

Axe 3

↳ **Renforcer les liens et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité**

Axe 4

	↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**
Déclinaison des objectifs	L'objectif, pour l'ensemble des établissements du territoire, vise à : ➢ identifier une filière de soins entre les établissements de santé en fonction de la pathologie ; ➢ assurer une prise en charge de proximité de qualité (connaissance du patient par les deux centres pour une décision plus éclairée) pour les patients atteints de maladies infectieuses ; ➢ renforcer l'attractivité des établissements de proximité sur des secteurs de pointe ; ➢ développer l'intérêt des professionnels médecins et paramédicaux (formations, etc.) concernés dans chacun des établissements du territoire ; ➢ faciliter les liens entre les établissements de proximité dans la spécialité et l'établissement de référence ; ➢ valoriser une stratégie positive pour tous les établissements. *** **Axe 1 : Structurer en filière et optimiser l'organisation de la prise en charge en infectiologie sur le territoire** Il s'agit de : o évaluer les coopérations existantes et identifier et/ou affiner les besoins des établissements de proximité en fonction des partenariats déjà établis à ce jour ; o identifier le parcours du patient dans le cadre d'une filière de soins de territoire entre l'établissement de proximité, l'établissement référent et l'établissement de recours ➢ structurer la prise en charge du patient en fonction de sa pathologie et du degré de gravité typologie et des ressources médicales de spécialité du CH de proximité : o en phase aigüe par l'établissement référent pour une hospitalisation de courte durée (7 jours maximum) et éventuellement un appui sur l'établissement recours. La prise en charge en phase aigüe peut aussi être programmée au sein des établissements disposant d'un médecin infectiologue à temps partiel ou temps plein. ➢ le suivi d'un retour précoce sur l'établissement de proximité : prise en charge en hospitalisation et suivi post-hospitalisation ➢ la prise en charge de l'endocardite infectieuse par l'établissement de référence. **Axe 2 : Développer une activité d'infectiologie transversale au sein du territoire** Les sollicitations informelles et avis téléphoniques inter-établissements et inter hospitaliers (public/privé) sont croissants et représentent une part importante de l'activité des infectiologues (nombre moyen d'appels par semaine : 103). Par ailleurs, l'émergence d'épidémies, le besoin d'une maitrise des prescriptions d'antibiotiques en ville comme à l'hôpital constitue un facteur conduisant au développement cette activité. Il est nécessaire d'envisager de conforter cette activité médicale afin de : ➢ valoriser les avis téléphoniques dédiés inter-établissements pour l'antibiothérapie/infectiologie ; ➢ améliorer la qualité du conseil en antibiothérapie/infectiologie pour les praticiens de ville ; ➢ renforcer le développement de l'outil existant de demande/réponse d'avis (infmedsavoie) en prévoyant de conduire un projet d'un site internet dédié ➢ améliorer le bon usage des antibiotiques inter-établissements (antibio-référence) ➢ améliorer l'organisation et le suivi des RCP « infections ostéo-articulaires » et « pied

	diabétique infecté » ; ➢ renforcer le rôle de référent du service de maladies infectieuses du CHMS à l'échelle du territoire. Afin de répondre à cet objectif et dans la perspective d'assurer une continuité des avis médicaux, il est projeté de : ➢ renforcer l'équipe médicale de l'établissement référent avec la création d'un poste de praticien hospitalier ; ➢ créer une astreinte médicale d'infectiologue sur le territoire. **Axe 3 : Renforcer les liens et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité** Il importe de valoriser les échanges de pratiques, les formations et la mise en commun ou l'harmonisation de protocoles. A ce titre, il est envisagé de : ➢ désigner au sein de chaque établissement de proximité un référent en antibiothérapie : un ou deux médecins hospitaliers déjà formés ou à former ; ➢ maintenir et développer les formations des médecins et des équipes paramédicales ; ➢ harmoniser les protocoles d'antibiothérapie entre les établissements (notamment pour les prises en charge en urgence), travailler à l'adoption de protocoles communs et réfléchir aux modalités de diffusion ; ➢ organiser une à deux rencontres annuelles infectiologues et référents médicaux ; ➢ mutualiser des démarches d'audits et d'évaluation des pratiques ➢ assurer une formation et une information régulière auprès des prescripteurs via les référents dans chacun des établissements du territoire ; ➢ envisager à moyen terme la création d'une « cellule médicale et paramédicale de territoire » (*Antimicrobial Stewardship*), qui prendrait la forme d'une équipe à disposition des établissements et dont les missions viseraient à : o mettre en relation les prescripteurs médicaux / pharmaciens / microbiologistes et hygiénistes en vue d'un bon usage des antibiotiques ; o actualiser les compétences et formations des équipes médicales et paramédicales. o aider au codage de l'activité (cf. fiche projet DIM) ; ➢ développer la télémédecine comme outil-support sous différentes formes (de la visioconférence à la transmission de demande d'avis écrite avec antibiogrammes aux référents médicaux etc.). **Axe 4 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : ➢ l'accès aux dossiers médicaux et résultats d'analyse biologiques (?) depuis n'importe quel site ; ➢ la communication complète des PACS ; ➢ l'intégration automatique des documents extérieurs.
Forces du GHT	⇨ Répondre aux exigences médicales et règlementaires sur le bon usage des antibiotiques au CHMS et sur le GHT ⇨ Répondre au tableau de bord de la certification V2014 et du score ICALIN

	⇨ Conserver et renforcer le rôle de référent du service de maladies infectieuses du CHMS à l'échelle du GHT et des établissements privés de Savoie ⇨ Codage en infectiologie bien valorisé
Faiblesses du GHT	⇨ Pas de financement propre dédié malgré les textes législatifs récents ⇨ Risque de gestion différente des complications infectieuses par les autres établissements
Indicateurs	- Nombre d'avis - Nombre de consultations avancées - Nombre de formations - Nombre de référents - Nombre de protocoles - Suivi de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes
Calendrier	2017-2021

Diabétologie

Intitulé

Organiser une offre publique de territoire et structurer la prise en charge des patients en diabétologie à partir de l'hôpital de référence

Etat des lieux

En France, les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes atteintes plus ou moins sévèrement, soit 20 % de la population.
Il s'agit à la fois des maladies transmissibles (hépatites chroniques, sida,…) et des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, asthme, cancers…) responsables de 86 % des décès et 77 % de la charge de morbidité en Europe.

Cette fiche est consacrée à la prise en charge du diabète sur le territoire Savoie-Belley.

Répartition par sévérité au sens codage médical et établissement du territoire des séjours (GHM) en diabétologie (racine 10M02, 10M08, 10M03, 23M08).

	CH BELLEY		BOURG SAINT MAURICE		CH METROPOLE SAVOIE		CH ST JEAN DE MAURIENNE		CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS		HÔPITAL PRIVÉ MEDIPOLE DE SAVOIE		T S
sévérité	Nb RSS	%	Nb RSS	%	RSS	%	Nb RSS	%	Nb RSS	%	Nb RSS	%	
1	49	4%	14	1%	851	82%	19	2%	95	9%	9	1%	
2	61	8%	8	1%	531	72%	39	5%	76	10%	13	2%	
3	89	12%	11	2%	435	61%	42	6%	111	15%	21	3%	
4	11	8%	1	1%	86	69%	5	4%	20	16%	1	1%	
J		0%		0%	1	50%		0%	1	50%		0%	
T	26	3%	34	4%	501	61%	107	13%	117	14%	28	3%	
Z	22	10%	4	2%	156	74%	1	1%	28	13%		0%	
Total général	258	7%	72	2%	2 561	70%	213	6%	448	12%	72	2%	

Etat des lieux par établissement

	CHAM	Belley	BSM	CHMS	SJM
Nombre de lits en HC	Pas de lits dédiés 54 séjours en 2015 dans l'UF	5 lits au sein d'une unité de médecine polyvalente	24 mutualisées non dédiés de médecine polyvalente	22	Lits non identifiés
Consultation	537 pour 2015	Oui	non	Site d'Aix-les-Bains et Chambéry	Oui
Consultation avancées	oui	Non	non	SJM (tous les 15 jours depuis juin 16) Albertville (depuis 14 sept. 16 1j/15j)	Non
Avis	Oui	Avis interservices		avis téléphoniques intra et extrahospitaliers avis interservices	non
Autres	Diabète et grossesse	Centre de pompe à insuline, consultations du pied diabétique, diabète gestationnel, lien avec	Pas de pec spécifique Pec décompensation diabète	Centre de pompe à insuline, holters glycémiques Education thérapeutique (DT2, Insulinothérapie fonctionnelle, mise sous pompe à insuline) Cicatrisation du pied diabétique Diabète et grossesse	Eduction thérapeutique Diabète gestationnel et diabète Formation interne et formation

		la chirurgie bariatrique		Diabète et corticoïdes en cancérologie Formations internes et externe /soignants Rédaction et harmonisation des protocoles	IDE par le centre référent

Au Centre hospitalier Métropole Savoie

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CH Saint Jean de Maurienne	WATERLOT	0,10	oui
Convention de partenariat	CH Albertville	WATERLOT À partir 14/09/16	0,10	oui

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	4 etp dont 0,2 UTEP et 0,2 GEROM soit 3,6 0,4 1 4			
Poste(s) vacant(s)	1 poste de PH		-	
Type de formation	DES endocrinologie			
Partenariat non formalisé	Maison des réseaux	Dr WATERLOT	aucun	

Au CH de Belley :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Clinique d'Ambérieu	Centre de pose de pompe à insuline		
Convention de partenariat				
Partenariat non formalisé	CHMS	Diabète de type I et grossesse, diabète chez un mineur, insulinothérapie fonctionnelle, diabète gestationnel sur grossesse pathologique ou sous insuline, cancerde thyroïde,		

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à	Projection besoin à	Projection besoin à

		1 an	5 ans	10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1	1	1	1
Poste(s) vacant(s)	0			
Type de formation	DIS Endocrinologie et maladies métaboliques, DIU tumeurs endocriniennes			

Au CH d'Albertville-Moûtiers :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CHMS	DR WATERLOT (1/2 journée ttes les 2 semaines du 14/9 au 31/12/16 puis 1 journée ttes les 2 semaines à compter du 1/1/17)	0.05 (2016) 0.10 (2017)	Non oui
Partenariat non formalisé				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	Mise à disposition Dr Waterlot 1/15j consultation avancées			
Poste(s) vacant(s)				
Type de formation	1 médecin formé en DU diabétologie			

Au CH de Saint Jean de Maurienne :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CHMS	Dr WATERLOT 4 demi-journées/mois		
Convention de partenariat	CHMS	Formation des IDE du programme d'éducation thérapeutique par le CHMS		
Partenariat non formalisé				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.20 etp de PH			
Poste(s) vacant(s)	1 poste PH dont 0.20 etp éducation thérapeutique			
Type de formation				

Au CH de Bourg Saint Maurice :

Besoin d'une consultation avancée exprimé par l'établissement

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				
Partenariat non formalisé	libéral			
Partenariat non formalisé	CHMS			

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	Dr M. PRADIER remplaçant Dr J. ALLIOT			
Poste(s) vacant(s)	0			
Type de formation				

Objectifs

Axe 1

- **Structurer et optimiser l'organisation de la prise en charge du diabète sur le territoire entre établissements de proximité et établissement référent**

Axe 2

- **Développer une prise en charge ciblée pour « le pied diabétique » et « le diabète gestationnel ».**

Axe 3

- **Développer l'information et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité.**

	Axe 4 ↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**
Déclinaison des objectifs	L'objectif, pour l'ensemble des établissements du territoire, vise à : • d'une part, assurer une prise en charge de proximité de qualité pour les patients atteints de diabète ; • d'autre part, définir la typologie de patients nécessitant une prise en charge dans l'établissement de recours, lorsqu'il n'y a pas d'endocrinologue sur place. • par ailleurs, développer l'intérêt des professionnels médecins et paramédicaux (formations, etc.) concernés dans chacun des établissements du territoire, • faciliter, en outre, les liens entre les établissements de proximité dans la spécialité et l'établissement de référence, • enfin, valoriser une stratégie gagnant-gagnant pour tous les établissements. *** **Axe 1 : Structurer et optimiser l'organisation de la prise en charge du diabète sur le territoire entre établissements de proximité et établissement référent** Les objectifs poursuivis sont les suivants : ⇨ Evaluer les coopérations existantes et les besoins des établissements de proximité pour lesquels il y a absence de partenariat à ce jour avec l'établissement référent. ⇨ Identifier le parcours du patient dans le cadre d'une filière de soins de territoire entre l'établissement de proximité, l'établissement référent. Il s'agit notamment de flécher l'orientation du patient en fonction du type de diabète et de son évolution : • Type 1 (insulinodépendant) : établissement référent ou établissement de proximité bénéficiant d'une présence de diabétologue avec une spécificité pour le suivi des types 1 avec grossesse qui requière une prise en charge en périnatalité et un suivi en endocrinologie et obstétrique. - transition post-ado (16/18 ans) à formaliser entre les établissements de proximité et l'établissement de référence. • Type 2 complexe ou mis sous insuline : une prise en charge graduée : - en phase aigüe : par l'établissement référent ou par l'établissement de proximité bénéficiant de la présence d'un endocrinologue avec une hospitalisation de courte durée (7 jours maximum) - puis transfert en vue d'hospitalisation sur l'établissement de proximité. • Développer ou renforcer sur l'ensemble des établissements de proximité, des consultations programmées (demande émise par CH Bourg-Saint-Maurice ; élargir les horaires des consultations avancées de Saint-Jean-de-Maurienne) **Axe 2 : Développer une prise en charge ciblée pour le « pied diabétique » et « le diabète gestationnel »** **La prise en charge « du pied diabétique »** doit être pluridisciplinaire car elle fait

référence à une pathologie lourde et complexe. Afin de l'organiser il importe :
- identifier le besoin (volume et niveau de sévérité)
- envisager la création d'une consultation spécialisée médico-soignante au sein de chaque établissement de proximité avec pour corolaire :
  - former au sein de chaque établissement de proximité des médecins et des équipes soignante identifiés comme référents.
  - assurer des avis en diabétologie, infectiologie et vasculaire de la part de l'établissement référent
- ouvrir l'accès, en visioconférence, à la RCP mensuelle « cicatrisation du pied diabète » associant infectiologue, chirurgiens vasculaires, diabétologues, aux référents médicaux des établissements de proximité

La prise en charge du « diabète gestationnel » est organisée comme suit :
- non insulino-traité : prise en charge au sein de l'établissement de proximité.
- insulino-traité et diabète de type 1 : vers établissement référent ou de proximité bénéficiant de la présence de diabétologue (pour le non-type 1).
  - nécessité d'une prise en charge par un endocrinologue lors de la mise sous insuline
  - élaboration et partage de protocoles de suivi entre établissement référent et établissement de proximité pour la prise en charge et suivi au long cours

La formation des personnels des établissements de proximité au logiciel My Diabby (via internet) est un élément essentiel pour le suivi des patientes atteintes de diabète gestationnel.

Axe 3 : Développer l'information et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité.

Il importe de valoriser les échanges de pratiques, les formations et les mises en commun ou harmonisation de protocoles. A ce titre, il est envisagé :

- Identifier une équipe référente dans chaque établissement de proximité constituée :
  - ⇨ d'un ou deux praticiens hospitaliers (généraliste polyvalent) déjà formés ou à former au diabète
  - ⇨ une équipe paramédicale (IDE,…) formée au diabète
- Conforter et valoriser les avis de diabétologie de l'établissement référent
- Maintenir et développer les formations / retour d'expériences inter-établissements
  - ⇨ des praticiens hospitaliers et des équipes paramédicales
- Harmoniser les protocoles ou créer des protocoles communs à l'ensemble des établissements
- Développer le partage de formation aux outils informatique métiers (my diabby, etc..)
- Programmer des rencontres annuelles médico-soignantes inter-établissements
- Développer la télémédecine comme outil-support
- Journée de rencontre autour du « pied diabétique »

Axe 4 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée

Il s'agit notamment de développer :

- l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site,

	• l'accès aux glycémies (lecteurs connectés) et doses d'insuline des patients • la communication complète des PACS, • l'intégration automatique des documents extérieurs • la télémédecine • accès internet My Diabby *** **Afin de répondre aux orientations présentées ci-dessus, il sera nécessaire de créer un poste de praticien hospitalier de territoire pour renforcer l'équipe médicale de l'établissement référent + 1 IDE.**
Forces du GHT	- Maillage territorial structuré - Des compétences médico-soignantes en diabétologie déjà existantes - Un service référent sur le territoire
Faiblesses du GHT	- Démographie médicale
Indicateurs	**-** Nombre d'avis **-** Nombre de consultations avancées **-** Nombre de formations **-** Nombre de référents **-** Nombre de protocoles **-** Nombre de patients adressés suivant le type de diabète
Calendrier	**2017-2021**

Addictologie

Intitulé : **Structurer une prise en charge globale des soins en addictologie sur le territoire**

Etat des lieux

La prise en charge en addictologie sur le territoire est déjà assurée de manière graduée en niveau 1 (ELSA - sevrage simple) et niveau 2 (niveau 1 + lits d'hospitalisations dédiés, consultations et sevrage complexe) selon la sévérité de comorbidité présentée par le patient.

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

L'article D. 3411-1. du CSP précise les missions des CSAPA. Ils assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage.

Données d'activité

Le dénombrement des séjours par niveau de sévérité au sens codage médical PMSI est réparti comme suit :

Racine Ghm	Libellé	Sévérité	Belley	BSM	CHMS	SJM	CHAM	Total général
20Z04	Ethylisme avec dépendance	Niv 1, 2 ou Z	5,%	11%	68%	2%	11%	100%
		Niv 3, 4	10%	2%	75%	5%	7%	100%
		T	9%	17%	60%	4%	7%	100%
Total			6%	11%	68%	3%	10%	100%
20Z05	Ethylisme aigu	Niv 1, 2 ou Z	7%	11%	41%	8%	30%	100%
		Niv 3, 4	22%	0%	44%	22%	11%	100%
Total			7%	11%	41%	8%	30%	100%
20Z06	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou autres	Niv 1, 2 ou Z	0%	0%	100%	0%	0%	100%
		Niv 3, 4	12%	0%	75%	0%	12%	100%
		T	7%	15%	30%	15%	30%	100%
Total			5%	5%	71%	5%	13%	100%
20Z02	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	Niv 1, 2 ou Z	9%	12%	78%	0%	0%	100%
		Niv 3, 4	0%	0%	66%	33%	0%	100%
		T	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Total			7%	10%	79%	2%	0%	100%
général			7%	11%	56%	5%	19%	100%

Le périmètre des activités par établissement :

	CHAM	Belley	BSM	CHMS	SJM
Nombre de	0 mais 4 lits à		Pas de lits dédiés	10 Chambéry	Pas de lits

	lits HC	disposition en médecine polyvalente 32 séjours 217 journées (<1 lit)	O lits dédié mais 5 lits disponibles au sein d'une unité de médecine polyvalente		4 AIX	dédiés
	Consultation	Oui Albertville et Moutiers	Oui	Oui quotidiennes	Oui site de Chambéry et Aix	oui
	Consultation avancées	0	non	non	Oui	non
	Avis	oui	Oui	oui	Oui	oui
	Autres	Tabaccologie Alcoologie Colaboration épidémiologie Groupe de parole / Groupe de bientraitance Intervention IFAS Travail avec PASS gériatrie EMSP UMG	Consultations de tabaccologie Alcoologie / Tox (initiation méthadone) / Meds / Jeu/ Ecrans Avis interservices	ELSA Consultations spécialisées Avis interservices Activités de groupes: alcool, associations anciens buveurs, diététicienne, relaxation, hypnose Tabacologie / Alcoologie / Tox (initiation méthadone) / Meds / Jeu/ Ecrans Plan Echange Seringues (Urgences BSM) Prise en charge sociale Activités extra hospitalières (Prévention milieu scolaire, saisonniers stations sports hiver,...) + convention Conseil Général pour expertise auprès Assistantes sociales secteur... Activités prévention en milieu professionnel (remontées mécaniques...)	ELSA + . Consultations spécialisées .Avis interservices dont SAU, UHCD et UPU APA individuel et groupe .Activités de groupes: alcool, associations anciens buveurs, diététicienne, APA, relaxation .Tabacologie / Alcoologie / Tox / Medicaments / Jeu Prise en charge sociale Liens et conventions avec 2 CSAPA pour traitements de substitution Collaborations avec PASS et UCSA	.ELSA Avis Interservices médical et psycho (Médecine, Xie , Maternité, SSR rééducation) .Consultations spécialisées médicales et psycho Alcool/Tabac/ Tox .Groupes de parole : Tabac, Alcool
	Nombre et DMS Sevrage simple 2015 : Nombre et DMS Sevrage complexe 2015	S. simple : 60 DMS = 7.62 S. complexe : 3 DMS : 17,67		S. alcool et opiacés = 61 en 2015 DMS =	S.Simple : 368 / DMS = 7.2 S.Complexe : 48 / DMS 15.1	S.Simple : 20 en 2015
	File active		Non	ELSA = 430	ELSA : 829	ELSA = 208

ELSA File active Consultations	Elsa 562 CS : 1039 (IDE Psycho : 640)	concerné	Consultations réalisées = 1911	Consultations réalisées :5452 File active des consultations : 1299	Consultations réalisées = 1311
Délai d'obtention d'un premier rendez-vous en jours - Médical - Paramédical	?	Médical : 18 jours	Médical = 21 Paramédical = 1	Médical : 30 Paramédical : 5	Médical : 7 Paramédical : 7

Etat des lieux par établissement

CH Métropole Savoie :

- Reconnaissance niveau 2 en addictologie (référent sur le territoire)
- Agrément pour les sevrages complexes (DMS > 11 jours).

Il dispose d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), de 10 lits dédiés et d'une consultation spécialisée.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi -site
Convention de partenariat	CH St Jean de Maurienne	- Mise à disposition: Médecin de Chambéry Psycho de Chambéry - Visioconférence	 0,2 1	Oui non
Convention de partenariat	CH de Bourg-Saint-Maurice	Avis Pour S. complexe Visioconférence	-	
Convention de partenariat non formalisé ?	Maison des réseaux Vie Libre Alcooliques Anonymes	Oui	-	
Convention de partenariat	- CSAPA ANPAA 73 - CSAPA Le Pélican	-ANPAA 73: convention -Le Pélican: convention + mise à disposition personnel: médecin + As Sociale, - Visioconférences pour les deux	Médecin: 2 ½ j As Sociale: 3 1/2	Non Non

Type	Oui /Non	Détail	Nb. de lits
Autorisation 15/07/2009	Oui	Niveau 2 -Site de Chambéry : S. Simple + complexe - Site d'Aix-les-Bains : Sevrages simples	10 4
Agrément		Sevrages simples et sevrages complexes	10
Financement ARS		-T2A: sevrages simples et complexes - MIG ELSA - MIG Cs Spécialisées	

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	2,8 ETP CHY+AIX (2 TP + 3 pour 0,8 etp) 0,2 etp	+1 (remplacement)	+2	+3
Poste(s) vacant(s)	0		-	
Type de formation	2 PH titulaire DESC addictologie (Dr P. Bérenger / Dr B De Goer) - 1 PH titulaire Capacité addictologie (Mme Dr C. Morandini)			
Paramédical	- IDE : 1.25 ETP - Psycho : 2.77 ETP - Diététicienne : 0.3 ETP - As Sociale :0.80 ETP - APA : partagé - Secretariat :1.85 ETP	IDE : +1 Psycho : +1	IDE : +2 Psycho : +2	

<u>CH de Belley</u> :

Un praticien est titulaire d'un DIU en addictologie. La demande de reconnaissance de niveau 1 n'a pas encore été adressée à l'ARS

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi -site
Convention de partenariat	Absence de convention entre Belley et CHMS			
Partenariat non formalisé	Partenariat avec l'ANPAA 01	Mise à disposition d'une psychologue, partage de protocoles, lien ville-hôpital	0.1 ETP (psycho de l'ANPAA)	

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1	1	1	1
Poste(s) vacant(s)	0			
Type de formation	DIU Addictologie			
Paramédical	1 SF tabacologie 0,1 etp 1 psycho 0,1 etp			

<u>CH de Bourg Saint Maurice</u> :

Reconnaissance niveau 1 en addictologie - Il dispose d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi -site
Convention de partenariat	Conseil Général	Soutien/expertise des AS de secteur		
Convention de partenariat	CSAPA Le Pélican avec l'antenne d'Albertville	Aide et mise à disposition de personnel ELSA pour activités de prévention auprès des scolaires, des saisonniers des stations, et fonctionnement d'une Consultation Jeunes Consommateurs Membre du CA du Pelican		
Convention de partenariat	CHMS	définissant les modalités de prise en charge et le transfert des patients pour des soins d'addictologie entre le centre hospitalier Métropole Savoie et le centre hospitalier de Bourg Saint Maurice.		
Convention de partenariat	Education Nationale :cité scolaire Bourg Saint Maurice Lycée Moutiers Collèges d Aime, Bozel	Modalités d'intervention dans les établissements scolaires pour activités de prévention et prise en charge problématiques addictives		
Convention de partenariat	Association anciens buveurs Vie Libre	Collaboration sur groupe parole et interventions dans le CH		
Convention de partenariat	Intercommunalité de Haute Tarentaise	Assistance et expertise auprès publics précaires		

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1			
Poste(s) vacant(s)	0			
Type de formation	1 PH avec Capacité addictologie (Dr Donzel Marc)			

<u>CH de St Jean de Maurienne</u> :

Reconnaissance niveau 1 en addictologie - Il dispose d'une équipe partielle de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Uniquement temps médical en 2015/2016.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi -site
Convention de partenariat	CHMS	Mise à disposition d'un médecin (Dr P. Bérenger) du niveau 2 de CH Métropole	0.2 Médecin 1 ETP Psycho	oui

		Savoie (2 /12 journée hebdomadaire depuis 1997 et d'un temps plein de psychologue depuis 1998.		
Convention de partenariat	CSAPA ANPAA 73	ELSA : Mise à disposition médecin CSAPA ANPAA sur 5 ½ journée par semaine.	0.4 ETP Médecin	non

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.20 etp médical (Dr P Bérenger) 0.4 ETP médical CSAPA (Dr D. Villard)	+ 0.4 ETP		
Poste(s) vacant(s)	0			
Type de formation	Dr Villard : Capacité Dr Bérenger : DESC			
Paramédical	- Psycho : 1 ETP mis à disposition par CHMS - Secrétariat : 0.10 ETP	+ 1 ETP IDE + 0.4 ETP secrétariat		

<u>CH d'Albertville-Moûtiers</u> :

Reconnaissance niveau 1 en addictologie - Il dispose d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi -site
Convention de partenariat	CSAPA le Pélican	depuis avril 2009		
Convention de partenariat	Vie livre			

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0,5 etp Dr Tassilo Von Manowski	idem	idem	idem
Poste(s) vacant(s)	0			
Type de formation	?			
Paramédical				

<u>CHS de la Savoie</u> :

Il participe au parcours de soins, s'il existe une comorbidité dépendance et pathologie psychiatrique dans les structures de soins de secteur comme les centres médico-psychologiques, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, les hôpitaux de jour ou l'hospitalisation complète.

	Conventions de partenariat : - avec le CSAPA le Pélican, - intervention des équipes de psychiatrie de liaison, en collaboration avec les équipes d'addictologie de liaison (ELSA) des établissements du territoire et le niveau 2 CHMS pour le dépistage, l'évaluation, le traitement dans les sevrages de niveau 1 et 2 et la proposition d'un suivi psychiatrique ultérieur.
Objectifs	**Axe 1** ↳ **Structurer et optimiser l'organisation de la prise en charge de l'addictologie dans le cadre d'une filière de territoire.** **Axe 2** ↳ **Valoriser la coordination des soins au sein de la filière entre l'établissement de référence et les établissements de proximité**. **Axe 3** ↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Structurer et optimiser l'organisation de la prise en charge de l'addictologie dans le cadre d'une filière de territoire.** - Compléter tous les sites autorisés en niveau 1 ou en cours d'autorisation avec la mise en place d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sur l'ensemble du territoire: ➢ CH BELLEY : à créer ➢ CHMS site d'Aix-les-Bains : A ce jour, uniquement mise à disposition médecin du site de Chambéry – absence d'ELSA ➢ CH de BSM : à compléter ? ➢ CH St J Maurienne : à compléter ? ➢ CH Albertville-Moutiers (à compléter de l'existant réel?) - Identifier le parcours du patient dans le cadre d'une filière de soins de territoire entre l'établissement de proximité, l'établissement référent et l'établissement de recours. ⇨ Sevrage complexe (uniquement pour le produit alcool- la toxicomanie relève du sevrage simple) : Etablissement référent et éventuellement, un appui sur l'établissement recours. ⇨ Retour au-delà des 12 jours d'hospitalisation, sur l'établissement de proximité pour prise en charge et suivi en consultation. ⇨ Sevrage simple : prise en charge du patient en consultation et/ou en hospitalisation (sans lit dédié pour les établissements de niveau 1) : à organiser par chaque établissement de proximité dans sa zone géographique de compétence. ⇨ En cas d'indisponibilité en lit ou besoin d'anonymat : nécessité de coordonner les prises en charge des patients sur le territoire. **Axe 2 : Valoriser la coordination des soins au sein de la filière entre l'établissement de référence et les établissements de proximité.** De multiples partenariats existent déjà entre les différents établissements du territoire (cf. état de lieux). Ceux-ci ont vocation à être optimisés par les actions suivantes : ⇨ Elaborer une cartographie des différents acteurs de l'addictologie (hospitaliers et non hospitaliers) et un annuaire commun pour l'ensemble du territoire.

	⇨ Instaurer une à deux rencontres annuelles de l'ensemble des acteurs hospitaliers du territoire (coordination et préparation à charge de l'établissement référent). ⇨ Valoriser et conforter les rencontres mensuelles par le biais des visioconférences entre l'établissement référent et les 2 CSAPA, en plus des CH de Bourg-St-Maurice, St Jean-de-Maurienne, notamment pour : - Commission Baclofène et cas complexes (après avis pluridisciplinaires au niveau des CSAPA et des structures hospitalières) pour organiser des Consultations et hospitalisations complexes. Proposer aux autres établissements de participer à ce dispositif (Belley, CHAM) (pour le bassin de la Tarentaise, des rencontres entre professionnels sont déjà organisées entre ELSA et les partenaires.) ⇨ Développer les formations communes de médecins et des équipes paramédicales (actuellement organisées conjointement par CHS et CHMS) après définition concertée des thématiques ⇨ Harmoniser les protocoles ou créer des protocoles communs à l'ensemble des établissements (ex : application des conférences de consensus) ⇨ Développer la télémédecine comme outil-support : à mettre en perspective suivant l'évolution des postes médicaux et dès lors des besoins des établissements de proximité ou eu égard à la géographie particulière du territoire imposant des distances importantes aux patients en fonction du lieu de prise en charge. **Axe 3 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : - l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site, - la communication complète des PACS et résultats de biologie - l'intégration automatique des documents extérieurs
Forces du GHT	- Maillage sur le territoire par bassin de santé - Compétences et ressources en établissement hospitalier - Lien ville-hôpital
Faiblesses du GHT	- Conditions de financement - Géographie du territoire dans le cadre des mises à disposition de temps médical
Indicateurs	- Nombre de consultations - Nombre d'hospitalisations par niveau - Nombre d'ELSA sur le territoire et de service de sevrage de niveau 2 en fonctionnement - Nombre de rencontres et formations communes - Nombre de protocoles
Calendrier	2017-2021

Soins de suite et réadaptation

Intitulé : **Structurer la prise en charge en SSR sur l'ensemble du territoire Savoie-Belley**

Etat des lieux

La réflexion conduite par le groupement s'appuie notamment sur l'annexe n° 1 au SROS Rhône-Alpes et sur les orientations identifiées dans ce cadre.

***

Sur le territoire de santé Savoie-Belley, la prise en charge en SSR est actuellement structurée comme suit :

➢ **PERIMETRE DES ACTIVITES PAR ETABLISSEMENT**

791 lits et places sur le territoire :

Tableau n°1	HC	HDJ
BELLEY	40	8
MOUTIERS	40	-
ST JEAN DE MAURIENNE	32	4
METROPOLE SAVOIE	141	20
MICHEL DUBETTIER - SAINT PIERRE D'ALBIGNY	36	-
CRF DOMAINE SAINT ALBAN LEYSSE	92	15
CRF GUSTAV ZANDER	69	73
MODANE	26	-
MEDIPOLE DE SAVOIE	25	5
L'ARC EN CIEL – TRESSERVE	70	-
SSR PEDIATRIQUE – LE PARC	90	5
TOTAL	**661**	**130**

10 filières de SSR autorisées (capacités HC + HDJ) :

Tableau n°2 *(en lits et places)*	Polyvalent	Locomoteur	Neurologie	cardio-vasc.	Respiratoire	PAPD	Soins palliatifs	Pédiatrie	EVC	UCC
CH BELLEY	48									
CHAM (Moutiers)	15					25				
CH DUBETTIER	26								10	
CH SJM		36								

CH MODANE						26				
CHMS	49 dont 6 à orientation psychogériatrie	14	30		8	42	4			14
MEDIPOLE DE SAVOIE	30									
CRF SAINT ALBAN	32	20	55							
CRF GUSTAV ZANDER		57	30	50				5		
L'ARC EN CIEL	60					10				
SSR Ped. LE PARC					60			35		
Total : 791	**260**	**127**	**115**	**50**	**68**	**103**	**4**	**40**	**10**	**14**

➢ COMPARAISONS REGIONALES

Le taux d'équipement en lits de SSR toutes spécialités (HDJ+HC) et tous secteurs d'activité confondus (privé et public) sur le territoire Savoie-Belley est de 1,3 lits pour 100.000 habitants, en-dessous de la moyenne régionale qui est à 1,7 lits.

Concernant les SSR avec mention « personnes âgées poly pathologiques dépendantes » (PAPD) – excluant les SSR polyvalent à orientation gériatrique -, le taux d'équipement est de :

- 21/100.000 hbts pour le département de la Savoie ;
- 18/100.000 hbts sur le territoire Savoie-Belley (en excluant les SSR PAPD sur le territoire de la coordination de Bourg en Bresse).

Au niveau régional, le taux était à 51 pour 100.000 habitants en 2012 (*cf. rapport de la coordination SSR*).
En 2012, le taux d'accès SSR PAPD en Savoie était de 15 % contre 18 % sur le plan régional.

➢ DONNEES D'ACTIVITES - SOURCE SCAN-SANTE

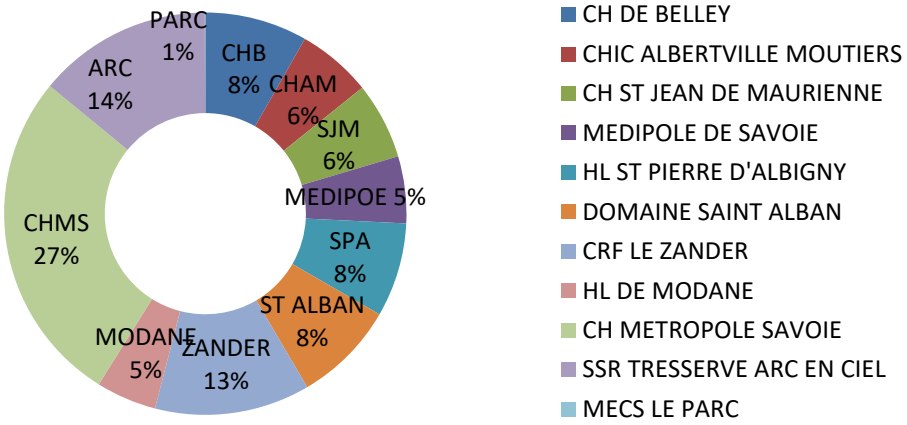
Le taux de recours SSR (nb journées 2015/population 2013) sur le territoire de santé Est Rhône Alpes est de 487,04 (national : 524.52).

	Taux de fuite	Taux d'attractivité

inter-régional Auvergne- Rhône Alpes	5,8%	6,0%
intra régional Est Rhône Alpes	10,5%	6,9%

Période : 2015 - source Scan Santé

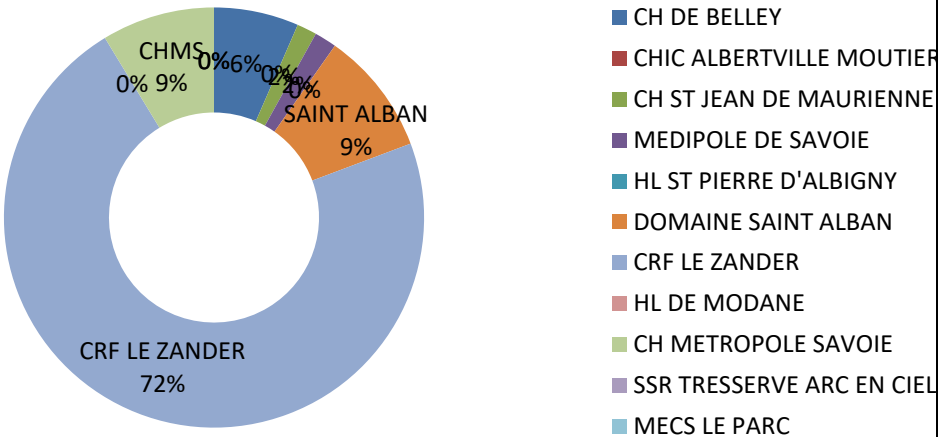
Activité SSR adultes en nombre de journées pour l'HOSPITALISATION COMPLÈTE et par autorisations	Affections cardio-vasc.	Affections de l'appareil locomoteur	Affections PAPD	Affections du syst. nerv.	Soins polyvalents	TOTAL
CH DE BELLEY	.	.	.	.	13 975	13 975
CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS	.	.	6 705	.	3 462	10 167
CH ST JEAN DE MAURIENNE	.	10 456	.	.	.	10 456
MEDIPOLE DE SAVOIE	.	.	.	.	9 118	9 118
HL ST PIERRE D'ALBIGNY	.	.	.	.	12 844	12 844
DOMAINE SAINT ALBAN	.	6 207	.	7 707	0	13 914
CRF LE ZANDER	3 067	12 038	.	6 066	.	21 171
HL DE MODANE	.	.	8 234	.	.	8 234
CH METROPOLE SAVOIE	.	5 335	19 290	6 915	14 357	45 897
SSR TRESSERVE ARC EN CIEL	.	.	.	.	23 787	23 787
MECS LE PARC	.	.	.	.	63	63
					Σ	169 626



Activité SSR ADULTES en nombre de journées pour l'HOSPITALISATION PARTIELLE et par autorisations	Affections cardio-vasculaires	Affections de l'appareil locomoteur	Affections de la PAPD	Affections du système nerveux	Soins polyvalents	TOTAL
CH DE BELLEY	.	.	.	.	2 133	2 133
CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS	.	.	0	.	0	0
CH ST JEAN DE MAURIENNE	.	500	.	.	.	500

MEDIPOLE DE SAVOIE	.	.	.	.	557	557
HL ST PIERRE D'ALBIGNY	.	.	.	.	0	0
DOMAINE SAINT ALBAN	.	1 403	.	1 701	5	3 109
CRF LE ZANDER	3 815	12 820	.	6 899	.	23 534
HL DE MODANE	.	.	0	.	.	0
CH METROPOLE SAVOIE	.	0	517	2 322	0	2 839
SSR TRESSERVE ARC EN CIEL	.	.	.	.	0	0
MECS LE PARC	.	.	.	.	0	0
					Σ	32 672

Période : 2015 - source Scan Santé



Activité SSR ADULTES : Taux de prise en charge en hospitalisation partielle	Affections cardio-vasculaires	Affections de l'appareil locomoteur	Affections de la personne âgée polypathologique	Affections du système nerveux	Soins polyvalents	TOTAL
CH DE BELLEY	.	.	.	.	13.2%	13.2%
CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS	.	.	0.0%	.	0.0%	0.0%
CH ST JEAN DE MAURIENNE	.	4.6%	.	.	.	4.6%
MEDIPOLE DE SAVOIE	.	.	.	.	5.8%	5.8%
HL ST PIERRE D'ALBIGNY	.	.	.	.	0.0%	0.0%
DOMAINE SAINT ALBAN	.	18.4%	.	18.1%	100.0%	18.3%
CRF LE ZANDER	55.4%	51.6%	.	53.2%	.	52.6%
HL DE MODANE	.	.	.	.	0.0%	0.0%
CH METROPOLE SAVOIE	.	0.0%	2.6%	25.1%	0.0%	5.8%
SSR TRESSERVE ARC EN CIEL	.	.	.	.	0.0%	0.0%
MECS LE PARC	.	.	.	.	0.0%	0.0%

Activité SSR ADULTES	Part de marché son territoire de santé	Part de marché sur la zone de recrutement	Taux d'entrée directe depuis le domicile et les urgences - hospitalisation complète	Taux d'entrée directe depuis le domicile et les urgences - hospitalisation partielle

CH DE BELLEY	**1.4%**	**38.3%**	**10.1%**	**100.0%**
CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS	**1.0%**	**26.5%**	**7.6%**	**.**
CH ST JEAN DE MAURIENNE	**1.0%**	**40.8%**	**4.5%**	**.**
HÔPITAL PRIVÉ MEDIPOLE DE SAVOIE	**0.9%**	**4.6%**	**2.0%**	**99.8%**
HL ST PIERRE D'ALBIGNY	**1.1%**	**9.2%**	**13.4%**	**.**
DOMAINE SAINT ALBAN	**1.6%**	**8.1%**	**6.5%**	**62.7%**
CRF LE ZANDER	**4.0%**	**13.8%**	**11.8%**	**99.9%**
HL DE MODANE	**0.7%**	**31.8%**	**8.1%**	**.**
CH METROPOLE SAVOIE	**4.4%**	**34.4%**	**14.4%**	**100.0%**
SSR TRESSERVE ARC EN CIEL	**2.2%**	**10.5%**	**1.7%**	**.**
MECS LE PARC	**0.4%**	**0.7%**	**100.0%**	**100.0%**

➢ ETAT DES LIEUX PAR ETABLISSEMENT PUBLICS DE SANTE

- **centre hospitalier Métropole Savoie :**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH, PHC	0.4 ETP au titre de la coord° de territoire (Dr Lamotte) => perspective de mi-temps à échéance 2018			
Poste(s) vacant(s)				

- **centre hospitalier de Belley** :

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1 PCH et 1 PAA	1 à 2 postes		
Poste(s) vacant(s)				

- **centre hospitalier d'Albertville-Moûtiers** :

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1.4 0.6	0.2 à 0.5		
Poste(s) vacant(s)				

- **centre hospitalier Michel DUBETTIER – St Pierre d'Albigny :**

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.5 0.2	+0.2 (activité LISP)		
Poste(s) vacant(s)				

- **centre hospitalier de Saint Jean de Maurienne :**

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1			
Poste(s) vacant(s)	1			

- **centre hospitalier de Modane :**

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.5	0.5		
Poste(s) vacant(s)				

- **centre hospitalier de Bourg Saint Maurice** :

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s)				

	Assistant(s) Interne(s)				
	Poste(s) vacant(s)				

Objectifs

Axe 1

- **Fluidifier le parcours de soins en SSR en**
  - **améliorant la connaissance des besoins actuels en lits d'aval pour adapter les capacités d'accueil**
  - **travaillant sur la prise en charge des profils de patients lourds (personnes âgées/soins palliatifs/cancérologies/soins neurologiques lourds/maladies chroniques)**

Axe 2

- **Poursuivre et développer, en matière de SSR, la prise en charge en ambulatoire et les retours à domicile ainsi que la mise en place de dispositifs innovants**

Axe 3

- **Développer l'information et la communication entre offreurs de soins publics et privés, établissements de référence et établissements de proximité**

Axe 4

- **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**

Déclinaison des objectifs

Axe 1 : Fluidifier le parcours de soins en SSR en

- **améliorant la connaissance des besoins actuels en lits d'aval pour adapter les capacités d'accueil**
- **travaillant sur la prise en charge des profils de patients lourds (personnes âgées/soins palliatifs/cancérologies/soins neurologiques lourds/maladies chroniques)**

Les acteurs concernés tiennent à rappeler au préalable la problématique concernant l'insuffisance de solutions d'aval pour l'ensemble du parcours patient MCO/SSR/EHPAD, source de difficultés récurrentes dans le fonctionnement des services de SSR et d'insuffisances de fluidité du parcours patient. Cette insuffisance de l'offre d'aval est particulièrement importante pour certains profils de patients lourds (oncogériatrie, séquelles neurologiques lourdes, maladies chroniques et dégénératives, patients âgés en attente d'EHPAD, patients jeunes handicapés).

1.1. Améliorer la connaissance des besoins actuels en lits d'aval pour adapter les capacités d'accueil

L'objectif est d'établir, en lien avec le MCO, la réalité du besoin de prise en charge en SSR et d'identifier l'adéquation entre ces besoins et les capacités et spécialités des services de SSR du territoire.

1.1.1. Etat des lieux du besoin

A ce titre, plusieurs actions peuvent être menées afin de consolider la connaissance du besoin :

- travailler sur le bon adressage du patient en SSR en développant les **avis spécialisés en intra et extra hospitalier** => objectif : faire valider la prescription médicale en MCO par un médecin SSR ;
- **accompagner les établissements** dans la réévaluation de leurs besoins en lien avec l'évolution de la tarification à l'activité en SSR ;
- sur la base de nouvelle version du logiciel *Trajectoire* prévue courant juin 2017, partager entre utilisateurs **un état des lieux des forces et faiblesses de cet outil** (en associant les libéraux dans la perspective de la mise en place de *Trajectoire EHPAD*).

1.1.2. Adéquation besoin/capacités

Il s'agit de :

- **soutenir des projets de développement de SSR** dans des bassins sous ou mal dotés :
  - CH M. Dubettier : opération de rénovation/restructuration/extension des locaux avec augmentation des capacités d'accueil (de 24 à 30 lits polyvalents) ;
  - CHMS – site de Chambéry : projet de développement du SSR locomoteur avec une augmentation capacitaire de + 10 lits (passage 14 à 24 lits).

- réfléchir à **une meilleure prise en charge des patients atteints de pathologies lourdes** (*cf. Etat des lieux : tableau n°2 répartition des capacités par filière*) :
  - en organisant, au sein des filières de SSR spécialisés (notamment locomoteur etc.) les retours précoces des patients hospitalisés dans l'établissement de référence vers les établissements de proximité et/ou EHPAD, une fois leur état stabilisé (conventions à mettre en place) ;
  - en ajustant, sous réserve d'une reconnaissance financière de l'activité autorisée (cf. réforme tarifaire en cours), le nombre de mentions spécialisées régionales :
    - SSR Polyvalent CHMS - site d'Aix les Bains => projet de SSR PAPD ;
    - CH Belley : projet de SSR PAPD de 20 lits.

1.2. Travailler sur la prise en charge des profils de patients lourds (personnes âgées/soins palliatifs/cancérologies/soins neurologiques lourds/maladies chroniques)

Les acteurs concernés souhaitent rappeler que la prise en charge en SSR constitue un

projet de soins à part entière. Or, à défaut de solutions d'aval suffisantes, exacerbées dans le cas de la PEC des personnes âgées, ces services sont trop souvent considérés comme filière de désengorgement du MCO ou service « tampon » dans l'attente de solutions d'aval adaptées.

A ce titre, les acteurs souhaitent que la réflexion conduite en matière de PEC des personnes âgées porte à la fois sur la structuration MCO/SSR que sur le versant sanitaire et médico-social et s'intéresse, à partir d'une analyse des besoins globale, au nombre et à la qualité des solutions d'aval disponibles.

Plusieurs pistes d'actions sont retenues :

- **améliorer les délais de transferts du MCO en SSR,** en portant une vigilance particulière sur le bon adressage des patients.
  Il s'agit notamment de s'assurer que
  - les patients qui n'ont pas de potentiel de récupération, en attente d'une autre solution d'aval que les SSR (EHPAD, retour à domicile etc.) ;
  - ceux dont le profil (GME) se révélera moins rémunérateur ou ayant une DMS trop longue dans le cadre de la tarification à l'activité

  ne sont pas orientés en SSR, en l'absence de places en MCO ou solutions d'aval suffisantes.

- **faciliter le parcours du patient entre les services de SSR** ;

- développer les **consultations spécialisées avancées de SSR MPR** entre établissement référent et établissements de proximité ;

- mener une réflexion quant à **l'évolution de certaines autorisations de SSR** en fonction des réalités de prise en charge et sous réserve d'une reconnaissance financière de l'activité autorisée (cf. réforme tarifaire en cours) :
  - projet CHMS site d'Aix-les-Bains : labelliser des lits de SSR polyvalent en SSR PAPD ;
  - SSR Arc en ciel : réflexion en cours ;
  - CH Belley : projet de labelliser 20 lits de SSR polyvalents en SSP spécialisés et reconnaissance de LISP ;
  - CH M. Dubettier : projet de reconnaissance 6 LISP en SSR ;
  - CH SJM : projet de reconnaissance LISP en SSR.

Axe 2 : Poursuivre et développer, en matière de SSR, la prise en charge en ambulatoire et les retours à domicile ainsi que la mise en place de dispositifs innovants

2.1. Poursuivre la diversification des hospitalisations partielles (semaine, jour) alternatives à l'HC

Les acteurs du secteur SSR s'inscrivent à ce titre dans les orientations nationales qui

soutiennent fortement le développement des alternatives à l'hospitalisation. Toutefois, au regard des besoins recensés sur le territoire, les EPS souhaitent engager ce développement à travers la création de places en HDJ et non en substitution de lits d'hospitalisation complète.

A ce titre, il est retenu :

- **d'identifier**
  - **les besoins** en HDJ, prise en charge ambulatoire (etc.) par filière (PA, neuro, cardio, respiratoire, onco, système digestif…) ou par typologie de patients (*cf. étude de l'ARS qui recense en partie ces besoins sur la région*) ;
  - **les moyens** à dédier à ces alternatives à l'HC en lien avec les besoins recensés et les orientations régionales : valorisation des compétences, renforcement des moyens en fonction du nombre de places créées.
    Cf. concernant le SSR cardio, le ratio lits/patients du département étant dans la moyenne régionale, l'extension de cette filière ne serait pas retenue.

- sur cette base, de **compléter l'offre de soins et son maillage territorial** de manière pertinente en soutenant les projets y répondant :
  - CHAM – site Moutiers : réflexion en cours sur un projet HDJ SSR ;
  - CHMS – site de Chambéry : projet HDJ SSR locomoteur ;
  - CHMS – site Aix-les-Bains : projet de création de places d'HDJ SSR à orientation gériatrique ;
  - SSR Arc en ciel : réflexion en cours ;
  - CH de Belley : nouveau projet de service en cours de mise en œuvre.

2.2. Favoriser le retour et/ou le maintien à domicile en développant des interfaces et des modes de coopération entre SSR et HAD

Il s'agit de :

- étudier les possibilités de prise en charge des **patients relevant de SSR en HAD**. A ce titre, un travail sera conduit en lien avec les services d'HAD afin de connaître et faire connaître les critères d'éligibilité de patients hospitalisés en SSR et favoriser les liens HAD/SSR.
  Cf. rencontres entre services HAD et SSR à prévoir.
- favoriser et développer les **liens entre l'HAD et l'équipe mobile SSR** de territoire (cf. *présentation de l'équipe ci-dessous*).
- **structurer le parcours** de soins HC => HDJ => domicile
  - en lien avec la médecine de ville et l'HAD ;
  - en développant, répertoriant et graduant les consultations externes spécialisées SSR pour assurer le suivi des patients à domicile ;
  - etc.
- favoriser le **recours aux plans d'aide au retour** (PRADO, équipe pluridisciplinaire)

- travailler à une meilleure compréhension et **articulation des dispositifs existants** : MAIA, MDPH, équipes mobiles, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), maison des réseaux etc.

2.3. Favoriser le développement des « dispositifs innovants » en SSR

Une **équipe mobile SSR « Interactions 73 »** a été installée au dernier trimestre 2016 avec les objectifs suivants :

- inscrire le SSR dans une logique de parcours de soins en améliorant le parcours du patient entre l'amont, les plateaux techniques MCO, et l'aval, le retour à domicile dans le milieu de vie ordinaire ou institutionnel (cf. SROS) ;
- organiser des activités de soins autour de la prise en charge ambulatoire afin de dégager les capacités hospitalières ;
- proposer des prises en charge au plus près du domicile ou du lieu de vie institutionnel ;
- constituer un relai rapide pour la gestion des situations complexes.

Adossée au Domaine Saint Alban à Saint-Alban-en-Leysse, cette équipe est composée de 6 professionnels de santé (médecin, assistant social, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute, secrétaire) et a un accès aux ressources du SSR (consultations spécialisées, bilans, appareillage, plateau technique, etc).

Son périmètre d'intervention est celui du GHT (dép. Savoie + secteur de Belley).
Elle intervient sur demande des professionnels ou institutionnels de santé, médico-sociaux ou sociaux intervenant auprès de la personne (une permanence téléphonique est en place tous les matins au 04.79.60.67.96).
Les interventions se font

- au sein des services hospitaliers MCO ou SSR, notamment dans le cadre de consultations avancées
- sur les lieux de vie de la personne ou bien dans des établissements d'hébergement médico-sociaux ou sociaux

dans une logique d'interface, de transversalité et de subsidiarité par rapport aux acteurs existants aux niveaux territorial et régional.
Les prises en charge sont ponctuelles, ciblées sur une demande et une problématique particulières, et n'ont pas vocation à avoir un caractère régulier et durable.

Une plaquette d'information est en cours de finalisation et sera disponible en juin 2017.

L'enjeu pour cette équipe aujourd'hui est de

- finaliser sa mise en place ;
- s'articuler avec les dispositifs existants (SAMSAH, maison des réseaux etc..).

Des difficultés de couverture du territoire ayant déjà été remontées par les professionnels de cette équipe, une réflexion pourra être menée quant à la nécessité d'en renforcer les moyens. Une demande de financement complémentaire pourra, à ce titre, être adressée à l'ARS.
Ainsi, les objectifs de l'équipe à court et moyen termes seraient de :

- être clairement identifiés par les professionnels de santé et patients ;

	○ répondre aux besoins sur tout le territoire. ○ mettre en avant les synergies possibles. **Axe 3 : Développer l'information et la communication entre offreurs de soins publics et privés, établissements de référence et établissements de proximité** Il importe de valoriser les échanges de pratiques, les formations et les mises en commun ou harmonisation de protocoles. A ce titre, il est envisagé : ▪ de conforter et valoriser les avis inter-établissements de spécialité depuis l'établissement référent : => information flash aux correspondants médicaux des établissements de proximité des numéros directs des praticiens de la spécialité de l'établissement de référence ; => temps médical supplémentaire à prévoir pour développer et valoriser ces avis. ▪ d'organiser des formations médicales et paramédicales communes ; ▪ de favoriser les échanges de bonnes pratiques (codages, évolutions réglementaires - *sous l'égide du DIM de territoire* ; modalités de prise en charge de patients porteurs de BHRe etc.) ; ▪ de favoriser les échanges inter-établissements ○ en proposant aux offreurs de soins privés de devenir partenaires du groupement hospitalier de territoire ; ○ en soutenant et développant l'organisation régulière de réunions entre offreurs de soins publics et privés SSR sur le territoire ; ▪ de réaliser une plaquette d'information informant de l'offre de soins de territoire. *Cf. modèles de plaquette d'information dématérialisée sur le site d'autres coordinations territoriale.* **Axe 4 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : ▪ l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site vers tous les sites ; ▪ la communication complète des PACS ; ▪ l'intégration automatique des documents extérieurs (qu'ils soient radiologiques ou biologiques, Anapath …).
Forces du GHT	- Coordination départementale existante - logiciel *trajectoire*
Faiblesses du GHT	- Ressources médicales - Réforme du financement SSR et ses incertitudes - Contexte géographique du territoire - Manque de lits sur la tarentaise/val d'Arly - Difficultés de recrutement des rééducateurs/masseurs kinésithérapeutes
Indicateurs	- Evolution du nombre de journées

	- Taux de prise en charge en ambulatoire - DMS - Données trajectoire - Nombre de mentions
Calendrier	2017-2021

GHT Savoie-Belley
Projet médical partagé

FICHE PROJET
- Filière périnatalité / pédiatrie / orthogénie -

PERINATALITE

GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE - PEDIATRIE

Intitulé — **Structurer la prise en charge en gynécologie-obstétrique et pédiatrie sur l'ensemble du territoire Savoie-Belley**

Etat des lieux

Sur le territoire de santé Savoie-Belley, la prise en charge en gynécologie, obstétrique et pédiatrie est actuellement structurée comme suit :

Périmètre des activités par établissement

	CHAM	Belley	BSM	CHMS	SJM
Nombre de lits en HC Nombre de lits en HJ	26 lits Gynéco Obs + 6 lits Néonat 2A + 14 lits Pédiatrie	6 lits pédiatrie 10 lits GO		83 gynéco-obst + 47 pédiatrie 13 gynéco-obst + 6 pédiatrie	16 autorisés + 10 ouverts 4 places orthogénie
Consultation	Oui	oui		Oui	oui
Consultation avancées	Non	non		oui	Oui CH MODANE
Avis	Oui	oui		oui	oui
Autres		RP2S Aurore		UPPN, RP2S	RP2S
Centre périnatal Réanimation néonatale	Non Non	Non Non	Non Non	Oui Oui	Non Non
Unité d'obstétrique Unité de néonatologie	Oui Oui	Oui Non	Oui Non	Oui Oui 6 lits + 6 lits SI + 10 box réa + 6 lits d'UK	Oui Non
Nombre total de séjours obstétrique (SAE) *	Non	627	348	4237	360
Nombre total de séjours néonat (SAE) *	Non	-	-	468	-

* (y.c. post-partum, ante-partum, surveillance de grossesse, hors IVG

Diagnostics territoriaux de l'ARS

		Fuite			Attractivité				Production Ets de la DST	
DST	Catégorie d'activité de soins et domaines d'activité (1)	Volume économique aux tarifs publics (€)	Taux de fuite (Fuite/Conso) en nombre de séjours	Taux de fuite (Fuite/Conso) en Valo	Nombre de séjours 2014	Volume économique aux tarifs publics (€)	Taux d'attractivité (Attract / Prod) en nombre de séjours	Taux d'attractivité (Attract / Prod) en valo	Nombre de séjours 2014	Volume économique aux tarifs publics (€)
Belley Savoie	Obstétrique	2 091 083	8,6%	10,0%	1 588	3 385 462	12,4%	15,3%	12 801	22 185 717
Belley Savoie	Obstétrique-enfant	868 381	8,8%	13,0%	700	1 334 301	12,5%	18,7%	5 622	7 146 858
Belley Savoie	Obstétrique-mère	1 222 702	8,4%	8,6%	888	2 051 161	12,4%	13,6%	7 179	15 038 858
Belley Savoie	D12-Gynécologie - sein	1 827 240	23,2%	19,5%	415	954 255	12,4%	11,2%	3 347	8 506 052
Belley Savoie	D13-Obstétrique	1 222 702	8,4%	8,6%	888	2 051 161	12,4%	13,6%	7 179	15 038 858
Bresse Haut Bugey	Obstétrique	4 205 276	21,5%	24,3%	963	1 735 630	11,1%	11,7%	8 672	14 822 609
Bresse Haut Bugey	Obstétrique-enfant	1 590 256	21,8%	27,9%	428	573 615	11,0%	12,2%	3 878	4 693 280
Bresse Haut Bugey	Obstétrique-mère	2 615 019	21,3%	22,6%	535	1 162 015	11,2%	11,5%	4 794	10 129 329
Bresse Haut Bugey	D12-Gynécologie - sein	3 018 330	43,7%	41,7%	212	511 839	10,8%	10,8%	1 956	4 734 031
Bresse Haut Bugey	D13-Obstétrique	2 615 019	21,3%	22,6%	535	1 162 015	11,2%	11,5%	4 794	10 129 329
Grenoble Isère	Obstétrique	1 522 853	3,5%	4,0%	1 842	3 859 059	8,0%	9,6%	22 958	40 314 639
Grenoble Isère	Obstétrique-enfant	629 588	3,4%	5,1%	816	1 681 142	8,0%	12,6%	10 239	13 376 148
Grenoble Isère	Obstétrique-mère	893 265	3,5%	3,5%	1 026	2 177 917	8,1%	8,1%	12 719	26 938 491
Grenoble Isère	D12-Gynécologie - sein	952 530	6,9%	6,6%	1 161	2 287 597	16,8%	14,5%	6 891	15 811 074
Grenoble Isère	D13-Obstétrique	893 265	3,5%	3,5%	1 026	2 177 917	8,1%	8,1%	12 719	26 938 491

Données d'activités PMSI 2015 - source base régionale - Obstétrique

ASO	GA	BELLEY	BSM	CHMS Nb (%)	CH SJM	CHAM Nb (%)	Total général
Obstétrique	Accouchements par voie basse	372	197	2 502 (62)	227	772 (19)	4 070
	Affections de ante partum	119	58	695 (57)	40	306 (25)	1 218
	Affections du post partum	3	5	152 (81)	1	26 (13)	187
	Césariennes	90	49	703 (63)	53	217 (19)	1 112
	Interruptions médicale de grossesse	43	39	185 (47)	39	86 (21)	392
	IVG	91	104	482 (47)	96	253 (24)	1 026
Total		**718**	**452**	**4 719**	**456**	**1 660**	**8 005**
%		**9%**	**6%**	**59%**	**6%**	**21%**	**8 005**

Données d'activités PMSI 2015 - source base régionale - Gynécologie

ASO	GA	BELLEY	BSM	CHMS Nb (%)	CH SJM	CHAM Nb (%)	Total général
Chirurgie	Autres chirurgies gynécologiques autres que le sein	16	19	173 (60)	19	60 (20)	287
	Chirurgie du sein hors TM	1	12	36 (63)	3	5 (8)	57
	Chirurgie pour tumeurs malignes (app génital fem)	3		52 (83)	1	6 (10)	62
	Chirurgie pour tumeurs malignes sein			206 (100)			206
	Chirurgies pelviennes majeures (app gen feminin)	2		11 (44)	2	10 (40)	25
	Chirurgies utérus / annexes	39	38	443 (54)	55	244 (30)	819
Total Chirurgie		**61**	**69**	**921 (63)**	**80**	**325 (22)**	**1 456**
Médecine	Affections des seins		1	4 (40)	2	3 (30)	10
	Autres affections appareil génital féminin	8	15	67 (52)	13	24 (19)	127
	Explorations et surveillance gynécologiques et des affections des seins					1 (100)	1
	Infections gynécologiques d'organes autres que le sein	3	1	23 (62)	2	8 (21)	37
	Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil génital féminin	1	3	26 (66)		9 (23)	39
	Prise en charge médicale des tumeurs des seins	3		13 (54)	2	6 (25)	24
Total Médecine		**15**	**20**	**133 (56)**	**19**	**51 (21)**	**238**
%		**4%**	**5%**	**62%**	**6%**	**22%**	**1 694**
Chirurgie	1 et 2	31	45	594	24	246	940
	3 et 4	1	2	39		4	46
	J et T	29	22	288	56	75	470
Total Chirurgie		**61**	**69**	**921**	**80**	**325**	**1 456**
Médecine	1 et 2	6	4	63	7	21	101
	3 et 4	2	1	21	3	8	35
	J et T	7	14	49	8	21	99
	Z		1		1	1	3
Total Médecine		**15**	**20**	**133**	**19**	**51**	**238**
Total général		**76**	**89**	**1 054**	**99**	**376**	**1 694**

Données d'activités PMSI 2015 - source base régionale – pédiatrie

	BELLEY	BOURG SAINT MAURICE	METROPOLE SAVOIE	ST JEAN DE MAURIENNE	ALBERTVILLE MOUTIERS	Total général
Chirurgie	**251**	**310**	**1 276**	**257**	**784**	**2 879**
Médecine	**735**	**158**	**3 899**	**85**	**1 218**	**6 109**
Obstétrique	**15**	**4**	**84**	**11**	**44**	**165**
Séances			**107**		**6**	**113**
Total général	**1 001**	**472**	**5 366**	**353**	**2 052**	**9 266**
	0,24%	**10%**	**5%**	**58%**	**4%**	

Répartition des séjours par établissements, activité de soins et niveau de sévérité

ASO	Sévérité	BELLEY	BSM	CHMS	SJM	CHAM	Total général
Chirurgie	1	100	236	590	194	470	1 590
	2	3	2	58	5	7	75
	3		2	11	2	2	17
	4	3		2		3	8
	A			2			2
	J	142	65	584	39	269	1 099
	T	2	5	29	17	32	85
	Z	1				1	2
Total Chirurgie		**251**	**310**	**1 276**	**257**	**784**	**2 878**
Médecine	1	363	76	1 555	33	615	2 642
	2	36	2	356	2	110	506
	3	2		107		7	116
	4	2		18		3	23
	E			1			1
	J	8	4	17	8	15	52
	T	306	73	1 536	38	434	2 387
	Z	18	3	309	4	34	368
Total Médecine		**735**	**158**	**3 899**	**85**	**1 218**	**6 095**
Obstétrique	A	7	1	32	2	14	56
	B			2			2
	C	1		2			3
	J			1		1	2
	T	1			4	1	6
	Z	6	3	47	5	28	89
Total Obstétrique		**15**	**4**	**84**	**11**	**44**	**158**
Séances	Z			107		6	113
Total Séances				**107**		**6**	**113**
Total général		**1 001**	**472**	**5 366**	**353**	**2 052**	**9 244**

Etat des lieux par établissement

- **centre hospitalier Métropole Savoie :**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CHS de Bassens	Assistants + Dr Mazabrard	0.05	
Convention de partenariat	CDPPN de Grenoble	Dr Dubois	0.1	
Convention de partenariat	CHU GRENOBLE CHIR PEDIATRIQUE	Pr C. Piolat	0.05	
Convention de partenariat	RP2S	Dr Decroisette	0.20	
Convention de partenariat	Plusieurs conventions savoyardes et de proximité : zander, camsp, IME	Dr Dalmon		

Personnel	Etat des lieux de l'existant		Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH, PHC Attaché(s) Assistant(s) Interne(s) de spé Interne(s) de MG	Pédiatrie 12.23, 1.65 0.05 1	Gynéco-Obst. 10.81 , 0.28 0.39 3.79	?	?	?

	2.82 5.32	5.16 2.85			
Poste(s) vacant(s)	0				
Type de formation	?				
Nombre d'heures d'intérim	?				

Type	Oui /Non	Détail	Nb. de lits
Autorisation	**Oui**	**Maternité de niveau 3**	
Agrément			
Financement ARS			

- **centre hospitalier de Belley** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				
Convention de partenariat				
Partenariat non formalisé	CPD PN CHMS			

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0,8 ETP Gynéco-obstétriciens (hors internes) selon SAE Gynéco-obstétricien, le Dr Aneta DRUGA a intégré notre établissement le 1er janvier 2016 1 ETP PHC GO 1 ETP PH pediatrie 1 ETP PHC pédiatrie 2/11/16	1 ETP GO		
Poste(s)	1 ETP GO			

vacant(s)				
Type de formation	D.U d'échographie			
Nombre d'heures d'intérim	2200 heures en GO			

- **centre hospitalier d'Albertville-Moûtiers** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat Gynéco Obstétrique	Lactarium, PMI, CRIP 73, PRADO, RP2S ,Psy de liaison adulte, CHRU de Grenoble pour cancéro Gynéco, Labo Anapathologie Mont Blanc Savoie, Médecins libéraux IVG médicamenteuses, Bio Alpe pour la biologie délocalisée, Nos tout petits de Savoie, Question d'allaitement,	Assistante		
Convention de partenariat pédiatrie	Lactarium, PMI, CRIP 73, RP2S ,Psy de liaison enfant et ado, CAMPS, Les Marmottons			
Partenariat non formalisé Obstétrique	Embolisation des artères utérines avec le CHRU de Grenoble, présence SF libérales au staff hebdomadaire			
Partenariat non formalisé Pédiatrie	Réanimation CHRU de Grenoble, EEG et neurologie du CHMS			

Type	Oui /Non	Détail	Nb. de lits
Autorisation	Oui	Maternité de niveau 2A Autorisation Périnatalité jusqu'u 01/08/2021	
Agrément	Oui	Internes de spécialité et de médecine générale	
Financement ARS		25 % ETP puéricultrice consultante en lactation	
MIG / MERRI		0,5 ETP Psychologue Maternité	

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	Gynéco Obst : 4,2 ETP gynéco-obstétricien (2 PH TP – 1 PAA TP – 0.2 PA – 0, 4PC + 0,6 PC) Pédiatrie : 2,6 ETP (2 PH TP 1 PH tp)	5,2 EPT		
Poste(s) vacant(s)	Gynéco 1,6 ETP Pédiatrie : 2 ETP (dont 0,6 ETP pourvu le 07 novembre)			
Type de formation	DES pédiatrie DIU de médecine et réanimation néonatale DU endocrinologie pédiatrique 2 DU PC obésité enfant et ado	Pédiatrie : DES de pédiatrie et compétence en neurologie - allergologie		
Astreinte sénior H4	Oui selon SAE	Etude en cours sur passage en demie garde et astreinte opérationnelle en intersaison		
Nombre d'heures d'interim	Pédiatrie : 300 jours Gynéco obstérique : 125 jours			

- **<u>centre hospitalier de Saint Jean de Maurienne</u> :**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CHS de la Savoie	Convention de partenariat : intervention infirmière et psychologue de l'intersecteur de pédopsychiatrie au sein du service de maternité Convention planning familial	20% infirmier 10% psychologue	
Convention de partenariat	CPAM PRADO	Accompagnement du retour à domicile des femmes ayant accouché d'un enfant unique		

Partenariat non formalisé				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	2 ETP Gynéco-obstétriciens (hors internes) selon SAE 1 ETP Pédiatre	0.5 ETP gynéco. Obst. 0.5 ETP pédiat	1 ETP 1 ETP	
Poste(s) vacant(s)	0			
Type de formation				
Nombre d'heures d'interim				

- **<u>centre hospitalier de Bourg Saint Maurice</u>** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				
Convention de partenariat				
Partenariat non formalisé				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1 ETP Gynéco-obstétriciens (hors internes) selon SAE 1 ETP pédiatre Dr Kaki			
Poste(s) vacant(s)	Besoin en pédiatrie et gynéco poste partagé			
Type de formation				
Nombre d'heures d'intérim	Lors des absences de l'ETP			

Dans le cadre de cet état des lieux, des problématiques ont été identifiées sur cette filière de soins.

	Il s'agit : - de difficultés de recrutements médicaux en gynéco-obstétrique et pédiatrie à court et moyen termes avec un impact sur l'organisation de la permanence des soins ; - de l'évolution de la prise en charge en obstétrique sur le territoire à échéance des 10 prochaines années et le devenir de certaines maternités ; - de la géographie du territoire qui restreint, compte tenu des distances à parcourir, les possibilités de postes partagés entre établissements ; - de l'insuffisance de temps médical dédié au réseau périnatal des deux Savoie.
Objectifs	**Axe 1** ↳ **Maintenir une offre médicale suffisante sur le territoire pour la prise en charge en obstétrique et en pédiatrie compte tenu du contexte géographique et de l'activité touristique et épidémique** **Axe 2** ↳ **Structurer la filière de prise en charge des nouveaux nés et des enfants en coordonnant les liens entre les établissements du territoire** **Axe 3** ↳ **Développer l'information et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité** **Axe 4** ↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Maintenir une offre médicale suffisante sur le territoire pour la prise en charge en obstétrique et en pédiatrie compte tenu du contexte géographique et de l'activité touristique** L'enjeu est de maintenir une offre médicale suffisante sur le territoire pour la prise en charge en obstétrique et en pédiatrie en tenant compte du contexte géographique et de l'activité touristique et épidémique. Dès lors que l'ensemble des activités réalisées au sein de chacun des établissements concernés sur le territoire est bien identifié et que les modalités de coopérations entre établissements de proximité et établissement référent ont été clairement établies, l'objectif poursuivi est de conforter l'attractivité des postes médicaux des établissements de proximité dans le cadre, d'une part, de recrutements sur des postes partagés, d'autre part, de l'ouverture de postes d'internat. ↳ Dans le cadre du développement de l'attractivité des postes médicaux dans les établissements de proximité du territoire, les acteurs concernés privilégient une **organisation pérenne**, fondée sur le recrutement dans ces établissements de praticiens hospitaliers avec la possibilité d'exercer ou d'accéder au plateau médicotechnique de l'établissement référent à raison d'une journée par semaine (facteur d'attractivité). La création de postes supplémentaires au niveau de l'établissement référent, en vue d'une mise à disposition auprès des établissements de proximité, n'est en effet pas jugée optimale pour la prise en charge et le suivi médical du patient ainsi que pour l'organisation de l'activité des praticiens concernés. Une réflexion quant à la possibilité d'instaurer des temps partagés avec

l'établissement référent pour le praticien ou assistant recruté dans un établissement de proximité sera néanmoins conduite afin de favoriser l'attractivité de ces postes.

- Afin de mettre en place des **postes médicaux partagés** (PH, assistants) entre les établissements de santé du territoire, il importe
  - d'identifier en amont :
    - le temps de travail sur chacun des sites notamment en ce qui concerne les temps partiels ;
    - le type de spécialité à privilégier (urgences pédiatriques, néonatologie, …) ;
    - les modalités et intégration dans les équipes existantes ;
    - les conditions du financement.
  - de prévoir lors du processus de recrutement :
    - la possibilité pour un praticien de concentrer son activité mensuelle sur un nombre de jours définis ;
    - d'adapter le profil du poste à chaque recrutement ;
    - de limiter la durée d'exercice sur un poste partagé :
      - dans le temps (2 à 3 ans),
      - sur un nombre de sites définis ;
      - à un nombre d'heures par site et par semaine à définir en fonction des besoins (liés au dimensionnement de l'équipe médicale de rattachement) et aux contraintes géographiques et d'organisation inhérentes.

- Permanence des soins et attractivité des postes médicaux : il est constaté une lourdeur importante des prises en charge pour les équipes médicales, aujourd'hui organisées en astreinte et non en garde (équipe réduite sur certains établissements et activité importante). En conséquence il sera opportun d'envisager :
  - la mise en place de garde en lieu et place des astreintes pour tout ou partie des établissements de proximité ; cette modification de la permanence médicale permettra de renforcer l'attractivité des postes médicaux.
  - définir une organisation concernant les gardes pour les postes médicaux partagés.

- Dans le cadre de la réforme de l'internat de médecine, il sera étudié la possibilité **d'ouvrir aux internes de 9eme et 10eme semestre** des postes au sein de l'établissement référent et de prévoir, dans ce cadre, **une mise à disposition dans les établissements de proximité** afin de partager leur activité entre les différentes maternités et/ou services du territoire.
  - A définir suivant les ressources et l'organisation médicale de chaque établissement en vue d'assurer la « sénioriSation » des gardes effectuées par des internes.

Axe 2 : Structurer la filière de prise en charge des femmes enceintes, des nouveaux nés et des enfants en coordonnant les liens entre les établissements du territoire

Concernant le volet gynéco-obstétrique, l'organisation de la prise en charge des nouveau-nés et parturientes est jugée satisfaisante. La filière est déjà très structurée par le biais du RP2S (réseau périnatal des 2 Savoie) par graduation de prise en charge en type 1,2 ou 3 des maternités. En revanche, des difficultés sont identifiées

pour certaines prises en charge :

- diabète gestationnel de type 1 et type 2, le parcours est organisé comme suit :
  - non insulino-traité : prise en charge au sein de l'établissement de proximité.
  - insulino-traité :
    - nécessité d'une prise en charge par un endocrinologue lors de la mise sous insuline ;
    - élaboration de protocole de suivi entre établissement référent et établissement de proximité pour la prise en charge et suivi long court

  Les personnels des établissements de proximité devront être formés dans ce cadre au logiciel de suivi des patientes atteintes de diabète gestationnel, *My Diabby®*.
- des pathologies liées à la médecine fœtale et diagnostic anténatal : structurer les gestes et formaliser les parcours de soins (par exemple les échographies de référence)
- des urgences pédiatriques : structurer ce type de service pour que la prise en charge des enfants soit bien assurée dans les établissements de proximité dès lors que les équipes médicaux soignantes sont formées
- des adolescents sur le territoire Savoie-Belley : nécessité de prendre en compte les contraintes liées à la sectorisation psychiatrie, les services de pédiatrie étant en général peu adaptés à la prise en charge de certaines pathologies (pec psychologie, anorexique, ..)
- de l'orthogénie : nécessite de fluidifier la prise en charge des cas particuliers et améliorer la continuité des soins en période de vacances dans l'intérêt de la femme. (cf. travaux en cours par l'ARS)/ volonté d'améliorer la communication/formation continue au niveau du réseau à étendre au GHT

Les objectifs poursuivis ici sont de :

↳ **Fiabiliser et optimiser le parcours du patient** de la femme enceinte dans le cadre d'une filière de soins de territoire entre l'établissement de proximité, l'établissement référent et l'établissement de recours, avec un engagement des établissements concernés à respecter ce parcours

Il s'agit notamment :

- d'orienter le patient, en fonction de sa pathologie et de son évolution, dans le cadre des 3 types de maternité reconnus.
  - Toutes les étapes préliminaires : prise en charge par l'établissement de référence. Prévoir d'organiser des staffs (voir axe 3)
  - Avec recours au CHU si besoin (chirurgie pédiatrique, IRM, cas complexes, ..)
- d'assurer un parcours homogène pour la patiente et un suivi clairement identifié dès le début de la prise en charge afin d'éviter :
  - le risque de perte de chance
  - l'éparpillement de la prise en charge sur plusieurs établissements et praticiens
  - le nomadisme par la patiente
- de décrire la filière de prise en charge des adolescents sur le territoire Savoie-Belley suivant la contrainte de sectorisation en psychiatrie, parfois jugées comme un obstacle à la prise en charge.
- Les filières cancérologie et gynécologie chirurgicale sont traitées au sein d'une

fiche projet dédiée.

- **Sensibiliser les praticiens hospitaliers des établissements de proximité** à certaines pathologies à travers la formalisation d'échanges (cf. axe 3) avec les praticiens de l'établissement référent.
  Le développement de consultations spécialisées avancées au sein des établissements de proximité est écarté par les acteurs concernés dans la mesure où :
  - le niveau d'équipement requis pour assurer ces consultations n'est pas toujours assuré dans les établissements de proximité ;
  - les consultations en gynécologie-obstétrique requièrent bien souvent une pluridisplinarité et le recours à un plateau technique dont les établissements de proximité ne disposent pas toujours ;
  - la typologie des patientes ne permet pas de penser qu'un déplacement vers l'établissement référent pour la réalisation d'actes de spécialité doit être évité.

- **Généraliser le partage de tâches** (suivi des grossesses, contraception, échographie …) avec une :
  - réflexion au niveau de chaque établissement sur l'organisation du travail en collaboration avec les sages–femmes pour la partie gynécologique ;
  - intervention de sages-femmes libérales qui accèdent au plateau technique obstétrical de l'Eveillon.
  - améliorer l'information du grand public quant aux compétences des sages-femmes

- **Développer les coopérations avec les professionnels de santé libéraux** et notamment les possibilités de consultations prénatales réalisées par les sages-femmes.

Axe 3 : Développer l'information et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité.

Il importe de valoriser les échanges de pratiques, les formations et les mises en commun ou harmonisation de protocoles.
A ce titre, il est envisagé :

- Valoriser dans chacune des maternités l'ensemble des informations portées à titre d'information par le RP2S : Annuaire, affiches, site web, …

- **Identifier une équipe référente** dans chaque établissement de proximité constituée :
  - d'un ou deux praticiens hospitaliers déjà formés ou à former (ex : diabète ..);
  - d'une équipe paramédicale (IDE…) ;

- **Conforter et valoriser les avis inter-établissements** de spécialité depuis l'établissement référent ;

- **Maintenir et développer les formations des référents médicaux et paramédicaux** afin de réduire les sollicitations auprès du CHMS, notamment pour

	les astreintes ; ↳ **Maintenir les échanges en vue d'harmoniser les protocoles** (en s'appuyant sur le RP2S pour la gynéco-obstétrique et RENAU Savoie pour la pédiatrie) ou de créer des protocoles communs à l'ensemble des établissements ; ↳ **Développer, pour la spécialité obstétrique, la télémédecine comme outil-support** dans le cadre d'échanges inter-établissement qui existent déjà : une réflexion pourra à ce titre être conduite sur l'opportunité de mettre en place un staff hebdomadaire, d'améliorer les avis voire les actes techniques (échographies) rendus. **Axe 4 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : - l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site ; - la communication complète des PACS ; - l'intégration automatique des documents extérieurs.
Forces du GHT	- Maillage du territoire - Coopérations fortes entre les maternités du territoire - Réseau RP2S : bonne connaissance du terrain - Maternité de niveau 3 sur le territoire - Praticien spécialisé en chirurgie orthopédique de l'enfant au CHAM - Centre périnatal de proximité au CHAB
Faiblesses du GHT	- Ressources médicales - Conditions financières d'ouverture des postes d'internes - Contexte géographique du territoire - Activités touristique et épidémique (pédiatrie) - Fonctionnement et financement du temps partagé à partir du site de référence
Indicateurs	- File active par maternité - Nombre de décès maternel rapporté au nombre d'accouchements - Nombre de décès de nouveaux nés - Nombre de transferts inter hospitaliers - Nombre de consultations réalisées par les médecins généralistes en vacation au CHC - Nombre d'accouchements en plateaux techniques - Nombre de transferts vers la maternité de niveau 3 - Nombre de rencontres et formations communes - Nombre de protocoles - Nombre de postes partagés (assistants, internes)
Calendrier	2017-2021

GHT Savoie-Belley
Projet médical partagé

FICHES PROJETS
- Filière chirurgie -

Chirurgie gynécologique

Intitulé

Structurer la prise en charge en gynécologie chirurgicale sur l'ensemble du territoire Savoie-Belley

Etat des lieux

Sur le territoire de santé Savoie-Belley, la prise en charge en gynécologie est actuellement structurée comme suit :

➢ **Périmètre des activités par établissement**

	CHAM	Belley	BSM	CHMS	SJM
Nombre de lits en HC Nombre de lits en HJ	26 lits Gynéco Obs + 6 lits Néonat 2A + 14 lits Pédiatrie	6 lits pédiatrie 10 lits GO		18 gynéco	16 autorisés + 10 ouverts 4 places orthogénie
Consultation	Oui	oui		Oui	oui
Consultation avancées	Non	non	non	non	Oui Modane
Avis	Oui	oui		oui	Oui
Urgences gynécologique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Cf. fiche projet filière médecine cancérologie

- **Diagnostics territoriaux scan sante 2015**

identification des taux de fuite

Territoire de santé de résidence des patients	Séjours consommés par les patients du territoire de santé	- dont séjours consommés dans d'autres territoires de la région	Taux de fuite du territoire de santé
CHAMBERY	3 905	803	20,60%

- **Part de marché sur la région domaine d'activité : G103 chirurgie gynécologique tumeurs malignes (app génital fem)**

Territoire de santé d'implantation des établissements	Séjours produits dans le territoire de santé	- dont séjours consommés par des patients d'autres territoires de la région	Taux d'attractivité du territoire de santé
CHAMBERY	3 379	277	8,20%

➢ **Données d'activités PMSI 2015 - source base régionale - Gynécologie**

Libellé	Belley	BSM	CHMS	SJM	CHAM	Total

Mastectomies totales pr tumeur maligne			68			68
Mastectomies subtotales pr tumeur maligne			133			133
Itv sur le sein pr des affections non malignes	1	9	21	2	1	34
Biopsies et excisions locales pr des affections non malignes du sein		3	15	1	4	23
Reconstructions des seins			5			5
Hystérectomies	5	4	91	6	116	222
Itv réparatrices sur l'appareil génital féminin	4		39	2	22	67
Itv sur le système utéroannexiel pr tumeurs malignes	2		13	1	1	17
Interruptions tubaires		4	11	1	43	59
Itv sur le système utéroannexiel pr des affections non malignes	8	18	64	14	40	144
Itv sur la vulve, le vagin ou le col utérin	4	12	55	16	21	108
Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques	2		42	1		45
Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	19	3	49	11	1	83
Dilatations et curetages, conisations pr tumeurs malignes	1				2	3
Dilatations et curetages, conisations pr affections non malignes	3	8	96	18	35	160
Autres Itv sur l'appareil génital féminin			4	1		5
Exentérat° pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies malignes			40		3	43
Exentérat° pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies non malignes	2		11	2	10	25
Prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire			1			1
Cervicocystopexie	8	7	74		17	106
Myomectomies de l'utérus	1		8		2	11
Itv pr stérilité ou motifs de soins liés à la reproduction	1	1	48		5	55
Exérèses ou destructions de lésions du col de l'utérus sauf conisations, en ambu			34	3		37
Total général	61	69	922	79	323	1454

- **<u>Répartition des séjours par établissements, activité de soins et niveau de sévérité</u>**

Nb RSS	Sévérité				
Etablissement	**1**	**2**	**3**	**4**	**J**
CH BELLEY	25	6	1		7
CH BOURG SAINT MAURICE	38	7	1	1	12
CH METROPOLE SAVOIE	524	70	33	6	192
CH ST JEAN DE MAURIENNE	23	1			41
CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS	227	19	3	1	72
CLINIQUE HERBERT	7	1			1
MEDIPOLE	1 092	79	24	2	283
Total général	**1 936**	**183**	**62**	**10**	**608**

- **<u>Etat des lieux par établissement</u>**

- **<u>centre hospitalier Métropole Savoie :</u>**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	aucun			
Convention de partenariat	aucun			

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
	Gynéco : 10 Ph pour la chirurgie	0	0	0

PH, PHC Attaché(s) Assistant(s) Interne(s) de spé Interne(s) de MG	d'urgence, 6 PH au 1/01/17 pour la chirurgie gynéco ; 2PH mi tempsTP ; 2 assistants ; 6 internes			
Poste(s) vacant(s)	0	0	0	
Nombre d'heures d'intérim	0			

Type	Oui /Non	Détail	Nb. de lits
Autorisation	**Oui**	**Centre autorisé Chirurgie oncologique**	

- **centre hospitalier de Belley** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	N/C			

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1,8 ETP et un interne partagé en maternité – pédiatrie	1 ETP GO		
Poste(s) vacant(s)	1 ETP GO			
Type de formation	DIU d'échographie, de colposcopie, DIU de chirurgie vaginale, DU chirurgie mammaire, DIU maladies du sein, DU de cœlioscopie et d'hystéroscopie			
Nombre d'heures d'intérim	2200 heures en GO			

- **centre hospitalier d'Albertville-Moûtiers** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP
Convention de partenariat Gynéco Obstétrique	CHRU de Grenoble pour cancéro Gynéco, CHAM vers CHU Grenoble Labo Anapathologie Mont Blanc Savoie,	PH (prise en charge de certaines interventions cancérologique pelviennes au CHAM et intervention au CHU de Grenoble par le chirurgien du CHAM)	2 fois/mois (15 patientes)

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	Gynéco Obst : 4,2 ETP gynéco-obstétricien (2 PH TP – 1 PAA TP – 0.2 PA – 0, 4PC + 0,6 PC) Pédiatrie : 2,6 ETP (2 PH TP 1 PH tp)	5,2 EPT		
Poste(s) vacant(s)	Gynéco 1,6 ETP			
Type de	DU endocrinologie pédiatrique			

formation	2 DU PC obésité enfant et ado				
Astreinte sénior H4	Oui selon SAE	Etude en cours sur passage en demie garde et astreinte opérationnelle en intersaison			
Nombre d'heures d'interim	Gynéco obstérique : 125 jours				

- **centre hospitalier de Saint Jean de Maurienne :**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Partenariat non formalisé				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	2 ETP Gynéco-obstétriciens (hors internes)	0.5 ETP gynéco. Obst.	1 ETP	
Poste(s) vacant(s)	0			

- **centre hospitalier de Bourg Saint Maurice** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	aucun			

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	ETP Gynéco partie obstétrique fragile Gynécro assurée par chir viscérale Remplaçant et intérim			
Poste(s) vacant(s)	1,50 poste vacant			

Objectifs

Axe 1

↳ **Assurer et structurer une offre médicale suffisante sur le territoire pour la prise en charge en chirurgie gynécologique et oncologique notamment du fait des variations d'activités saisonnières.**

Axe 2

↳ **Développer l'information et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité**

Axe 3

↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**

Déclinaison

Axe 1 : Assurer et structurer une offre médicale suffisante sur le territoire

des objectifs	**pour la prise en charge en chirurgie gynécologique et oncologique** Il s'agit d'identifier le parcours du patient dans le cadre d'une filière de soins de territoire entre les établissements de proximité, l'établissement référent et l'établissement de recours. ⇨ **Chirurgie bénigne** : • Prise en charge systématique au sein de l'établissement de proximité y compris pour les urgences ou semi urgences • Recours à l'établissement référent en cas de besoins (comorbidités par exemple, cœlioscopie difficile, etc..) ⇨ **Chirurgie oncologique :** *Il est rappelé que la prise en charge du patient est assurée au sein de chaque établissement de proximité au regard des autorisations d'activité. A ce titre, une réflexion pourra être engagée entre les établissements afin de défendre auprès de l'ARS une conception plus ouverte des autorisations en cancérologie sur une logique d'expertise médicale (praticien/équipe - et non établissement) et de parcours patients gradués.* L'objectif est de : • Adresser systématiquement le patient vers l'établissement de référence ou de recours pour la prise en charge de la chirurgie lourde (cancérologie pelvienne et mammaire) nécessitant un plateau technique adapté et en lien avec les autorisations d'activités. Le bilan pré thérapeutique et le suivi peuvent se faire dans les hôpitaux de proximité en fonction du souhait des praticiens. • Présenter les dossiers à la RCP hebdomadaire de chirurgie oncologique (le vendredi à 14h) • Développer les soins de support : appui spécialisé aux établissements par la télémédecine • Développer les consultations spécialisées avancées : - Formaliser la filière de sénologie : les cancers du sein et de l'ovaire sont vus en consultations avancées (par un oncologue de l'établissement référent, les gynécologues, onco-gériatres et radiologue (mammographie de dépistage sur le site de proximité)) et sont ensuite adressés pour prise en charge chirurgicale sur l'établissement de référence. - Pour la vallée de la Maurienne, eu égard au contexte de fermeture d'un cabinet libéral de gynécologie fin 2016, il importe d'examiner la possibilité d'augmenter le nombre de consultations spécialisées avancées en oncologie couplée à la mise en place de consultations spécialisées avancées de gynécologie carcinologique. - en fonction des besoins des établissements de proximité, il est nécessaire d'examiner : o l'opportunité d'un recrutement en temps partagés avec l'établissement de référence.

	○ un partenariat pour prise en charge de la chirurgie reconstructrice mammaire. • Examiner la possibilité de permettre aux chirurgiens des établissements de proximité d'opérer au sein de l'établissement support les patientes adressées – étayage en fonction d'un seuil d'activité par praticien (à définir) – afin de permettre le maintien d'une attractivité médicale forte de l'ensemble des établissements membres et de valoriser/maintenir les compétences des jeunes chirurgiens. => Etudier avec le conseil de bloc (début 2017) pour l'accès et plage de bloc **Pour les urgences** : envisager pour les professionnels du territoire la création d'un numéro dédié type « urgence cancérologie/gynécologie territoire » pour assurer une écoute, garantir une réponse en consultation dans la semaine et une prise en charge programmée rapidement. **Axe 2 : Développer l'information et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité.** Il importe de valoriser les échanges de pratiques, les formations et les mises en commun ou harmonisation de protocoles. A ce titre, il est envisagé : • Conforter et valoriser les avis inter-établissements de spécialité depuis l'établissement référent ; ↳ Améliorer l'accès par téléphone des chirurgiens de l'établissement référent par la création de numéros dédiés et directs : - information flash aux correspondants médicaux des établissements de proximité des numéros directs des praticiens de la spécialité de l'établissement de référence, pour un contact direct ; - A terme numéro de téléphone « urgences cancérologie » de territoire - pour rappel sur la filière sénologie, un numéro d'appel unique « Urgence Sein » 0 800 0810 73 est ouvert, du lundi au vendredi, de 9h à 19h. ↳ Tracer les avis via un SIH commun cf. axe 3 • Maintenir les échanges et l'utilisation commune du référentiel de cancérologie, à savoir celui de la région Rhône Alpes (RRC RA) ; • Réaliser une plaquette d'information informant de l'offre de soins de territoire « gynécologie cancérologique » à destination des libéraux médecins et infirmiers (1er semestre 2017) ; • Formations communes médicales (FMC, réunions) • Développer des EPU sur sites. **Axe 3 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre**

	d'une filière de soins graduée Il s'agit notamment de développer : • l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site vers tous les sites ; • la communication complète des PACS ; • l'intégration automatique des documents extérieurs (qu'ils soient radiologiques ou biologiques, Anapath …).
Forces du GHT	• Maillage du territoire • Coopérations fortes entre les maternités du territoire
Faiblesses du GHT	• Ressources médicales • Conditions financières d'ouverture des postes d'internes • Contexte géographique du territoire • Fonctionnement et financement du temps partagé à partir du site de référence
Indicateurs	• Nombre d'interventions en plateaux techniques par niveau de prise en charge • Nombre de rencontres et formations communes • Nombre de protocoles • Nombre de postes partagés (assistants, internes)
Calendrier	2017-2021

Chirurgie vasculaire -viscérale - endocrinienne

Intitulé

Organiser une offre publique de territoire et structurer la prise en charge de la chirurgie viscérale à partir de l'hôpital de référence

Etat des lieux

La prise en charge sur le territoire est actuellement structurée comme suit :

	CHAM	Belley	CHBSM	CHMS	CHSJM
Nombre de lits - ***HC***	27 (-7 3mois)			20/22	
Consultations	1538			Oui	
Consultations avancées	Non	Non	Non	Oui SJM	Non
Avis inter-service **Inter-établissement**	Oui Non			Oui Oui	

Sur le territoire, identification des taux d'attractivité et taux de fuite

		Fuite			Attractivité				Production Ets de la DST	
DST	Catégorie d'activité de soins et domaines d'activité (1)	Volume économique aux tarifs publics (€)	Taux de fuite (Fuite/Conso) en nombre de séjours	Taux de fuite (Fuite/Conso) en Valo	Nombre de séjours 2014	Volume économique aux tarifs publics (€)	Taux d'attractivité (Attract / Prod) en nombre de séjours	Taux d'attractivité (Attract / Prod) en valo	Nombre de séjours 2014	Volume économique aux tarifs publics (€)
Belley Savoie	Chirurgie	34 580 740	18,0%	26,5%	8 136	21 869 285	19,0%	18,5%	42 865	117 910 339

- Groupe de GHM : par sévérité et établissement – PMSI 2015

	Etablissement						
Sévérité	CH BELLEY	CH BOURG SAINT MAURICE	CH METROPOLE SAVOIE	CH ST JEAN DE MAURIENNE	CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS	HÔPITAL PRIVÉ MEDIPOLE DE SAVOIE	Total général
1	85	182	495	102	168	518	1 550
2	17	17	114	26	24	66	264
3	12	5	42	12	10	14	95
4	3		23	1	1	1	29
J	170	57	437	63	117	720	1 564
Total général	**287**	**261**	**1 111**	**204**	**320**	**1 319**	**3 502**
	8%	**7%**	**32%**	**6%**	**9%**	**38%**	**100%**

- Données d'activité par GHM et établissement PMSI 2015

Libellé	CH BELLEY	BOURG SAINT MAURICE	CH METROPOLE SAVOIE	CH ST JEAN DE MAURIENNE	CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS	MEDIPOLE	Total général
Intervt réparatrices pour hernies inguinales et crurales, en ambulatoire	61	31	199	24	59	294	668
Appendicectomies non compliquées, niveau 1	33	79	109	18	71	89	399
Intervt réparatrices pour hernies inguinales et crurales, niveau 1	8	25	83	16	21	85	238
Intervt. réparatrices pour hernies, en ambulatoire	30	8	65	7	17	121	248
Intervt sur la région anale et périanale, en ambulatoire	34	5	57	15	27	92	230
Intervt réparatrices pour hernies s,niveau 1	4	5	55	6	22	51	143
Appendicectomies compliquées, niveau 1	7	25	55	21	21	17	146
Intervt sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, en ambulatoire	31	3	47	6	4	86	177
Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	3	2	45	6	3	22	81
Intervt sur la région anale et périanale, niveau 1	4	20	41	17	5	31	118
Hémorroïdectomies, en ambulatoire	6	5	39	8		80	138
Intervt sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 1	10	8	32	9	11	39	109
Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	7	2	32		6	60	107
Hémorroïdectomies, niveau 1	3	7	23	15	8	87	143
Intervt digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1	8		17			37	62
Intervt mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1		2	17			10	29
Appendicectomies compliquées, niveau 2	3	4	15	5	1	6	34
Autres Intervt sur le tube digestif en dehors des laparotomies, niveau 1	1	2	14		1	7	25
Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	5	1	14	1	7	16	44
Intervt réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2			13	2	5	4	24
Intervt réparatrices pour hernies et éventrations, < à 18 ans, en ambulatoire	2	4	12	2	2	14	36
Intervt réparatrices pour hernies inguinales et crurales, > à 17 ans, niveau 2	1	2	9	11	4	6	33
Intervt digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 2			7			4	11
Autres Intervt sur le tube digestif par laparotomie, niveau 3	2		7	1	1		11
Appendicectomies non compliquées, niveau 2	2	5	7	1	4	4	23
Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3			7	2		1	10
Appendicectomies compliquées, niveau 3	2	2	6		4	3	17
Autres Intervt sur le tube digestif en dehors des laparotomies, niveau 3			5			5	10
Autres Intervt sur le tube digestif par laparotomie, niveau 4	1		5				6
Autres Intervt sur le tube digestif par laparotomie, niveau 1		1	5		1	2	9
Intervt sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 2	4		5		2	1	12
Intervt réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, niveau 1		1	5			1	7
Intervt réparatrices pour hernies inguinales et crurales, > à 17 ans, niveau 3	3		4	5		1	13
Intervt pour condylomes anogénitaux, en ambulatoire	1		4			17	22
Libérations d'adhérences péritonéales, niveau 1		3	4		1		8
Libérations d'adhérences péritonéales, niveau 2		1	4			3	8
Intervt réparatrices pour hernies inguinales et crurales, > à 17 ans, niveau 4			3		1		4
Intervt sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 3			3		1	2	6
Intervt mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 2	1	1	3		2	3	10
Intervt mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	3		3			1	7
Intervt sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 4			3				3
Intervt mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 4			3				3
Autres Intervt sur le tube digestif en dehors des laparotomies, niveau 2	2	1	3			2	8
Appendicectomies compliquées, niveau 4	1		3				4
Intervt réparatrices pour hernies âge supérieur à 17 ans, niveau 3			3	2	1		6
Libérations d'adhérences péritonéales, niveau 3	1	2	2	2	2	1	10
Autres Intervt sur le tube digestif en dehors des laparotomies, niveau 4			2				2
Certaines Intervt pour stomies, niveau 1		1	2			1	4
Hémorroïdectomies, niveau 2		1	2	1	1	8	13
Total général	287	261	1 111	204	320	1 319	3 502
	8%	**7%**	**32%**	**6%**	**9%**	**38%**	**100%**

Etat des lieux par établissement

- **Centre hospitalier Métropole Savoie**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CH ST JEAN DE MAURIENNE	Dr Legros Dr Blaise perspective 2017	0.05	
Convention de partenariat	Unité sanitaire Aiton	Dr Legros	0.05	

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	5 (dt 1 janv 2017) - 1 5	1	0	
Poste(s) vacant(s)	-			

➢ **Au CH de Belley** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				
Partenariats non formalisés				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				1
Poste(s) vacant(s)				

➢ **Au CH d'Albertville-Moûtiers** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	-			
Convention de partenariat	-			
Partenariat non formalisé	-			

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans

PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	2 PH	0	-	-
Poste(s) vacant(s)	-	-	-	-

➢ **Au CH de Saint Jean de Maurienne :**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CHMS	Chirurgie endocrinienne	0.05	
Convention de partenariat	Médipôle de Savoie	Chirurgie vasculaire	?	

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.05	0.10 endocrinologie 0.10 vasculaire		
Poste(s) vacant(s)				

➢ **Au CH de Bourg Saint Maurice** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				
Convention de partenariat				
Partenariat non formalisé				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans

	PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				
	Poste(s) vacant(s)				

Objectifs

Axe 1

- **Valoriser la filière et le parcours du patient et optimiser l'organisation de la prise en charge en viscérale**

Axe 2

- **Renforcer les liens et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité**

Axe 3

- **Développer un système d'information hospitalier (SIH) convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**

Déclinaison des objectifs

L'objectif, pour l'ensemble des établissements du territoire, vise à :

- identifier une filière de soins entre les établissements de santé en fonction de la pathologie ;
- assurer une prise en charge de proximité de qualité (connaissance du patient par les deux centres pour une décision plus éclairée);
- renforcer l'attractivité des établissements de proximité sur des secteurs de pointe ;
- développer l'intérêt des professionnels médecins et paramédicaux (formations, etc.) concernés dans chacun des établissements du territoire ;
- faciliter les liens entre les établissements de proximité dans la spécialité et l'établissement de référence ;
- valoriser une stratégie positive pour tous les établissements.

***

Axe 1 : Valoriser la filière et le parcours du patient et optimiser l'organisation de la prise en charge en viscérale

Il s'agit d'identifier le parcours du patient dans le cadre d'une filière de soins de territoire entre les établissements de proximité, l'établissement référent et l'établissement de recours.

1.1 Structurer la prise en charge du patient en fonction de sa pathologie, du degré de gravité et des ressources médicales de la spécialité présente au sein des établissements

- **Niveau 1 : Etablissements de proximité**
  - Valoriser et développer les consultations spécialisées avancées internes (inter-service) et externes programmées et

non programmées

- Chirurgie statique pelvienne (viscérale)
- Chirurgie bariatrique (SJM et Belley)
- Chirurgie endocrinienne (SJM, Belley)
- Chirurgie cancérologie digestive lourde

▪ Développer la chirurgie ambulatoire : cette perspective sera examinée dans le cadre d'une équipe médicale de territoire couplée au développement de consultations avancées. (A traiter fiche vasculaire: SJM pour vasculaire car PH de Médipôle ; CHAM N. David pour élargir sur vasculaire)

o **Niveau 2 et 3 : Etablissement référent et de recours**

▪ Identifier une filière pour la chirurgie lourde ou technique nécessitant un plateau technique adapté (biomédical, radiologie interventionnelle etc..)

▪ Structurer et formaliser la filière cancérologique digestive :

- Développer et valoriser les prises en charge de proximité avec un accompagnement des équipes médicales et soignantes par les chirurgiens de l'établissement
- Présenter systématiquement les dossiers patients en RCP digestive tous les vendredis
- Proposer d'associer les chirurgiens des établissements de proximité au Staff hebdomadaire de chirurgie viscérale et staff mensuel chirurgie - gastro de l'établissement support :
  - en visioconférence
  - ou sur site
- Examiner la possibilité pour un chirurgien exerçant en établissement de proximité d'accéder au plateau chirurgical de l'établissement référent pour la prise en charge de patients délocalisée, en fonction de la pathologie

▪ Développer les soins de support :

- En améliorant la prise en charge multidisciplinaire dans les domaines de la nutrition et de la douleur en cancérologie
- Développer les échanges – envisager la possibilité que le chirurgien de l'établissement support intervienne sur le plateau technique de l'établissement de proximité et opérer ensemble

En proposant une réponse adaptée aux établissements de proximité :

- création d'une équipe mobile de territoire (Belley)
- développer d'un appui aux établissements par la télémédecine

1.2 **Assurer la prise en charge des urgences et semi urgences qui soit coordonnée et en lien avec une gestion programmée des absences**

des chirurgiens :

- Anticiper l'organisation de la prise en charge des urgences et semi urgences pendant les périodes de vacances afin d'assurer une prise en charge optimale des patients au sein de l'établissement référent
  - disponibilité des équipes chirurgicales
  - du plateau technique
  - des disponibilités en lits
- Organiser un retour précoce au sein de l'établissement de proximité
- Organiser la transmission d'informations nécessaire à la continuité des soins en cas de transfert du patient en urgence ou semi urgence entre établissements
  - appel téléphonique avant transfert entre chirurgiens ou urgentistes
  - transmission des données médicales du dossier patient
- Identifier un correspondant (chirurgien, radiologue interventionnel, réanimateur) clairement identifié au CHMS avec un numéro de téléphone dédié.
- Conduire la réflexion en vue d'aménager et partager la permanence des soins entre établissements de proximité et établissements référent (aménagement d'une PDSE par bassin de santé ? astreinte partagée entre chirurgiens sur l'établissement de référence ? diminuer le nombre de centre d'urgences en chirurgie viscérale ?)

1.3 Poursuivre le développement de consultations spécialisées avancées parallèlement à une prise en charge chirurgicale programmée

Compléter les consultations spécialisées avancées au sein des établissements du territoire en fonction des besoins

- Chirurgie endocrinienne (Belley, SJM)
- Chirurgie bariatrique (CHAM)

L'objectif est d'être le plus offrant possible sur l'ensemble du territoire avec des prises en charges patient claires et légitimes.

- Chirurgie vasculaire (CHAM, SJM) pour fiche vasculaire

1.4 A moyen termes, engager une réflexion en vue de créer des postes partagés (CHAM, SJM, BELLEY) en lieu et place des mises à disposition actuelles : a priori un intérêt réel pour le patient et l'établissement de proximité

- Une présence médicale limitée en nombre d'opérateurs chirurgicaux
- Un meilleur suivi du patient
- Une gestion et coordination avec les équipes soignantes

	facilitées **Axe 2 : Renforcer les liens et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité.** Il importe de valoriser les échanges de pratiques, les formations et la mise en commun ou l'harmonisation de protocoles. Par ailleurs la communication auprès des médecins traitant et des usagers doit s'envisager de manière concertée. A ce titre, il est envisagé de : ➢ procéder à la réalisation et la publication d'un livret ou plaquette d'information à destination des médecins libéraux et du grand public concernant l'offre de soins de chirurgie sur le territoire (spécialités, vacations…). ➢ facilité les échanges entre praticiens (chirurgiens ou radiologues en urgences) envisager une ligne dédiée et directe pour les avis inter-établissement ; ➢ maintenir et développer les formations communes des équipes paramédicales (stomie) ; ➢ harmoniser les protocoles entre les établissements (notamment pour les prises en charge en urgence), travailler à l'adoption de protocoles communs et réfléchir aux modalités de diffusion ; **Axe 3 : Développer un système d'information hospitalier (SIH) convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : ➢ l'accès aux dossiers médicaux et résultats d'analyse biologiques depuis n'importe quel site ; ➢ la communication complète des PACS ; ➢ l'intégration automatique des documents extérieurs.
Forces du GHT	- Maillage du territoire
Faiblesses du GHT	- Ressources médicales - Contexte géographique du territoire
Indicateurs	- Nombre de consultations avancées - Nombre de formations - Nombre de référents - Nombre de protocoles
Calendrier	2017-2021

Chirurgie orthopédique - traumatologique

Intitulé

Organiser une offre publique de territoire et structurer la prise en charge de la chirurgie orthopédique et traumatologique à partir de l'hôpital de référence

Etat des lieux

La prise en charge sur le territoire est actuellement structurée comme suit :

	CHAM	Belley	BSM	CHMS	SJM
Nombre de lits - *HC* - *Ambulatoire*	27** 15***	17 * 5 places *	N/C	45 lits 26 places CHY 17 places AIX*	20 lits 8 places*
Consultations intra hospitalières et externes	Oui	Oui	N/C	Oui	Oui
Consultations avancées	non	Non	N/C	Non	Non

* toutes spécialités chirurgicales

** en saison d'hiver : ouverture de 27 lits supplémentaires + ~15 lits dédié à de la chirurgie traumato non opérée

*** 15 places médico-chirurgicale

- **Groupe de GHM : par sévérité et établissement – PMSI 2015**

	BELLEY	BSM	CHMS	SJM	CHAM	HERBERT	MEDIPOLE	Total	%
sévérité 1	263	829	1 226	591	1 291	1 123	2 646	7 969	46%
sévérité 2	95	79	361	157	202	222	286	1 402	8%
sévérité 3	92	46	465	74	143	99	100	1 019	6%
sévérité 4	10	4	82	3	15	5	15	134	1%
J	240	332	759	132	361	1 280	3 300	6 404	37%
T	9	41	91	59	132	15	11	358	2%
Total	**709**	**1 331**	**2 984**	**1 016**	**2 144**	**2 744**	**6 358**	**17 286**	
%	**4%**	**8%**	**17%**	**6%**	**12%**	**16%**	**37%**	**100%**	

- **Part de marché – Taux de fuite et attractivité – PMSI 2015**

Part de marché sur le territoire de santé : 82S0000002 - Est Rhône Alpes		Séjours		Part de marché	
Classement	Etablissement	2015	2014	2015	2014
2	MEDIPOLE	5 711	5 731	9,40%	9,60%
8	METROPOLE SAVOIE	3 147	2 790	5,20%	4,70%
11	CLINIQUE HERBERT	2 094	2 345	3,40%	3,90%
15	ALBERTVILLE MOUTIERS	1 317	1 289	2,20%	2,20%
19	BOURG SAINT MAURICE	624	576	1,00%	1,00%
20	DE BELLEY	557	582	0,90%	1,00%
21	ST JEAN DE MAURIENNE	544	560	0,90%	0,90%

En 2015, en chirurgie orthopédique et traumatologique, la **part de marché** des établissements du GHT est de **10,20 %.**

Le taux d'attractivité intra-régional du territoire de santé d'implantation des établissements de CHAMBERY pour la chirurgie orthopédique et traumatologique est de **16,5%.**

Le taux de fuite intra-régional du territoire de santé d'implantation des établissements de CHAMBERY pour la chirurgie orthopédique et traumatologique est de **13,4%.**

- **TOP 20 des GHM et établissement PMSI 2015**

	Belley	BSM	CHMS	SJM	CHAM	*MEDIPOLE*
Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire	76	77	349	38	192	*610*
itv sur le pied, niveau 1	54	16	339	21	52	*734*
Prothèses de hanche pr des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1	50	39	318	26	57	*349*
Prothèses de genou, niveau 1	41	34	278	22	48	*357*
Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	94	103	257	56	59	*948*
Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire	96	52	251	35	82	*1 145*
itv sur la hanche et le fémur pr traumatismes récents, niveau 3	37	24	235	26	41	*9*
itv sur la jambe, niveau 1	45	320	183	219	410	*221*
itv sur l'avant-bras, niveau 1	79	260	180	219	521	*369*
Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, niveau 1	20	32	163	47	130	*124*
Prothèses de genou, niveau 2	21	17	160	43	25	*147*
Autres itv sur la main, en ambulatoire	71	171	152	22	126	*1 692*
Prothèses de hanche pr traumatismes récents, niveau 3	23	2	152	23	48	*7*
Prothèses de hanche pr des affections autres que des traumatismes récents, niveau 2	40	13	134	45	39	*104*
itv sur les ligaments croisés sous arthroscopie, niveau 1		30	117		7	*542*
Arthroscopies d'autres localisations		3	108			*271*
itv sur le bras, coude et épaule, niveau 1	21	202	103	77	188	*242*
Autres itv sur les tissus mous, en ambulatoire	39	46	92	20	53	*495*
Arthroscopies de l'épaule, niveau 1		3	91			*487*
itv sur la hanche et le fémur pr traumatismes récents, niveau 2	40	20	78	63	46	*19*
itv sur le pied, en ambulatoire	18	16	77	8	7	*117*
Prothèses de hanche pr des affections autres que des traumatismes récents, niveau 3	24	14	75	9	30	*35*
Fractures du bras et de l'avant-bras, très courte durée	10	33	74	50	89	*8*
Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal	6		65	3	3	*159*

carpien, en ambulatoire

Etat des lieux par établissement

- **Centre hospitalier Métropole Savoie**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif
Convention de partenariat	Clinique Herbert	Pec urgences chirurgicales	

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	5 - 1 5	1	0	0
Poste(s) vacant(s)	1 assistant			

- **CH de Belley** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif
Convention de partenariat	HCL	la formation de l'assistant associé (formation nécessaire en CHU).	
Partenariats non formalisés	aucun		

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	2 - 1 -	0	1	
Poste(s) vacant(s)	0			

- **Au CH d'Albertville-Moûtiers** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif
Convention de partenariat	CHU Grenoble pour assistant partagé	En cours	

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	4 ETP (2 traumato / 2 ortho) + 1 ETP hiver du 09/12 au 09/04	1	0	1 à 2 pour la saison hivernale
Poste(s) vacant(s)	0			

➢ **Au CH de Saint Jean de Maurienne :**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif
Convention de partenariat	CHU Grenoble	formation praticien attaché 1 fois / semaine	

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	3 2	0	0	0
Poste(s) vacant(s)	0			

➢ **Au CH de Bourg Saint Maurice** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif
Convention de partenariat	N/C		

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	N/C			
Poste(s) vacant(s)				

Objectifs

Axe 1

↳ **Valoriser la filière et le parcours du patient et optimiser l'organisation de la prise en charge en orthopédie / traumatologie**

	Axe 2 ↳ **Renforcer les liens et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité** **Axe 3** ↳ **Développer un système d'information hospitalier (SIH) convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**
Déclinaison des objectifs	L'objectif, pour l'ensemble des établissements du territoire, vise à : ➢ identifier une filière de soins entre les établissements de santé en fonction de la pathologie ; ➢ assurer une prise en charge de proximité de qualité (connaissance du patient par les deux centres pour une décision plus éclairée); ➢ développer l'intérêt des professionnels médecins et paramédicaux (formations, etc.) concernés dans chacun des établissements du territoire ; ➢ faciliter les liens entre les établissements de proximité dans la spécialité et l'établissement de référence ; ➢ valoriser une stratégie positive pour tous les établissements. *** **Axe 1 : Valoriser la filière et le parcours du patient et optimiser l'organisation de la prise en charge en orthopédie / traumatologie** ➢ **Confirmer les prises en charge de proximité et structurer la filière de prise en charge** : o La prise en charge des patients au sein des établissements de proximité est systématique y compris pour les urgences ou semi urgences et doit être développée notamment pour : ▪ la chirurgie bénigne ▪ les membres supérieurs dont chirurgie de l'épaule (arthroscopie, arthroplastie) ▪ les membres inférieurs dont chirurgie du pied (hallux valgus) o Le recours à l'établissement référent est identifié pour certaines prises en charge en fonction de l'équipe pluridisciplinaire présente sur le site de proximité : - Infections ostéo-articulaire (Référent) - Reprise prothétique complexe (septique ou aseptique) - Chirurgie rachidienne - Chirurgie de la main - chirurgie lourde (hors main) ou technique nécessitant un plateau adapté (biomédical, radiologie interventionnelle etc..) - Comorbidités sévères o Concernant la prise en charge de la « Traumatologie du sport » : ▪ Nécessité d'organiser une stratégie entre établissements, en lien avec les cabinets de montagne, en vue d'identifier une filière de patients qui valorise la surspécialité des

établissements de vallée, particulièrement en période hivernale.
- L'objectif serait de créer un centre de traumatologie du sport à Albertville qui prenne en compte les besoins du centre d'enseignement de sport de haut de niveau et de la FF Ski.
- Etudier avec le CH de Belley des consultations spécialisées avancées de SSR MPR.

- Envisager le développement de consultation spécialisée avancée depuis l'établissement support, à moyen terme, afin de valoriser une filière patient de territoire.
  - Perspective de mise en place : 2e semestre 2017 en lien avec le nécessaire renfort de l'équipe médicale du centre référent (assistant)
  - Etudier avec le CH de Belley des consultations spécialisées avancées de SSR MPR.

Les différentes orientations identifiées à l'axe 1 devront être mise en perspectives avec le projet de reprise d'activité de la clinique Herbert porté par le CHMS. L'examen en fera fait à partir de mars 2017.

- **Assurer la prise en charge des urgences et semi urgences de manière coordonnée et en lien avec une gestion programmée des absences des chirurgiens :**
  - Anticiper l'organisation de la prise en charge des urgences et semi urgences afin d'assurer une prise en charge optimale des patients au sein de l'établissement référent (fermeture de lits lors des périodes de vacances)
    - Nécessité d'établir avec le chirurgien d'astreinte un contact téléphonique direct systématique
    - Il importe de s'assurer de la disponibilité des équipes chirurgicales, du plateau technique et des disponibilités en lits.

  - Organiser la transmission d'informations nécessaire à la continuité des soins en cas de transfert du patient en urgence ou semi urgence entre établissements
    - appel téléphonique avant transfert entre chirurgiens ou avec l'urgentiste ayant pris en charge le patient en service d'urgences
    - transmission des données médicales du dossier patient
    - admission directe dans le service d'orthopédie.

Axe 2 : Renforcer les liens et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité.

Il importe de valoriser les échanges de pratiques, les formations et la mise en commun ou l'harmonisation de protocoles.

	A ce titre, il est envisagé de : ➢ Maintenir et de développer les formations communes des équipes paramédicales (EPU) et médicales (chirurgie de la main etc..) ➢ Confirmer et valoriser les RCP d'infectiologie (1 fois mois le lundi soir) ➢ Confirmer et valoriser les staffs de chirurgie ostéo-articulaire mensuel en service d'infectiologie avec les établissements du territoire ➢ Confirmer et élargir le staff médical trimestriel du bassin savoyard (CHAM, HERBERT, SJM, BSM …) ➢ Maintenir l'harmonisation des protocoles / checklist entre les établissements (notamment pour les prises en charge en urgence), travailler à l'adoption de protocoles communs et réfléchir aux modalités de diffusion ; **Axe 3 : Développer un système d'information hospitalier (SIH) convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : ➢ l'accès aux dossiers médicaux et résultats d'analyse biologiques ➢ la communication complète des PACS ; ➢ l'intégration automatique des documents extérieurs.
Calendrier	2017-2021

Chirurgie urologique

Intitulé

Organiser une offre publique de territoire et structurer la prise en charge de l'urologie à partir de l'hôpital de référence

Etat des lieux

La prise en charge sur le territoire est actuellement structurée comme suit :

	CHAM	Belley	CHBSM	CHMS	CHSJM
Nombre de lits - *HC*	0			20/22	
Consultations	647			Oui	
Consultations avancées	non			Oui BELLEY, SJM, CHAM	
Avis inter-service	Oui			Oui	
Avis Inter-établissement					

Sur le territoire, identification des taux d'attractivité et taux de fuite

		Fuite			Attractivité				Production Ets de la DST	
DST	Catégorie d'activité de soins et domaines d'activité (1)	Volume économique aux tarifs publics (€)	Taux de fuite (Fuite/Conso) en nombre de séjours	Taux de fuite (Fuite/Conso) en Valo	Nombre de séjours 2014	Volume économique aux tarifs publics (€)	Taux d'attractivité (Attract / Prod) en nombre de séjours	Taux d'attractivité (Attract / Prod) en valo	Nombre de séjours 2014	Volume économique aux tarifs publics (€)
Belley Savoie	Chirurgie	34 580 740	18,0%	26,5%	8 136	21 869 285	19,0%	18,5%	42 865	117 910 339

Taux de fuite intra-régional (séjours consommés dans d'autres territoires (ou zones spécifiques) de la région / séjours consommés par les patients du territoire (ou zone spécifique) : Activité **DoAC : chirurgie Uro-néphrologie et génital**

Territoire de santé de résidence des patients	Séjours consommés par les patients du territoire de santé	- dont séjours consommés dans d'autres territoires de la région	Taux de fuite du territoire de santé
GRENOBLE	12 010	724	6,00%
CHAMBERY	7 560	947	12,50%

Part de marché sur la région du domaine d'activité C19 chirurgie urologique :

			Séjours des habitants de la zone		Part de marché	
	Finess	Raison sociale	2015	2014	2015	2014
1	690781810	HOSPICES CIVILS DE LYON	2 840	2 709	9,7 %	9,7 %
2	380780080	CHU GRENOBLE	1 090	995	3,7 %	3,6 %
3	690023411	HÔPITAL PRIVÉ JEAN MERMOZ	1 055	1 230	3,6 %	4,4 %
4	630780989	CHU CLERMONT-FERRAND	928	823	3,2 %	3,0 %
5	730000015	CH CHAMBERY	888	868	3,0 %	3,1 %

- Groupe de GHM : par sévérité et établissement – PMSI 2015

Sévérité	CH BELLEY	CH METROPOLE SAVOIE	CH ST JEAN DE MAURIENNE	CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS	HÔPITAL PRIVÉ MEDIPOLE DE SAVOIE	Total général
1	36	506	22	1	511	1 076
2	12	167			92	271
3	9	107			27	143
4	6	56	2		8	72
J	9	66	4		122	201
T	1	32	3			36
Total général	**73**	**934**	**31**	**1**	**760**	**1 799**
%pourcentage	**4%**	**52%**	**2%**	**0%**	**42%**	**100%**

- Données d'activité par GHM et établissement PMSI 2015

Libellé	CH BELLEY	CH METROPOLE SAVOIE	CH ST JEAN DE MAURIENNE	CHIC ALBERTVILLE MOUTIERS	HÔPITAL PRIVÉ MEDIPOLE DE SAVOIE	Total géné
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, niveau 1	5	231	14		281	
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 1	25	190	2		191	
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 2	8	105			54	
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 3	8	63			15	
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 4	6	39	2		2	
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, en ambulatoire	6	38			17	
Autres interventions sur les reins et les voies urinaires, très courte durée		32	3			
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, niveau 2	2	26			14	
Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 3		21			8	
Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 1		18			14	
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, en ambulatoire	2	17	3		79	
Rétrécissement urétral, niveau 1	2	17			8	
Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 2		14			16	
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, niveau 3	1	14			1	
Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1		13			6	
Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire, en ambulatoire	1	10	1		20	
Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2	9				
Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 2		9			5	
Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales, niveau 1		8			4	
Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 4		8			5	
Autres interventions sur les reins et les voies urinaires, niveau 1		8	1		1	
Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales, niveau 1	2	6		1	4	
Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire, niveau 1		5	5		2	
Autres interventions sur les reins et les voies urinaires, niveau 4		5				
Autres interventions sur les reins et les voies urinaires, niveau 3		4				
Autres interventions sur les reins et les voies urinaires, niveau 2		4				
Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 3		3				
Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, niveau 4		3				
Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales, niveau 2	1	3			2	
Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, niveau 2		2			1	
Rétrécissement urétral, niveau 2	1	2				
Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales, niveau 2		1				
Interventions sur les glandes surrénales, niveau 2		1				
Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, niveau 3		1				
Rétrécissement urétral, niveau 3		1				
Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales, niveau 4		1				
Interventions sur les glandes surrénales, niveau 1		1				
Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire		1			2	
Rétrécissement urétral, très courte durée	1					
Rétrécissement urétral, niveau 4					1	
Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales, en ambulatoire					4	
Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales, niveau 3					3	
Total général	**73**	**934**	**31**	**1**	**760**	
%pourcentage	**4%**	**52%**	**2%**	**0%**	**42%**	

Etat des lieux par établissement

➢ Centre hospitalier Métropole Savoie

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP

Convention de partenariat	CH ALBERTVILLE-MOUTIERS	Dr TACCOEN (Albertville-Moutiers) Dr OZONE Albertville (CS & ambulatoire et geste technique déc. 2016)	0,2 0,2
Convention de partenariat	CH BELLEY	Partagés (Dr LOOCK 0,4 etp Dr BONDIL 0,1 et assistants 0,4 etp)	0,9
Partenariat non formalisé	CHU GRENOBLE > CHMS	Dr BOILLOT (1 vacation/mois chirurgie infantile) Identification d'une filière CHU-CHMS d'assistants spé : 1 an CHMS	0,025 1 ETP
Convention de partenariat	CH ST JEAN DE MAURIENNE	Dr DEMEY (CS, ambulatoire) Dr OZONE (CS, ambulatoire)	0,2 0,2

Personnel	**Etat des lieux de l'existant**	**Projection besoin à 1 an**	**Projection besoin à 5 ans**	**Projection besoin à 10 ans**
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	6 ETP 0.025 2 ETP 5 ETP	1 ?	1	
Poste(s) vacant(s)	0			

- **<u>Au CH de Belley</u>** :

Type	**Établissement**	**Détail**	**Nb effectif ETP**	**multi-site**
Convention de partenariat				
Partenariats non formalisés				

Personnel	**Etat des lieux de l'existant**	**Projection besoin à 1 an**	**Projection besoin à 5 ans**	**Projection besoin à 10 ans**
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				1
Poste(s) vacant(s)				

- **<u>Au CH d'Albertville-Moûtiers</u>** :

Type	**Établissement**	**Détail**	**Nb effectif ETP**	**multi-site**

Convention de partenariat	CHMS	Dr Taccoen Dr Ozone	0.2 0.2	
Convention de partenariat	-	-		
Partenariat non formalisé	-	-		

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				
Poste(s) vacant(s)				

- **<u>Au CH de Saint Jean de Maurienne</u> :**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	CH Métropole Savoie	DR DEMEY DR OZONE	0.20 0.20	
Convention de partenariat				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.4 ETP	0.6 ETP		
Poste(s) vacant(s)				

- **<u>Au CH de Bourg Saint Maurice</u>** :

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				
Convention de partenariat				

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>Partenariat non formalisé</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Personnel</td><td>Etat des lieux de l'existant</td><td>Projection besoin à 1 an</td><td>Projection besoin à 5 ans</td><td>Projection besoin à 10 ans</td></tr>
<tr><td>PH
Attaché(s)
Assistant(s)
Interne(s)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Poste(s) vacant(s)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Objectifs</td><td>Axe 1
↳ Valoriser la filière et le parcours du patient et optimiser l'organisation de la prise en charge en urologie
↳ Poursuivre le développement de consultations spécialisées avancées parallèlement à une prise en charge chirurgicale programmée

Axe 2
↳ Renforcer les liens et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité

Axe 3
↳ Développer un système d'information hospitalier (SIH) convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée</td></tr>
<tr><td>Déclinaison des objectifs</td><td>L'objectif, pour l'ensemble des établissements du territoire, vise à :
➢ identifier une filière de soins entre les établissements de santé en fonction de la pathologie ;
➢ assurer une prise en charge de proximité de qualité (connaissance du patient par les deux centres pour une décision plus éclairée);
➢ renforcer l'attractivité des établissements de proximité sur des secteurs de pointe ;
➢ développer l'intérêt des professionnels médecins et paramédicaux (formations, etc.) concernés dans chacun des établissements du territoire ;
➢ faciliter les liens entre les établissements de proximité dans la spécialité et l'établissement de référence ;
➢ valoriser une stratégie positive pour tous les établissements.

***
Axe 1 : Valoriser la filière et le parcours du patient et optimiser l'organisation de la prise en charge en urologie
Il s'agit d'identifier le parcours du patient dans le cadre d'une filière de soins de territoire entre les établissements de proximité, l'établissement référent et l'établissement de recours.</td></tr>
</table>

- **Structurer la prise en charge du patient en fonction de sa pathologie, du degré de gravité et des ressources médicales de la spécialité présente au sein de chaque établissement**

    - **Niveau 1 : Etablissements de proximité**
        - Conforter les consultations avancées spécialisées internes (inter-service) et externes programmées et non programmées ;
        - Développer la chirurgie ambulatoire dans tous les établissements couplée aux consultations avancées spécialisées ;
        - Examiner la possibilité de développer de la chirurgie programmée « légère » de 1er niveau (résection de prostate par exemple) avec peu de risque de complication post chirurgicale ; la prise en charge en hospitalisation serait au maximum de 2 à 3 jours. Cela nécessite en amont et de manière régulière de procéder à une formation des équipes soignantes.
            - Activité développée à ce jour avec un seul établissement, CH Belley
            - Activité en cours d'étude avec le CHAM
        - Le développement d'une chirurgie programmée de proximité devrait aboutir à terme à la désignation d'un chirurgien « référent dédié » à l'établissement de proximité à partir d'une nouvelle organisation de l'équipe chirurgicale de l'établissement support.

    - **Niveau 2 et 3 : Etablissement référent et de recours**
        - Cibler la prise en charge chirurgicale sur l'établissement référent, pour les patients nécessitant un plateau technique adapté :
            - Chirurgie lourde
            - Chirurgie technique
            - Chirurgie carcinologique
        - Identifier une filière de territoire dédiée onco-urologie :

    - ouverture d'une ligne téléphonique type point écoute/réponse : création d'un « SOS… » appellation à définir ;
    - avec accès au plateau technique : imagerie interventionnelle ;
        - Développer les soins de support :
    - En améliorant la prise en charge multidisciplinaire dans les domaines de la nutrition et de la douleur en cancérologie
    - Référence en onco-sexualité
    - En proposant une réponse adaptée aux établissements de proximité :
        - création d'une équipe mobile de territoire ?
        - développer d'un appui aux établissements par la télémédecine
            - Optimiser le parcours du patient pour les urgences urologiques :

- La prise en charge des urgences ou semi-urgences urologiques doit se faire au sein des établissements de proximité lorsque les consultations spécialisées avancées ont été développées :
  - Gestion de l'urgence en semi-urgences avec hospitalisation et suivi médical du patient par un médecin de l'établissement de proximité
  - Garantie d'un avis et d'une prise en charge par un chirurgien dans la limite de 24h

- **Poursuivre le développement de consultations spécialisées avancées parallèlement à une prise en charge chirurgicale programmée**

  Compléter les consultations spécialisées avancées au sein des établissements du territoire. Dès lors que ces vacations seront assurées, le dispositif en termes de maillage sera finalisé
  - CHAM : passage de 0,4 ETP à 0,6 ETP
  - BELLEY : passage de 0,9 ETP à 1 ETP
  - SJM : passage de 0,4 ETP à 0,6 ETP

  - **A moyen termes, engager une réflexion en vue de créer des postes partagés** en lieu et place des mises à disposition actuelles : a priori un intérêt réel pour le patient et l'établissement de proximité
  - Une présence médicale limitée en nombre d'opérateurs chirurgicaux
  - Un meilleur suivi du patient
  - Une gestion et coordination avec les équipes soignantes facilitées

Axe 2 : Renforcer les liens et la communication entre l'établissement de référence et les établissements de proximité.

Il importe de valoriser les échanges de pratiques, les formations et la mise en commun ou l'harmonisation de protocoles. Par ailleurs la communication auprès des médecins traitant et des usagers doit s'envisager de manière concertée.

A ce titre, il est envisagé de :
- procéder à la réalisation et la publication d'un livret ou plaquette d'information du GHT à destination des médecins libéraux et du grand public concernant l'offre de soins de chirurgie urologique sur le territoire (spécialités, vacations…).
- Maintenir et pérenniser les formations communes des équipes paramédicales ;
- Harmoniser et partager les protocoles entre les établissements (notamment pour les prises en charge en urgence et des suites opératoires), travailler à l'adoption de protocoles communs et réfléchir aux modalités de diffusion ;
- Développer la télémédecine comme outil-support sous différentes formes. (avis spécialisés semi urgents avec les établissements de proximités et les unités sanitaire

	Axe 3 : Développer un système d'information hospitalier (SIH) convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée Il s'agit notamment de développer : ➢ l'accès aux dossiers médicaux et résultats d'analyse biologiques depuis n'importe quel site ; ➢ la communication complète des PACS ; ➢ l'intégration automatique des documents extérieurs.
Forces du GHT	- Maillage du territoire
Faiblesses du GHT	- Ressources médicales - Contexte géographique du territoire
Indicateurs	- Nombre de consultations avancées - Nombre de formations - Nombre de référents - Nombre de protocoles
Calendrier	2017-2021

GHT Savoie-Belley
Projet médical partagé

FICHES PROJETS
- Filière cancérologie -

Cancérologie

Intitulé

Organiser une offre publique de territoire en cancérologie et structurer la prise en charge en réseau à partir de l'hôpital de référence

Etat des lieux

La prise en charge est actuellement structurée comme suit :

	CHAM	CH Belley	CH BSM	CHMS *Chambéry*	CHMS Aix les Bains	CH SJM
Vacations ***en oncologie*** ***en hématologie***	**4/mois** **4/mois**	**4/mois** **2/mois**			**6/mois**	**4/mois** **2/mois**
Nombre de jours ouverts par semaine HdJ	**3**	**4**		**5**	**5**	**4**
Nombre de lits en HdJ ***en oncologie*** ***en hématologie***		**4**		**30** ***17*** ***13***	**6**	**4**
Nombre de lits en HC (lits dédiés) ***en oncologie*** ***en hématologie***	**0** **0**	**0** **0**		**28** ***14*** ***14***		**0**
Lits dédiés soins palliatifs	**2**	**0**		**10 (+4)**	**6**	**4**
Equipe mobile de soins palliatifs	**oui**	**non**	**non**	**oui**		**oui**

<u>Au Centre hospitalier Métropole Savoie</u>

- <u>Site de Chambéry</u> :
  - Site autorisé pour la chirurgie du cancer (ensemble des spécialités), la chimiothérapie et la radiothérapie.
  - Développement de l'oncogériatrie depuis 2013 avec :
    - évaluation médico psycho sociale du sujet âgé de plus de 75 ans présentant un cancer et qui pourrait bénéficier d'une intervention chirurgicale.
    - consultation binôme médecin oncogériatre/infirmière.
  - Un service HAD couvre le bassin chambérien, l'avant-pays savoyard, la combe de Savoie et une partie du bassin aixois.
  - Une unité de 10 lits dédiés aux soins palliatifs (+4 lits identifiés dans le service de pneumologie) à laquelle sont rattachées : une équipe mobile intra hospitalière douleur et soins palliatifs ainsi qu'une unité mobile externe (intervenant en EHPAD).
  - Projet de création de lits (+8 lits)
    - identifiés soins palliatifs en gastro-entérologie, oncologie médicale et en hématologie clinique.
    - soins intensifs d'hématologie.

- <u>Site d'Aix les Bains</u> :
  - Site autorisé pour la prise en charge de chimiothérapie.
  - Présence d'un oncologue (3 jeudis par mois), d'un pneumologue avec DESC (sur site), et d'un gastro-entérologue avec VAE (sur site).
  - 6 lits de soins palliatifs.

	Au CH de Belley : · Site autorisé en chirurgie digestive et site associé en chimiothérapie. · Des consultations avancées par des praticiens du CHMS (annonce, suivi) sont assurées par : ▪ en oncologie, bimensuellement ; ▪ en pneumologie (praticien avec DESC), tous les jeudis ; ▪ en hématologie depuis avril 2016. · Présence sur site d'un gastro-entérologue avec VAE. · Des vacations de médecins généralistes sont en place pour assurer les prises en charge en chimiothérapie. · Présence sur site d'un onco-gériatre. · Projet de création d'une antenne HAD (*cf. fiche projet HAD*). · Projet de développer la prise en charge en soins palliatifs (mise en place d'une équipe mobile). **Au CH d'Albertville Moûtiers** : · Site autorisé pour la chirurgie carcinologique digestive et reconnu site associé pour la chimiothérapie. · Une consultation avancée (annonce, suivi) est assurée par : ▪ par un oncologue du CHMS et du Médipôle de Savoie, (une fois par mois chacun) ; ▪ en hématologie (2 vacations par mois) par un praticien du CHMS ; Concernant l'ORL et la gynécologie, la consultation d'annonce est réalisée en collaboration avec le CHU de Grenoble. · Présence sur site d'un gastroentérologue avec VAE. · Des vacations de médecins généralistes sont prévues pour assurer la prise en charge en chimiothérapie. · Le CHAM a ouvert un service d'HAD de Tarentaise le 1er avril 2014. · 2 lits de soins palliatifs et une équipe mobile. · Projet de création de 2 lits supplémentaires en soins palliatifs. **Au CH de Saint Jean de Maurienne :** · Site associé pour la chimiothérapie. · Des consultations avancées (annonce, suivi) sont assurées : ▪ par un oncologue du CHMS 2 jours par mois ; ▪ en hématologie. · Un service d'HAD couvre l'ensemble de la vallée de la Maurienne. · Le CH de Saint-Jean de Maurienne dispose de 4 lits en soins palliatifs ainsi que d'une équipe complète de soins palliatifs mobile. · Un pneumologue avec un DESC est en cours de recrutement. **Au CH de Bourg Saint Maurice** : · N'a pas d'autorisation en chirurgie cancérologique ni en chimiothérapie. Un projet est en cours pour l'identification de 3 lits de soins palliatifs dans le cadre du projet cancérologie du service de médecine. L'objectif est également de développer les formations du personnel, avec le soutien du Réseau 3C pour conforter l'accompagnement global des personnes atteintes de cancer et de leurs proches (*à actualiser*).
Objectifs	**Axe 1**

	↳ **Optimiser l'organisation de la prise en charge du cancer, en réseau (amont et aval), à partir de l'établissement de soins de proximité avec l'établissement référent –CHMS- et les établissements recours pour l'aval – CHU Grenoble, Hôpitaux civils de Lyon et Centre de lutte contre le cancer *Léon Bérard* -, pour garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé, coordonné et sécurisé** **Axe 2** ↳ **Développer une prise en charge de proximité** **Axe 3** ↳ **Valoriser les complémentarités entre établissements de santé et les liens ville-hôpital** **Axe 4** ↳ **Développer la communication et l'information entre établissements et auprès de l'ensemble des partenaires de santé** **Axe 5** ↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**
Déclinaison des objectifs	L'objectif, pour l'ensemble des établissements du territoire, vise à : ➢ d'une part, assurer une prise en charge de proximité de qualité (connaissance du patient par les deux centres pour une décision plus éclairée) pour les patients atteints de cancer ; ➢ d'autre part, renforcer l'attractivité des établissements de proximité sur des secteurs de pointe, ➢ par ailleurs, développer l'intérêt des professionnels médecins et paramédicaux (formations, etc.) concernés dans chacun des établissements du territoire, ➢ faciliter, en outre, les liens entre les établissements de proximité dans la spécialité et l'établissement de référence, ➢ enfin, valoriser une stratégie gagnant-gagnant pour tous les établissements. ******* **Axe 1 : Optimiser l'organisation de la prise en charge du cancer, en réseau (amont et aval), à partir de l'établissement de soins de proximité avec l'établissement référent –CHMS- et les établissements recours pour l'aval – CHU Grenoble, Hôpitaux civils de Lyon et Centre de lutte contre le cancer *Léon Bérard* -, pour garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé, coordonné et sécurisé** Les objectifs poursuivis sont les suivants : ▪ évaluer les coopérations existantes et à ce titre, le parcours du patient de sa prise en charge par l'établissement de proximité, à l'établissement référent et l'établissement de recours. Il s'agit notamment : • d'examiner si les consultations d'annonce sont bien assurées en pré-chimiothérapie par un médecin oncologue ou un médecin DESC-VAE-compétence ordinale ;

- de proposer une adaptation des modalités de partenariat, le cas échéant.

- systématiser la remise aux patients atteints d'un cancer, du projet personnalisé de soins (PPS), avec un objectif cible d'au moins 80% pour chaque établissement.

- généraliser à tous les sites la proposition d'une consultation d'annonce infirmière, idéalement avant la 1ère chimiothérapie, y compris pour les chimiothérapies orales.

- mener la réflexion en vue d'une harmonisation :
  - sur le type de protocoles, hors chimiothérapie ambulatoire, réalisables sur les sites associés de proximité ;
  - sur la mise en place d'une organisation médicale pour chaque établissement et/ou de territoire permettant de garantir la continuité des compétences médicales dans la prise en charge des chimiothérapies (congés, absences diverses etc.).

- développer les inclusions et essais cliniques en hématologie et oncologie et harmoniser les protocoles en vue de sécuriser les parcours patients.

- améliorer l'accès et le déroulement de la RCP en visioconférence :
  - informer les médecins, notamment ceux hors CHMS, du nom des participants ;
  - respecter l'ordre de passage des dossiers à présenter par les établissements de proximité.

- anticiper les évolutions susceptibles d'intervenir dans les 5 ans à venir pour chaque établissement :
  - respect des seuils d'activité ;
  - évolution des postes médicaux pour les intervenants concernés ;
  - retrait éventuel d'autorisation selon l'évolution de la réglementation.

- consolider le recours aux CHU de Grenoble et Lyon et centres de lutte contre le cancer pour améliorer la prise en charge d'aval.

Axe 2 : Développer une prise en charge de proximité

Il s'agit de :

- poursuivre le développement de consultations d'annonce médicale et consultations avancées sur chacun des sites associés et, notamment, d'harmoniser
  - les conditions de travail ;
  - le matériel mis à disposition sur les différents centres (accès internet, document à disposition dans les armoires, imprimantes dans le bureau…) ;
  - les conventions conclues entre établissements, en lien avec les praticiens concernés.

- développer et diversifier la réalisation de chimiothérapie dans les établissements de proximité associés, sous réserve de compétences médicales permettant d'assurer la continuité des soins. A ce titre, une réflexion sera menée quant à la

possibilité de renforcer les temps médicaux partagés au sein du territoire et sur chacun des sites associés (*cf. fiche projet RH médicales*).

Les objectifs sont de limiter :

- le temps et les conditions de transport,
- les coûts de santé,

ceci afin d'améliorer le confort des patients et leur prise en charge (patient connu sur le CH de proximité en cas de complications, urgences…).

- généraliser les soins de support avec en perspective des temps dédiés mutualisables (diététicienne, esthéticienne, kinésithérapeute, assistante sociale).

- favoriser l'hospitalisation en soins palliatifs, en HAD ou en SSR dans les établissements proches du lieu de vie du patient.

- compléter sur le territoire, la prise en charge en soins palliatifs : projet de création d'une équipe mobile de soins palliatifs au CH de Belley.

- assurer la transfusion sanguine en formalisant clairement le parcours, via des protocoles, sur les sites de proximité.

- développer la prise en charge en oncogériatrie avec la mise en place de consultations dédiées, les avis en amont et aval d'une prise en charge chirurgicale (sur le modèle, par exemple, de ce qui a déjà été développé au CHMS : *cf. partie diagnostic).*

- mener une réflexion quant à la prise en charge globale du patient en oncologie et à la définition de parcours de soins adaptés au sein du territoire (*cf. fiches projets « médecine » et « chirurgie »).*

Axe 3 : Valoriser les complémentarités entre établissements de santé et les liens ville-hôpital

Il s'agit de :

- s'assurer de la conformité des protocoles de prise en charge des patients au référentiel régional ;

- harmoniser les pratiques professionnelles, y compris avec la médecine libérale, et favoriser le développement de formations communes à l'intention des soignants (manipulation des chambres implantables, etc.).

Axe 4 : Développer la communication et l'information entre établissements et auprès de l'ensemble des partenaires de santé

Il s'agit de :

- créer un annuaire des correspondants médicaux, soignants (infirmières) et secrétariats médicaux entre établissements de santé pour faciliter les échanges et contacts et avoir pleine connaissance des correspondants médicaux et paramédicaux dans chaque établissement ;

- développer des supports de communication sur le territoire permettant de bien identifier pour les correspondants de ville, l'organisation de l'offre de

	soins hospitalière et le parcours du patient : ▪ élaborer une plaquette d'informations reprenant les coordonnées des professionnels hospitaliers du territoire (médecins/secrétariats) et des structures ou établissements de soins (maison médicale, maison pluri professionnelle de santé, cabinet infirmiers libéraux). ▪ créer un flyer ou affiche ou plaquette d'information schématisant l'offre de soins publique sur le territoire **Axe 5 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : ▪ l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site, ▪ la communication complète des PACS, ▪ l'intégration automatique des documents extérieurs type anatomopathologie.
Forces du GHT	- Maillage territorial structuré - Réseau 3C - CHMS dispose de toutes les autorisations en chirurgie carcinologique - CHMS dispose d'un plateau médicotechnique complet (médecine nucléaire, anatomie pathologique, radiothérapie…)
Faiblesses du GHT	- Problématique du seuil d'activité sur certains sites - Démographie et compétences médicales - Consultations spécialisées limitées sur quelques sites de proximité - Concurrence du secteur privé pour de nombreuses spécialités : digestif, gynécologie, hématologie, sénologie et urologie
Indicateurs	- Nombre de chimiothérapies réalisées dans chaque établissement (site associé ou autorisé) o en ambulatoire o et en hospitalisation complète - Nombre de consultations d'annonce et de primo prescription par site et par type (orale et injectable) - Nombre de RCP - Nombre de consultations d'annonce faites en pré-chimiothérapie - Taux de fuite : vers les établissements privés, vers les CHU et CLCC
Calendrier	2017-2021

Hospitalisation à domicile

Intitulé

Optimiser la prise en charge en HAD et développer l'efficience des parcours patients

Etat des lieux

Il existe actuellement 3 services d'HAD sur le territoire qui couvrent les secteurs de :

- Chambéry-Aix-les-Bains-Combe de Savoie-Avant Pays Savoyard : 30 places
- la vallée de la Maurienne : 15 places
- le bassin albertvillois, la Tarentaise, le Beaufortin, le Val d'Arly et une partie de la Combe de Savoie : 15 places

L'activité se répartit comme suit :

2015	**CH Albertville Moutier**	**CH Saint Jean de Maurienne**	**CH Métropole Savoie**
Nbre de journées valorisées	**4 015**	**4 586**	**10 038**

Les moyens mis à disposition sont les suivants :

Ressources médicales	**CHAM**	**CHMS**	**BSM**	**SJM**	**CHB**
Temps médical		1,6 + 1 assistant			
Temps assistant social		1			
Temps psychologue		0,5			
Temps IDE		10,5			
Temps aide soignant		7,30			
Plateaux logistiques		Site Chambéry			
Véhicules		9			
Km parcourus en moyenne annuelle		160.000 km/an			

Sur le plan de l'organisation, ces trois unités ont mis en commun :

- le dossier médical (observations médicales et dossier de soins, hors prescriptions) ;
- le processus d'évaluation médicale (évaluation du patient avant prise en charge par l'HAD) ;
- des formations (infirmiers libéraux concourant à l'HAD) ;
- un dossier informatique identique avec néanmoins une gestion individuelle par établissement ;
- une astreinte médicale de sécurité assurée par chaque HAD dans sa propre zone géographique.

Le fonctionnement des trois HAD reste totalement autonome sur le plan fonctionnel et ne repose actuellement sur aucune mutualisation fonctionnelle.

L'organisation actuelle permet d'assurer une couverture à 90 % du territoire. Les secteurs suivants restent toutefois non couverts :

- secteur nord Aixois : La Chautagne et Les Bauges ;
- secteur de Belley (Ain) : l'HAD du CHMS n'est pas autorisée à intervenir.

En termes d'accessibilité aux soins, l'analyse de l'activité met en évidence :

- une réelle substitution aux activités d'hospitalisation avec hébergement ;
- un triple mode d'entrée :

	○ établissements de santé ; ○ médecins traitants (via le domicile); ○ établissements médico-sociaux (foyers d'accueil médicalisé, établissements d'accueil des personnes âgées et des personnes âgées dépendantes) - le poids important des soins palliatifs et l'intérêt d'une coopération entre les équipes mobiles de soins palliatifs et l'unité d'hospitalisation à domicile. Les soins palliatifs et les pathologies cancéreuses représentent aujourd'hui 50 % de l'activité d'HAD. Sur le territoire, la prise en charge pédiatrique est développée à titre exceptionnel (handicap, antibiothérapie tuberculose, nutrition parentérale, onco-pédiatrie), sur la tranche d'âge de 1 à 12 ans, par l'HAD du CHMS et en lien avec le service de pédiatrie de l'établissement.
Objectifs	**Axe 1** ↳ **Assurer la couverture totale du territoire** **Axe 2** ↳ **Renforcer la fluidité du parcours patient en HAD** **Axe 3** ↳ **Développer l'information concernant les prises en charge en HAD** **Axe 4** ↳ **Poursuivre le développement du système d'information**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Assurer la couverture totale du territoire** Les objectifs poursuivis visent : ➢ *pour l'ensemble du territoire de santé Savoie-Belley* ○ à compléter la prise en charge, afin d'assurer un meilleur maillage et une coordination avec l'HAD référente en assurant les prestations de service sur les zones non couvertes ; ○ à poursuivre le conventionnement avec les EHPAD afin d'éviter les hospitalisations en soins de courte durée et favoriser le maintien des personnes âgées dans les EHPAD ; ○ à favoriser, lors des saisons touristiques dans les vallées de Maurienne et de Tarentaise, les sorties précoces avec un suivi post-chirurgical en lien avec le médecin libéral de station et assurer la prise en charge des patients en vacances relevant de l'HAD ; ○ à mutualiser l'astreinte médicale entre les 3 HAD en vue de créer une astreinte territoriale. ➢ *pour le bassin Chambéry-Aix-les-Bains* : ○ à ouvrir une antenne sur le site d'Aix-les-Bains (décembre 2016), afin de répondre aux besoins (nord Aixois : Chautagne, Bauges). Cette antenne servira de relais pour les infirmiers de l'HAD du CHMS et/ou pour les infirmiers libéraux sur le plan logistique, afin de faciliter la prise en charge matérielle des patients. ➢ *Pour le bassin de la Tarentaise* :

- à clarifier la couverture territoriale des HAD des CH de Saint-Jean de Maurienne et Albertville Moutiers compte tenu de la juxtaposition des compétences prévue aujourd'hui par les autorisations d'activité délivrées.
- à travailler sur l'amélioration de la couverture en HAD du bassin (constat d'une absence de couverture des stations en fond de vallée/Haute Tarentaise) en tenant compte :
  - des difficultés liées à la géographique (constat de distances kilométriques limitant l'activité des professionnels soignants du CH) ;
  - de la difficulté pour les infirmiers libéraux, en nombre insuffisant et avec une charge de travail importante, d'assurer la couverture des besoins recensés sur le bassin.

➢ *pour le bassin de Belley :*
- à déposer auprès de l'ARS une demande d'extension de l'autorisation d'activité de l'HAD du CHMS afin de pouvoir assurer la couverture médicale de ce secteur de santé avec pour projet la création d'une antenne locale ;
- à créer une antenne locale à l'instar de l'organisation prévue pour le site d'Aix-les-Bains (2017).

Axe 2 : Renforcer la fluidité du parcours patient en HAD

A ce titre, il importe :

➢ de conduire une analyse des collaborations à développer avec les acteurs suivants :
- les médecins traitants (en leur permettant d'avoir un accès au SIH…) ;
- les praticiens hospitaliers ;
- les intervenants à domicile (SSIAD, équipes mobiles de soins palliatifs, foyers, logements personnes âges et personnes handicapées) ;
- les établissements médico-sociaux ;
- acteurs de filières : cancérologie, diabétologie.

➢ de développer les prises en charge pédiatriques (soins ponctuels : oncologie, nutrition parentérale, antibiothérapie, prioritairement).
Il s'agit de développer, en lien avec les HAD de Maurienne et Tarentaise, les partenariats entre HAD, services de pédiatrie de Saint-Jean de Maurienne et Albertville-Moutiers et service de pédiatrie référent du CHMS, à travers la signature d'une convention entre HAD et services de pédiatrie. Cette convention permettrait de faciliter :
- la prise en charge spécifique des enfants ;
- le recours au plateau technique du CH référent.

➢ d'actualiser et d'élargir à la Tarentaise la convention HAD signée entre le CHMS et le CH de Saint-Jean de Maurienne afin de formaliser les partenariats et confirmer le développement des complémentarités (cancérologie, pédiatrie…).

Axe 3 : Développer l'information concernant les prises en charge en HAD

Il s'agit de promouvoir l'HAD, concernant ses modes de prise en charge et types de recours, à travers une communication unique au titre du GHT.

	↳ Cibles : - médecins traitants ; - médecins hospitalier (prescriptions encore à ce jour insuffisamment anticipées) ; - établissements de santé publics et privés partenaires ; - maisons médicales, maisons pluri professionnelles de santé ; - assurance maladie ; - patients. ↳ Outils à créer : - une communication ciblée pour chaque HAD : réalisation de flyers et plaquettes d'information par HAD, - Une communication unique : élaboration d'un support regroupant les informations de toutes les HAD du territoire. **Axe 4 : Poursuivre le développement du système d'information** Il s'agit de : - conforter le travail en réseau entre l'ensemble des partenaires impliqués dans la prise en charge en HAD : o en développant l'accès aux médecins traitants et IDE libéraux au SIH (notamment au logiciel utilisé par les HAD), sur le modèle de ce qui a déjà été fait dans les bassins de la Maurienne et de Chambéry ; o en généralisant la traçabilité dans le dossier patient des médecins traitants et infirmiers libéraux (notamment du point de vue des prescriptions, transmissions et suivis de patients) ; o en permettant l'accès direct aux actes de biologie ainsi qu'aux images et aux comptes rendus d'acte d'imagerie o en harmonisant les pratiques en termes de traçabilité entre HAD et en lien avec médecins traitants et IDE libéraux. - adopter, à terme, une plateforme commune en vue du partage des données médicales concernant le dossier patient entre HAD et entre services d'hospitalisation de chaque ES du territoire et HAD o afin de faciliter les prises en charge, o dans l'optique de développer une astreinte médicale de territoire.
Forces du GHT	Les structures existantes fonctionnent déjà en partenariat (conventionnement existant) et partagent des outils (protocoles, évaluations…).
Faiblesses du GHT	La géographie du territoire : - La distance à couvrir est importante (longueur des vallées ; habitat dispersé ; temps de déplacements longs) - Faiblesse de la densité du personnel soignant en fond de vallée
Indicateurs	- Taux de recours à l'HAD = nombre de journées HAD/ nombre d'habitants - Taux de prise en charge en HAD de patients en provenance du domicile - Taux de ré hospitalisation = nombre de ré hospitalisation non programmées / nombre de ré hospitalisation - Nombre de journées HAD réalisées en EHPAD/nombre de journées HAD - Nombre de journées HAD réalisées pour des patients en chimiothérapie / nombre de journées en HAD - Nombre de journées HAD réalisées pour des patients en soins palliatifs / nombre de journées en HAD - Part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer

	(poursuite de traitements de chimiothérapie) - Nombre de décès au domicile de patients pris en charge en soins palliatifs / nombre de décès de patients pris en charge en soins palliatifs - Taux de patients refusés - Ratio temps transport/temps clinique
Calendrier	2017-2021

Soins palliatifs & douleurs

Intitulé

Développer l'offre de soins palliatifs du territoire dans le cadre d'un maillage géographique pertinent

Etat des lieux

L'ensemble des points et réflexions abordés ci-dessous s'appuient sur la **circulaire *DHOS du 25 mars 2008 relative à l'organisation à l'organisation des soins palliatifs*** *(cf. annexe n°1)* qui fait référence en la matière.

***

La prise en charge dans les EPS du GHT est actuellement structurée comme suit :

	CH AM	CH SPA	CH Belley	CH BSM	CHMS *Chy*	CHMS *Aix*	CH SJM	CH Modane
Nombre de lits identifiés soins palliatifs (LISP)	3	0	0	0	4	8	4	0
UDSP (nombre de lits)					10+1			
Equipe mobile de soins palliatifs	oui	non	non	non	oui	non	Oui (1 seule équipe)	Cf. SJM
Equipe mobile EHPAD		non		non	oui	oui		Cf. SJM
Liens EMSP/HAD	oui	non	non	non	oui		oui	Cf. SJM

Par ailleurs, parmi les partenaires du territoire, non membres du GHT, sont identifiés :

- 10 LISP au SSR de Tresserve ;
- 10 LISP à Médipôle.

Etat des lieux/capacités :

➢ **CENTRE HOSPITALIER METROPOLE SAVOIE**

- Site d'Aix-les-Bains
  - Médecine 2 : 4 LISP (lits soins palliatifs)
  - SSR polyvalent : 4 LISP
- Site de Chambéry
  - une unité de 10 lits dédiés aux soins palliatifs complexes à laquelle sont rattachées : une équipe mobile intra hospitalière douleur et soins palliatifs ainsi qu'une équipe mobile EHPAD ;
    + astreinte téléphonique médicale pour des patients identifiés soins palliatifs 7/7.
  - 4 LISP en pneumologie ;
  - un service HAD couvrant le bassin chambérien, l'avant-pays savoyard, la combe de Savoie et une partie du bassin aixois.

=> Projet de création de lits (+8 lits) : identifiés soins palliatifs en gastro-entérologie, oncologie médicale et en hématologie clinique / réflexion à mener en lien avec le diagnostic et les orientations prises par l'ARS en la matière.

L'unité douleurs soins palliatifs (UDSP), l'équipe mobile douleur soins palliatifs (EMSP) et l'équipe mobile douleur soins palliatifs EHPAD font partie de la fédération douleur soins palliatifs. L'objectif de ces structures est d'accompagner les patients et leurs familles face à la maladie grave et évolutive ainsi que de développer la démarche palliative au CHMS. L'UDSP poursuit également une mission de formation et de recherche sur l'ensemble du territoire.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Fédération JALMALV		Personnel bénévole	

Convention de partenariat	EHPAD / équipe mobile SP CHMS	Convention avec 26 EHPAD extra hospitalières + EHPAD hospitalières		

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH/PHC affectés à l'UDSP/EMDSP/EMSDP EHPAD (hors temps medical LISP)	4,2 ETP (5 PH)	Besoins nouveaux identifiés pour les UDSP/EMDSP sur : - des activités de formation, recherche ; - d'augmentation des consultations douleur du cancer.		
Poste(s) vacant(s)				

➢ **CH BELLEY**

Le CH de Belley ne dispose actuellement d'aucune équipe mobile, ni de lits identifiés soins palliatifs.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)		Passage à 1 ETP posssible selon projet médical		
Poste(s) vacant(s)				

➢ **CHAM**

➢ <u>Site de Moûtiers :</u>

- 2 lits identifiés soins palliatifs au niveau du service de court séjour gériatrique.

➢ <u>Site d'Albertville :</u>

- 1 lit identifié soins palliatifs au niveau du service de médecine polyvalente.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) accompagne les patients, leurs familles face à la maladie ainsi que les équipes de l'établissement dans le développement de la démarche palliative.
Les pathologies principalement : cancer, AVC, pneumopathies, insuffisance cardiaque, SLA

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Fédération JALMAV		Personnel bénévole	Oui

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s)	0,4	0.6 possiblement		

Assistant(s) Interne(s)		selon projet médical CHAM et Projet médical de territoire		
Poste(s) vacant(s)				

➢ **CH DUBETTIER (SAINT PIERRE D'ALBIGNY)**

Le CH Dubettier ne dispose actuellement d'aucune équipe mobile, ni de lits identifiés soins palliatifs.
A terme, avec 6 lits identifiés de soins palliatifs, le besoin d'une permanence médicale conduira à augmenter le temps de présence médicale de 0.6 à 0.8 ETP. Cette évolution vise également à combler la quasi disparition des interventions des médecins libéraux au sein du SSR.

Type	**Établissement**	**Détail**	**Nb effectif ETP**	**multi-site**
Convention de partenariat				

Personnel	**Etat des lieux de l'existant**	**Projection besoin à 1 an**	**Projection besoin à 5 ans**	**Projection besoin à 10 ans**
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)		+0.2ETP		
Poste(s) vacant(s)				

➢ **CHSJM**

Le CH dispose de :
- 4 lits identifiés soins palliatifs ;
- 1 équipe mobile de soins palliatifs qui intervient également en USLD, EHPAD (conventions avec les EHPAD hospitalières et de la vallée) et à domicile (par l'intermédiaire de l'HAD).

Type	**Établissement**	**Détail**	**Nb effectif ETP**	**multi-site**
Convention de partenariat	CH de Modane EHPAD Aiguebelle EHPAD La Chambre EHPAD Saint Michel de Maurienne	Intervention à la demande de l'équipe soignante après avis du médecin coordonnateur Interventions en complémentarité de l'HAD		

Personnel	**Etat des lieux de l'existant**	**Projection besoin à 1 an**	**Projection besoin à 5 ans**	**Projection besoin à 10 ans**
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1.10 ETP			
Poste(s) vacant(s)		0	0	

	➢ **CH BOURG SAINT MAURICE** Le CH de Bourg Saint Maurice conduit une démarche de formation de son personnel soignant et médical aux soins palliatifs dans l'objectif d'identifier, à termes, des LISP.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				
Poste(s) vacant(s)				

***

Les EPS soulignent l'inadéquation des moyens avec les besoins évalués, notamment concernant les SSR.

	CH AM	CH SPA	CH Belley	CH BSM	CHMS *Chambéry*	CHMS Aix	CH SJM	CH Modane
Délais d'attente (jours)								

Objectifs

Axe 1

- **Compléter l'offre de soins sur le territoire pour assurer une prise en charge de proximité et un maillage géographique pertinent**
  - **Conforter l'offre de soins palliatifs sur le territoire conformément aux orientations régionales**
  - **Compléter et renforcer le maillage territorial assuré par les équipes mobiles de soins palliatifs**

Axe 2

- **Favoriser le retour et/ou le maintien à domicile en développant des interfaces et des modes de coopération entre EMPS et HAD.**

Axe 3

- **Développer l'information et favoriser la communication entre les services de soins palliatifs de territoire.**

Axe 4

- **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée.**

Déclinaison des objectifs

Axe 1 : Compléter l'offre de soins sur le territoire pour assurer une prise en charge de proximité et un maillage géographique pertinent

La filière de soins palliatifs sur le territoire Savoie-Belley s'organise actuellement comme suit :

- PEC des patients relevant d'une prise en charge palliative dans les LISP (17 LISP répartis comme suit : 1 au CHAM, 2 au CSG de Moutiers, 12 au CHMS et 4 à St Jean de Maurienne) ;
- PEC dans les services de médecine, SSR et EHPAD avec intervention et

accompagnement des EMSP (CHAM, CHMS et SJM) ;
- PEC des situations complexes dans l'UDSP du CHMS, structure recours du territoire.

Les actions retenues au titre de la filière de territoire s'articulent autour deux axes prioritaires et complémentaires favorisant

- au niveau de chaque établissement de proximité, la reconnaissance de lits identifiés soins palliatifs dans les services d'hospitalisation conventionnelle de médecine et de SSR ;
- au niveau du territoire, une organisation des équipes mobiles pertinente pour assurer un maillage géographique le plus complet possible.

=> Conforter l'offre de soins palliatifs sur le territoire conformément aux orientations régionales

Afin de conforter cette offre, le projet de territoire retient :

- sur la base de l'état des lieux régional en cours et en fonction des orientations stratégiques données par l'ARS, de **favoriser l'identification et la labellisation de lits en soins palliatifs dans les services d'hospitalisation conventionnelle de médecine/SSR** des établissements du GHT afin d'assurer une prise en charge de qualité et de proximité sur l'ensemble du territoire.
  La réflexion pourra s'appuyer sur les besoins identifiés et projets suivants :
  - CH SJM :
    - projet de reconnaissance LISP
    - projet de développer des consultations/HDJ spécialisées de SP
  - CH Modane : projet reconnaissance de LISP en SSR
  - CH Belley : projet reconnaissance de LISP en médecine et SSR
  - CH St Pierre d'Albigny :
    - projet de reconnaissance de 6 LISP en SSR
    A l'étude, renforcement de l'offre de soins palliatifs du CHAM dans le cadre d'une réflexion globale sur l'offre de soins palliatifs au sein de l'établissement (SSR/Médecine)
  - CH BSM : projet reconnaissance de LISP
  - CHMS :
    site Chambéry : projet de reconnaissance LISP en onco/gastro/SSR ;
    site d'Aix les Bains : projet de reconnaissance LISP en gastro.
- de renforcer et optimiser les moyens des LISP des services de médecine et de développer ceux dédiés aux LISP en SSR, en lien avec le diagnostic régional et en fonction des orientations ARS prises ;
- de conforter l'UDSP du CHMS comme structure de recours sur les prises en charge complexes.

=> Compléter et renforcer le maillage territorial assuré par les équipes mobiles de soins palliatifs
Cf. annexe n°2 : rapport type d'activité EMSP (diffusion ARS fin fév. 2017).

Il s'agit :

- dans un premier temps, **de renforcer et optimiser les EMSP en place** : l'objectif serait, à termes, de pouvoir bénéficier d'une EMSP par bassin de santé (vallée de la Tarentaise /vallée de la Maurienne/bassin chambérien/secteur de Belley).
  A ce titre, l'accent sera porté sur les projets de création ou de renforcement d'équipes

en place :

- projet de création d'une équipe mobile de soins palliatifs au CH de Belley avec une intervention dans les EHPAD du Bugey ;
- A l'étude, renforcement de l'offre de soins palliatifs du CHAM dans le cadre d'une réflexion globale sur l'offre de soins palliatifs au sein de l'établissement.

Pour mémoire, un rapport type d'activité des EMSP a été diffusé fin février 2017 par l'ARS et fait référence en matière de constitution/renfort/suivi d'EMSP (annexe n°2).

- dans un second temps, **de réfléchir aux liens et synergies à développer entre les équipes mobiles référentes,** tout en maintenant, pour des raisons liées à la géographie du territoire, une organisation par bassins. A ce titre, il pourra être étudié la possibilité de rapprocher pratiques et organisations.

L'action des équipes mobiles de soins palliatives pourra être complétée par **la mise en place d'une astreinte médicale téléphonique**, organisée en bassins et graduée jusqu'à l'astreinte du CHMS positionnée **en recours**. Une réflexion en ce sens sera conduite entre les professionnels concernés des différents établissements de santé du territoire et en lien avec la mise en place d'un SIH convergent (cf. axe 4).

En parallèle de cette démarche, l'accent sera porté par les membres du groupement sur :

- la sensibilisation sur le rôle prépondérant des équipes mobiles dans la diffusion de la culture palliative et la coordination des niveaux de prise en charge ;
- la formalisation de :
  - l'intervention des EMSP sur leurs bassins de santé ;
  - l'intervention des EMSP en EHPAD (conventionnement) ;
  - la coordination avec les services douleurs/soins de support.

Axe 2 : Favoriser le retour et/ou le maintien à domicile en développant des interfaces et des modes de coopération entre EMSP et HAD

Le projet de territoire retient la poursuite et le développement des coopérations existantes entre les EMSP et services d'HAD/SSIAD afin d'assurer une couverture territoriale complète.

A ce titre, il s'agit de :

- partager et formaliser les réseaux de prise en charge entre établissements de santé (cf. axe 3 : diffusion large du guide régional de soins palliatifs en cours d'élaboration) ;
- maintenir et développer les réunions régulières entre HAD/EMSP/UDSP (effectif depuis 2003 au CHMS site de Chambéry).

Axe 3 : Développer l'information et favoriser la communication entre les services de soins palliatifs de territoire

Afin de développer la communication et l'information entre établissements et auprès de l'ensemble des partenaires de santé, il s'agit :

- de conforter et valoriser **les avis inter-établissements/EPS-EHPAD** (diffusion des numéros directs des praticiens, télémédecine etc.) en prévoyant leur formalisation systématique (rapport d'activité etc.) ;
- de favoriser les **échanges inter-établissements** en soutenant et développant l'organisation régulière de stage/échange de personnels entre les personnels des établissements de proximité et l'UDSP ;

  Cf. - réunions médicales pluriannuelles prévues en 2017 ;
  - échanges personnel soignant St Pierre d'Albigny/UDSP prévus en 2017.

	• de développer **les formations communes médicales et paramédicales** (fortes demandes de la part des EHPAD et SSIAD) sur la PEC en soins palliatifs ; • d'harmoniser les protocoles et recommandations de bonnes pratiques entre les établissements ; • valoriser et diffuser largement auprès de l'ensemble des professionnels de ville et hospitaliers concernés le guide régional de soins palliatifs en cours d'élaboration. • développer des supports de communication sur le territoire permettant de bien identifier, notamment pour les correspondants de ville, l'organisation de l'offre de soins hospitalière et le parcours du patient. **Axe 4 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : • l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site vers tous les sites (pour information, informatisation du dossier démarche palliative est en cours au CHMS) ; • la communication complète des PACS ; • l'intégration automatique des documents extérieurs (qu'ils soient radiologiques ou biologiques, Anapath …).
Forces du GHT	La filière de soins est déjà structurée autour des LISP, EMSP et UDSP.
Faiblesses du GHT	- La géographie du territoire - Le financement et les difficultés liés au codage de l'activité
Indicateurs	- % EHPAD du département ayant signé une convention avec une EMSP - Nombre de prescriptions de soins palliatifs en HAD - Nbre de réunions médicales inter-établissements - Nbre de stages inter-établissements
Calendrier	2017-2021

GHT Savoie-Belley
Projet médical partagé

FICHES PROJETS
- Filière psychiatrie/handicap -

Psychiatrie/Handicap

Intitulé

Améliorer la prise en charge et la coordination des soins en psychiatrie dans le cadre des interfaces entre le CHS de la Savoie et les autres centres hospitaliers du territoire.
Le CHS de la Savoie développe au-delà l'organisation de prise en charge des patients en psychiatrie.

Etat des lieux

CHS de la Savoie est organisé en **3 pôles** :

- un **pôle clinique** de psychiatrie adulte, sectorisé, disposant de 267 lits, structures ambulatoires et dispositifs transversaux (équipes mobiles précarité, géronto-psychiatrie, autisme adulte, logement ; fédération des médiations thérapeutiques, dispositif prisons, accueil familial thérapeutique…).

- un **pôle clinique** de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sectorisé, disposant d'un département adolescent (8 lits), d'une unité de psychopathologie périnatale (UPPN), du dispositif autisme, et auquel est également rattaché la maison des adolescents de Savoie (dispositif pluri partenarial porté par le CHS).

- un **pôle médicotechnique,** intervenant au bénéfice des patients hospitalisés (soins somatiques et spécialités médicales, pharmacie, hygiène).

Population (source INSEE population légale au 1er Janvier 2013)

Aix les Bains	104024
Chambéry Nord	84498
Chambéry Sud	84550
Maurienne	45650
Tarentaise	116631
Total général	435353

Distances de Bassens à
Pont de Beauvoisin : 36 Km
Aix les Bains : 19 Km
Saint Genix Sur Guiers : 33Km
Bourg Saint Maurice : 103 Km
Moutiers : 77 Km
Albertville : 53 Km
Modane : 103 Km
St Jean de Maurienne : 74 Km

File active

2015	Pôle adulte	Pôle enfant	Total
File active totale	9587	4743	14223
dont % en hospitalisation complète	13.46	1.33	9.5
Dont % en hôpital de jour	2.43	1.62	2.18
Dont % en ambulatoire (CATTP et CMP)	96.83	99.83	97.82
Structures ambulatoires (sites)	17	19	36

Mesures de soins sans consentement

2015	Nouvelles mesures	Nombre de patients
SPDT (soins psy sur demande de tiers)	75	72
SPDTU (soins psy sur demande de tiers en urgence)	189	174
SPPI (soins psy en péril imminent)	236	217
SPDRE (soins psy sur décision du représentant de l'Etat)	22	21
D.398 (patients détenus)	23	21
TOTAL	**547**	**477**

Le CHS de la Savoie a conclu des conventions avec les centres hospitaliers de Savoie précisant les modalités de partenariat et notamment, les missions et conditions d'intervention des équipes de psychiatrie de liaison (intervenant auprès de patients adultes au sein des services M.C.O.).
Des rencontres bilatérales régulières sont organisées afin d'évaluer ces partenariats.
Les centres hospitaliers peuvent également prendre attache avec les Centres Médico-Psychologiques (CMP) et solliciter les équipes mobiles.

Etat des lieux par bassin :

- Bassin de la Maurienne :
  - Equipe de liaison en place au CH Saint Jean de Maurienne (psychiatre, infirmier côté adulte et infirmier / psycho en maternité) et à l'hôpital de Modane (infirmiers et psychiatre).
  - Protocoles de prise en charge pour les urgences psychiatriques
  - Engagement des 2 CH dans le conseil local de santé mentale porté par la ville de Saint Jean de Maurienne

- Bassin d'Aix les Bains :
  - Equipe de liaison en place au CHMS site Aix (psychiatre et psychologue)
  - Implication des 2 établissements dans le conseil local de santé mentale

- Bassin de la Tarentaise :
  - Psychiatrie de liaison en place au CHAM (psychiatre, infirmiers et psychologue et professionnels de pédopsychiatrie en pédiatrie site

	Albertville) et CH de Bourg Saint Maurice (psychiatre et infirmier). · Projet partagé d'équipe mobile gériatrique à compétence psychiatrique. · Implication du CHAM et du CHS dans le conseil local de santé mentale porté par la ville d'Albertville • <u>Bassin de Chambéry</u> : Partenariats multiples : · avis psychiatrique aux urgences dès l'admission des patients (psychiatre, psychologue, infirmiers), *depuis plus de 20 ans* · psychiatrie de liaison (psychiatre, infirmiers, psychologue) · unité post urgences : 10 lits pour patients "anxio-dépressifs" (0,5 ETP psychiatre et 0,5 ETP IDE mis à disposition) · intervention de pédopsychiatres en pédiatrie (HJ – mise à disposition) · Unité de Psychopathologie Périnatale (UPPN) · Prise en charge des détenus (maison d'arrêt de Chambéry et centre pénitentiaire d'Aiton) · Partenariat EMGP – EMGEH · Implication dans le conseil local de santé mentale de Chambéry · En lien avec le Centre 15, portage de la CUMP de Savoie. Le <u>bassin de Belley</u> n'est pas du ressort du CHS de la Savoie. Un travail devra être conduit avec le Centre Psychothérapique de l'Ain concernant ce territoire.
Objectifs	**Axe 1** ↳ **Améliorer la prise en charge et l'orientation des personnes hospitalisées en établissement de santé ayant des troubles psychiatriques associés.** **Axe 2** ↳ **Améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées au CHS ayant des troubles somatiques associés.** **Axe 3** ↳ **Renforcer les liens entre psychiatrie et MCO-SSR-médecine de ville.** **Axe 4** ↳ **Renforcer les liens entre la psychiatrie et le secteur médico-social.**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Améliorer la prise en charge et l'orientation des personnes hospitalisées en établissement de santé ayant des troubles psychiatriques associés**. - Evaluer et actualiser la formalisation relative à la présence des équipes médicales et soignantes de secteur au sein des hôpitaux.

	- Maintenir l'accès des personnes hospitalisées à un avis spécialisé en psychiatrie en vue de proposer une prise en charge appropriée. - Favoriser la mise à disposition des locaux nécessaires aux équipes psychiatriques au sein des établissements en vue d'améliorer les prises en charge des patients accueillis. - Améliorer les conditions de transfert de patients entre un hôpital général et le CHS, notamment dans le cadre de mesures de soins psychiatriques sans consentement (partage d'outils, actions de sensibilisation…). - Conforter les équipes mobiles de territoire pour assurer les prises en charge spécifiques (psychiatrie précarité, géronto-psychiatrie…) - Renforcer l'unité de psychopathologie péri natale (UPPN) installée au CH Métropole Savoie (site de Chambéry) en vue de répondre aux besoins du territoire : création de 4 places d'hôpital de jour. **Axe 2 : Améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées au CHS ayant des troubles somatiques associés.** Cet axe concerne de manière prioritaire les liens entre le CHS de la Savoie et le CH Métropole Savoie au regard de la proximité géographique des deux établissements. - Faciliter l'intervention de spécialistes au sein du CHS de la Savoie, au bénéfice des patients hospitalisés - Faciliter l'organisation de consultations spécialisées au CHMS pour les patients hospitalisés au CHS. - Construire un partenariat en matière d'imagerie médicale (le CHS dispose d'un PACS permettant une télé-interprétation des clichés réalisés sur site). - Poursuivre et améliorer le partenariat en matière de biologie médicale (cf. fiche projet « Biologie médicale » (à venir)). **Axe 3 : Renforcer les liens entre psychiatrie et MCO-SSR-médecine de ville.** - Permettre des échanges et une réflexion sur les pratiques des équipes médicales et soignantes des établissements. Ainsi, une réflexion croisée est proposée sur le repérage du risque suicidaire, dès les urgences, et en lien avec les équipes de psychiatrie de liaison (cf. fiche projet). - Organiser la diffusion et l'appropriation par les établissements, voire

	par les médecins libéraux, des protocoles de prise en charge pour les urgences psychiatriques et le transfert des patients réclamant une hospitalisation au CHS de la Savoie, avec la réalisation d'un bilan somatique complet préalable à l'admission. Préciser le contenu et la forme du bilan somatique à réaliser avant tout transfert d'un patient d'un CH/EHPAD … vers le CHS. - Harmoniser les pratiques sur le territoire, concernant tant l'accompagnement des hôpitaux généraux par la psychiatrie que l'orientation des patients des hôpitaux vers la psychiatrie, dans le respect de la réglementation. Développer une charte de bonnes pratiques en ce sens (harmoniser les pratiques du quotidien, au-delà des conventions de partenariat), qui sera diffusée via des actions de formation et de sensibilisation. **Axe 4 : Renforcer les liens entre la psychiatrie et le secteur médico-social**. - Faire vivre les guides de bonnes pratiques entre les EMS (du handicap enfant et adultes, et les EHPA) et le CHS : prévention, suivi, formation, partage de pratiques, aval… - Elargir l'intervention de l'EMGP sur tout le département de la Savoie (les 2 filières gériatriques de Chambéry et de la Tarentaise). - Poursuivre les partenariats et les structurer, autour de l'accompagnement de personnes relevant de handicap psychique (lien avec le REHPSY et autres partenaires de Savoie) et/ou d'autisme (rôle de l'EMAAS).
Forces du GHT	- Interlocuteurs identifiés et reconnus (équipes de psychiatrie de liaison en place sur tous les sites). - Offre de soins de proximité (CMP, CATTP, HJ) avec un maillage du territoire. - Présence d'équipes mobiles travaillant en lien avec les autres équipes hospitalières (filières personnes âgées, précarité…). - Procédures existantes et diffusées. - Projets de créations d'un hôpital de jour de psychiatrie à St Jean de Maurienne et à Albertville. - Présence de conseils locaux de santé mentale sur les 4 principales agglomérations de Savoie.
Faiblesses du GHT	- La fluidité des parcours doit être améliorée (question par exemple des structures d'aval pour les personnes relevant d'un handicap psychique avec des troubles du comportement associés). - Le financement par dotation globale n'assure plus la reconduction des moyens, ce qui a un impact en matière de maillage territorial, de capacité

	d'hospitalisation complète adulte et sur la faiblesse de l'hospitalisation complète de pédopsychiatrie. - Inadaptation de certains locaux du CHS (hospitalisation complète et structures ambulatoires). - Spécificité de la psychiatrie en matière de confidentialité des données personnelles. - Les missions du CHS de la Savoie n'appliquent que sur le territoire de la Savoie. Le centre hospitalier de Belley relève du CPA (Bourg-en-Bresse, Ain).
Risques	- Transfert de patient sans information suffisante (examen clinique, ordonnance…) - Risque de passage à l'acte suicidaire et intérêt d'un regard croisé sur les situations. - Soins sans consentement : risque de levée de mesures de soins par le Juge des Libertés et de la Détention en cas de certificat médical initial « elliptique ». - Désaccord entre médecins en cas d'évaluation divergente de l'orientation requise pour une personne (contestation du transfert en psychiatrie ou en hôpital général)
Indicateurs	- File active des patients pris en charge par les équipes de psychiatrie de liaison au sein de chaque CH. - Conventions de partenariat (laboratoire…). - Formalisation et suivi des guides de bonnes pratiques.
Calendrier	2017-2021

GHT Savoie-Belley
Projet médical partagé

FICHES PROJETS
- Filière gérontologique -

Gérontologie	
Intitulé	**Poursuivre l'amélioration de la prise en charge graduée des personnes âgées**
Etat des lieux	L'évolution démographique, le vieillissement de la population et les évolutions des pratiques professionnelles concernant la prise en charge des personnes âgées conduisent les membres du GHT Savoie Belley à engager une réflexion sur la gestion des interfaces et la coopération entre les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et associatifs du territoire afin de permettre, conformément aux orientations du SROMS 2012-2017, à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique. **Etat des lieux de la prise en charge de la personne âgée sur le territoire :** *Cf. Annexe n°1 : liste des acronymes.* **1. l'offre de soins hospitalière est actuellement structurée comme suit** :

	CH AM	CH SPD	CH Belley	CH BSM	CHMS *Chy*	CHMS Aix	CH SJM	CH Modane	CHS
Nombre de lits – hospit. complète									
- *CSG*	14	0			24	15	10		
- *USLD*	60	0			53 (dt 21 UHR)	30	30		
- *UHR*				16					
- *SSR G*	40	0					0	26	
- *SSR polyvalent*		36				45			
Hospitalisation de jour - MCO - SSR		0	8						
Accueil de jour		8				8	10		
Hébergement temporaire	4	1					2		
Equipes mobiles :									
- *UMG*	x				x		oui		
- *EMSP*	x				x		oui		
- *EMSP EHPAD*	non				x				
- *EMGEH*					x		non		
- *EMGP*							non		x
- *ESPPRI*	x	x			x		oui		
Centre médico-psychologique	? à voir		CPA				non		CMP
Centre évaluation gériatrique	Consultation mémoire				oui		non		
Nombre de lits EHPAD	170	63		70	347	273	116	114	

➢ Centre hospitalier Métropole Savoie

- Site d'Aix-les-Bains
- Site de Chambéry

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Convention avec le CHS Conventions plan Bleu avec les EHPAD du territoire de Chambéry et d'Aix-les-Bains		261 ETP site Chambéry 221 ETP site Aix	3 sites à Chambéry 4 sites à Aix-les-Bains
Convention de partenariat				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH, PHC	PH, PHC2.30 ETP médicaux site Aix 3.35 ETP médicaux Chambéry dont 0.6 de		0.6 site Aix	

	médecin coordonnateur site de Chambéry			
Poste(s) vacant(s)				

➢ CH Belley

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				
Poste(s) vacant(s)				

➢ CHAM

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Conventions plan bleu (2005) avec EHPAD Saint SEBASTIEN, CIAS FLOREAL, EHPAD BEAUFORT, EHPAD St Pierre d'Albigny			

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1 ETP médecin coordonnateur 0.6 ETP gériatre les Cordeliers 0.5 ETP gériatre MSCL (Albertville)	0.8 ETP gériatre (incluant 0.3 ETP poste vacant)		
Poste(s) vacant(s)	0.3 ETP Gériatre (USLD Moûtiers)			

➢ CH St Pierre d'Albigny

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Convention de direction commune avec le CHAM, conventions de recours avec			

	CHMS et CHAM			
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	Etablissement : SSR + EHPAD + AJ 0.6 ETP PH pharmacien hospitalier 1.5 ETP gériatre Vacation médecin réanimateur	+0.2 à 0.3 ETP gériatre selon évolution activité soins palliatifs		
Poste(s) vacant(s)				

➢ **CHSJM**

Type	**Établissement**	**Détail**	**Nb effectif ETP**	**multi-site**
Convention de partenariat	CHS de la Savoie Filière gérontologique CH de Modane EHPAD de la vallée			
Personnel	**Etat des lieux de l'existant**	**Projection besoin à 1 an**	**Projection besoin à 5 ans**	**Projection besoin à 10 ans**
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	1	0.5	0.5	
Poste(s) vacant(s)	0.5			

➢ **CH Modane**

Type	**Établissement**	**Détail**	**Nb effectif ETP**	**multi-site**
Convention de partenariat	CH de Saint Jean de Maurienne Filière gérontologique CHS de la Savoie			
Personnel	**Etat des lieux de l'existant**	**Projection besoin à 1 an**	**Projection besoin à 5 ans**	**Projection besoin à 10 ans**
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.80	0	0	
Poste(s) vacant(s)	0	0	0	

➢ **CH Bourg Saint Maurice**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				
Personnel	**Etat des lieux de l'existant**	**Projection besoin à 1 an**	**Projection besoin à 5 ans**	**Projection besoin à 10 ans**
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				
Poste(s) vacant(s)				

2. l'offre de soins médico-sociale sur le département de la Savoie est structurée comme suit :

Bassin	Nom	Type	Capacité							
			Logement foyer	AJ	Unité Alzheimer	EHPAD			USLD	PASA
						temporaire	permanent	UPAV		
CHAMBERY & COURONNE	SAJ La Calamine	accueil journée		10	7					
	Bassens	accueil journée			11					
	Parenthèses	accueil journée			6					
	Corolle	EHPAD privés commerciaux			10					
	Agélia	EHPAD privés commerciaux		2	11	10	70			
	Doyenné Fontaine St-Martin	EHPAD privés commerciaux		2	26	2	58			
	Saint Benoît	EHPAD privé lucratif			9		73			
	L'éclaircie	EHPAD privé lucratif			12	1	69			
	Clos Saint Joseph	EHPAD privé lucratif		2	13	4	75			
	Les Clématis	EHPAD public			24	3	58			
	Les Charmilles	EHPAD public			14	1	60			
	Les Blés d'or	EHPAD public			28	4	52			
	Résidence du parc	EHPAD public		1		1	43			
	La pastorale	EHPAD public					68			
	Les terrasses Reinach	EHPAD public			26	1	52			
	La Monférine	EHPAD public					43			
	CHMS - site Chambéry	EPS			70	1	276		53	

	Domicile partagé Le Laurier	petite unité de vie			7					
	Les Glycines	petite unité de vie		1	6					
	La calamine	résidence autonome	81							
	Ma joie	résidence autonome	60							
	Résidence François Boyer	résidence autonome	20							
	La Monférine	résidence autonome	42							
	Résidence du parc	résidence autonome	79							
	La Pastorale	résidence autonome	10							
SOUS TOTAL CHAMBERY & COURONNE			**292**	**18**	**280**	**28**	**997**	**0**	**53**	**0**
COMBE DE SAVOIE	St-Pierre d'Albigny	accueil journée			8					
	Foyer Notre Dame	EHPAD privé					72	18		
	Saint Antoine	EHPAD public			22	2	147			
	Les Curtines	EHPAD public				1	59			
	St-Pierre d'Albigny	EPS		8	14	1	52			
	Les Chamois	résidence autonome	45							
SOUS TOTAL COMBE DE SAVOIE			**45**	**8**	**44**	**4**	**330**	**18**	**0**	**0**
AIX LES BAINS	CHMS - site Aix Les Bains	accueil journée		8						
	Les Oliviers EHPAD Les jardins de Marlioz	accueil journée		6						
	Les Jardins de Marlioz	EHPAD privé associatif			14		66			
	Tiers temps	EHPAD privé commercial		2			54			
	Les Grillons	EHPAD public		2	23	3	59			
	Résidence Maurice Perrier	EHPAD public			12	2	38			
	CHMS - site aixois	EPS		8	43	1	229		30	
	Les Fondanettes	petite unité de vie		1		1	17			
	Au fil du temps	petite unité de vie		2		1	19			
	L'Orée du bois	résidence autonome	77							
SOUS TOTAL AIX LES BAINS			**77**	**29**	**92**	**8**	**482**	**0**	**30**	**0**
AVANT PAYS SAVOYARD	Résidence béatrice	résidence autonome	16							
	La Quiétude	résidence autonome	30							
	Les Terrasses	résidence autonome	40							
	EHPA de Yenne	résidence autonome	40							
	Les tournesols	accueil journée		6						
	Les Floralies	EHPAD public			15	1	58			

	Résidence Béatrice	EHPAD public					52			
	La Quiétude	EHPAD public				4	22			
	Albert Carron	EHPAD autonome		1	12	2	68			
	EHPAD Lac Aiguebelle	EHPAD autonome			13	2	61			
	Les Augustines	EHPAD privé associatif		1	12	1	65			
SOUS TOTAL AVANT PAYS SAVOYARD			**126**	**8**	**52**	**10**	**326**	**0**	**0**	**0**
TARENTAISE /VANOISE	Le passé composé	accueil journée			10					
	Lucien Avocat	EHPAD autonome		1	10	1	51			
	Marin Lamellet	EHPAD autonome				2	48			
	La Centaurée	EHPAD autonome				1	53			
	Notre Dame des vignes	EHPAD privé		1	24	2	54			
	Saint Sébastien	EHPAD privé commercial				2	68			
	Le Home du Vernay	EHPAD privé commercial			24					
	La Nivéole	EHPAD public		1	17		58			
	Le Bailly	EHPAD public					41			
	Résidence Floréal	EHPAD public					37			
	La Maison du soleil	EHPAD public		1	12	1	39			
	L'Arbé	EHPAD public			12	3	53	12		
	CHAM	EPS		1		3	87		30	
	CH Bourg Saint Maurice	EPS		1	8	1	61			
	CHAM - site Moutiers	EPS				1	79		30	
	Les quatre vallées	résidence autonome	42							
	Les gentianes	résidence autonome	55							
	Résidence Floréal	résidence autonome	17							
	La Roselière	résidence autonome	36							
	Notre Foyer	résidence autonome	60							
SOUS TOTAL VANOISE			**210**	**6**	**117**	**17**	**729**	**12**	**60**	**0**
MAURIENNE	Landry / Fourneaux	accueil journée		8						
	Les Belles saisons	EHPAD autonome					72			
	Bel'fontaine	EHPAD public			14	5	60			
	La Provalière	EHPAD public			23	2	48			
	EHPAD Les Marmottes CH Modane	EPS			28	7	41			12
	CH St Jean de Maurienne	EPS			26	2	88		30	
	Le Clos fleuri	petite unité de vie		1		1	21			
	Pré-soleil	résidence autonome	35							

	Bonne nouvelle	résidence autonome	46							
SOUS TOTAL MAURIENNE			**81**	**9**	**91**	**17**	**330**	**0**	**30**	**12**
TOTAL GENERAL SAVOIE			**831**	**78**	**676**	**84**	**3194**	**30**	**173**	**12**
BUGEY	Bon Repos	accueil journée		10						
	DOMUS Vi Résidence "Les Jardins Médicis"	EHPAD privé			16	10	44			
	Résidence Ameyzieu	EHPAD privé			11		45			
	CH "Dr Récamier"	EPS			25		160			
	Bon Repos	EHPAD privé associatif					60			
	Le Château de Grex	EHPAD privé associatif					84			
	Champagne en Valmorey	EHPAD public autonome			27		107			
	Plein Soleil	EHPAD public autonome					66			14
SOUS TOTAL BUGEY			**0**	**10**	**79**	**10**	**566**	**0**	**0**	**14**
TOTAL GENERAL SAVOIE-BUGEY			**831**	**88**	**755**	**94**	**3760**	**30**	**173**	**26**

3. la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et associatifs est assurée par deux filières :

Deux filières gérontologiques se sont constituées sur le département de la Savoie et associent l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge globale et à l'accompagnement de la personne âgée.
A ce titre, et à travers leurs représentations locales, elles mettent en lien :

- **Les acteurs sanitaires de proximité :**
  - les différents centres hospitaliers
  - les établissements de soins de suite et de réadaptation
  - le centre hospitalier spécialisé de la Savoie
  - les centres médico-psychologiques pour adultes (CMP) du CHS de la Savoie
  - le centre psychothérapique de l'Ain (CPA)
  - les centres médico-psychologiques du CPA l'équipe mobile de psycho-gérontologie à Belley
  - l'équipe mobile départementale personnes âgées psychiatriques du CPA
  - les médecins généralistes et spécialistes libéraux
  - les professionnels paramédicaux libéraux
  - les réseaux de santé
  - les structures d'hospitalisation à domicile
  - l'équipe mobile gériatrique extrahospitalière du CHMS site de Chambéry
  - l'équipe mobile de géronto-psychiatrie du CHS de la Savoie
- **Les acteurs sociaux et médico-sociaux de proximité :**
  - les EHPAD
  - les établissements d'accueil pour personnes handicapées, les FAM
  - les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
  - les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
  - les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)
  - les services sociaux départementaux et spécialisés

- les CLIC
- les CCAS et CIAS
- les Résidences autonomie
- les accueils de jour autonomes
- la plateforme d'accompagnement et de répit
- la plateforme d'appui aux professionnels de santé
- la MDPH
- les mandataires judiciaires associatifs et privés
- les caisses de retraite

- **Les associations d'usagers et associations intervenant auprès des personnes âgées :**
  - CDCA Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
  - Savoie-Alzheimer
  - autres

3.1. La filière gérontologique de Chambéry

Le périmètre de la filière gérontologique de Chambéry correspond à celui couvert par le dispositif MAIA, auquel s'ajoute le secteur de Belley, et couvre les cinq territoires d'intervention du Conseil départemental de la Savoie, en totalité ou en partie (cf. charte de la filière – en annexe n°2).

Compte tenu de l'étendue et de la topographie du territoire de la filière gérontologique de Chambéry, cette dernière est sous découpée en quatre filières de proximité dans l'objectif de développer certains travaux partenariaux et des projets locaux dans le cadre d'un échelon socio-géographique pertinent :

3.1.1. Filière de proximité de Maurienne,
3.1.2. Filière de proximité de Chambéry-Combe-Avant-pays,
3.1.3. Filière de proximité « Entre Bauges et lac »,
3.1.4. Filière de proximité de Belley Bugey sud.

En 2016, la filière s'est dotée d'une nouvelle charte et d'un plan d'actions détaillées pour les années 2016 – 2021.

3.2. La filière gérontologique de Tarentaise

La filière gérontologique de Tarentaise couvre les secteurs d'une partie de la Combe de Savoie (Freterive – Frontenex) et de l'intégralité de la Tarentaise.
Il n'est pas constitué de filière de proximité.
Pour la déclinaison opérationnelle de certaines actions, les acteurs se réunissent par bassin de proximité correspondant au découpage de chacun des 3 CLIC : Combe de Savoie, secteur Albertvillois, secteur Tarentaise-Vanoise.
Un projet de charte (cf. annexe n°3) est en cours de finalisation.
Le dispositif MAIA a, en outre, démarré sur la filière le 1er avril 2017.

3.3. Bilan des deux filières

=> *FILIERE CHAMBERIENNE*

- dispositif MAIA : grâce à un travail partenarial fructueux, des articulations ont été trouvées entre les différents dispositifs nouveaux du territoire, tel celui porté par la Maison des Réseaux de Santé de Savoie, le dispositif d'appui aux professionnels de santé dans le cadre du suivi des situations complexes ;
- actions de formation dans le cadre des appels à projets de l'ARS (formation à l'hygiène bucco-dentaire réalisée sur l'exercice 2015 etc.) ;

	- rédaction d'une nouvelle charte et plan d'actions de filière, finalisés en 2016. => *FILIERE TARENTAISE* - amélioration de la connaissance mutuelle des acteurs du Territoire et des partenariats. Des acteurs en nombre limité qui sont tous soumis aux exigences de couverture des besoins sur un territoire géographiquement étendu. Réunions régulière du Comité technique, des 3 CLIC, des groupes de travail thématique et de l'AG de filière. Actualisation de la charte d'organisation en filière et du règlement intérieur du comité technique. - poursuite ou mise en place de réunions régulières dans un cadre opérationnel : commission d'orientation en EHPAD, réunions de concertations pour préparation à la sortie d'hospitalisation des patients - actions de formations (hygiène bucco-dentaire, prévention des chutes)… - formalisation et diffusion de protocoles (admissions et sorties d'hospitalisation / prise en charge aux urgences / dépistage du sujet âgé fragile) - élaboration de projets communs (demandes de financements CNR..) - réflexion sur l'aide aux aidants **4. Difficultés identifiées pour la PEC des personnes âgées sur le territoire :** Malgré le maillage territorial et la coordination organisée des acteurs, les dispositifs financés au titre des filières (EMGEH, EMSP …) ont des périmètres d'action limités au regard de la dimension du territoire et de sa topographie. Dès lors, des zones blanches persistent. Il s'agit notamment : - pour la psychiatrie, du secteur d'Aix-les-Bains et sur le territoire savoyard globalement ; - de l'absence de SSIAD sur les secteurs du Beaufortain et du Val d'Arly (un appel d'offres a été à nouveau lancé par l'ARS pour le 25/4/2017) ; - *etc.* En outre, des difficultés demeurent, sur le territoire savoyard, dans le parcours de soins de la personne âgée entre hospitalisation (entrée/sortie) et prise en charge amont/aval, notamment entre structure d'hébergement et hôpital ainsi qu'avec le domicile. Les acteurs soulignent par ailleurs, le manque de lisibilité du calendrier dans la perspective de négociation des nouveaux CPOM sur le secteur médico-social / inquiétudes des acteurs compte tenu du calendrier transmis. Enfin, de l'avis général, l'aggravation de la lourdeur des pathologies et les difficultés de prise en charge, notamment au sein des structures d'hébergement des personnes âgées, constituent des difficultés réelles auxquels les acteurs concernés font face au quotidien et n'ont pas toujours les outils adaptés pour y répondre. De même, à domicile, des personnes âgées sont isolées, vulnérables et la prise en charge médico-sociale ne peut pas couvrir toute l'amplitude horaire d'une journée. Des situations deviennent alors très complexes, dans l'attente d'une place en EHPAD.
Objectifs	**Axe 1** ↳ **Travailler à la prévention des ruptures dans le parcours de soins des personnes âgées** **Axe 2** ↳ **Améliorer la prise en charge de la personne âgée en amont et en aval d'une hospitalisation et participer à l'objectif de maintien à domicile**

	Axe 3 ↳ **Améliorer la connaissance, la communication et la coordination des acteurs** **Axe 4** ↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Travailler à la prévention des ruptures dans le parcours de soins des personnes âgées** Il s'agit de : ⇨ mieux **identifier les ruptures de parcours et les besoins des personnes** en matière d'orientation o en organisant l'action coordonnée des acteurs sur le territoire pour améliorer la prise en charge personnalisée de la personne âgée. Dans ce cadre, il est décidé de : ▪ maintenir et accentuer, pour chacune des filières, - les rencontres en vue de concertations pluri professionnelles, - les réunions d'orientation. ▪ mettre en œuvre des rencontres biannuelles entre les filières (avec pour objectifs d'échanger sur les protocoles, formations, expériences etc.) o en développant et rapprochant les outils de gestion des entrées en EHPAD (*Cf. expérimentation de Maurienne => le retour d'expérience pousse à rester prudent car il repose sur l'implication des médecins traitant/ coordonnateur et de leur positionnement comme acteur principal du dispositif (difficultés identifiées : non remplissage par le médecin traitant du dossier médical sur Trajectoire))* : ▪ optimiser la gestion des inscriptions sur liste d'attente des admissions de personnes âgées en EHPAD : - dans l'attente de la mise en place de Trajectoire EHPAD et compte tenu des difficultés identifiées lors des expérimentations, il est privilégié le développement de réunions régulières entre les acteurs (effectif Tarentaise / Maurienne) et notamment, les acteurs départementaux ; ▪ favoriser la mise en place et le développement du logiciel « trajectoire EHPAD » pour : - coordonner l'information sur les demandes d'entrées et faciliter le parcours domicile/EHPAD ou hôpital/EHPAD ; - faciliter la prise en charge en hospitalisation des résidents dans les structures d'hébergement pour personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes dans le centre hospitalier de proximité. ▪ dans l'attente de la mise en place de « Trajectoire EHPAD », mettre

en œuvre un outil harmonisé de gestion administrative et médicale des dossiers de demande d'hébergement, entre les acteurs des différents bassins de santé du territoire.

⇨ <u>développer des **outils de prévention pour limiter le recours aux urgences** des personnes âgées :</u>

- en coordonnant les astreintes téléphoniques :
  - partage d'informations et coordination entre les astreintes téléphoniques gériatriques du territoire (une astreinte par filière aujourd'hui) ;
  - harmonisation et développement des pratiques.

- en développant la télémédecine en vue de faciliter l'interprétation à distance d'examens médicaux, ophtalmologie, dermatologie (*efficacité de la télémédecine à vérifier sur la dermato*). Le périmètre de prise en charge médicale devra toutefois être circonscrit en amont. *Cf. expérimentations en cours sur le bassin de la Tarentaise EHPAD (rétinopathie diabétique) ;*

- en fluidifiant l'échange d'informations entre professionnels pour organiser les conditions favorables à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation :
  - pour le parcours domicile => hôpital : harmoniser sur le territoire des fiches de liaison mentionnant le médecin traitant à solliciter, l'existence d'un projet de soins, de directives anticipées etc. (*cf. travail en cours filière Tarentaise*) ;
  - pour le parcours EHPAD => hôpital : généraliser l'appel direct du personnel soignant de l'EHPAD vers le service des urgences (en parallèle de l'alerte donnée au centre 15) pour
    - informer de l'arrivée de la personne âgée,
    - donner les coordonnées en cas de nécessité de rappel pour compléments d'information (avec possibilité de faxer la dernière prescription).

- en favorisant les admissions directes dans les services de court séjour gériatrique et de SSR. Dans ce cadre, il est décidé de :
  - renforcer les moyens des services en place :

    => FILIERE CHAMBERY
    - projet d'étendre le CSG CHMS (site d'Aix les Bains) de 15 à 18 lits (printemps 2017);
    - projet de transformer le SSR polyvalent CHMS (site d'Aix les Bains) en SSR personnes âgées poly-pathologiques (2018) ;
    - projet développement 12 lits CSG CH Belley ;
    - astreinte IDE EHPAD CH SJM pour fluidifier le parcours
    - *etc. ?*

    => FILIERE TARENTAISE
    - projet du CHAM (site de Moutiers) d'étendre le CSG à 20 lits (en substitution capacité service de médecine) (printemps 2017) ;
    - projet du CHAM (site Moutiers) développement

hospitalisation de jour personnes âgées ;
- projet développement CHAM (site Moutiers) SSR polyvalent ;
- projet de lits de CSG et relance consultation mémoire au CH de BSM (capacité à définir) ;

▪ renforcer les entrées directes/hospitalisations programmées en CSG/SSR ;

Cf. expérience Belley : numéro d'accès direct au cadre du CH pour les extra hospitalier pour demande d'hospitalisation urgente/retour positif

Cf. expérience CHMS : astreinte médicale

▪ mettre à disposition en temps réel les disponibilités en lits de court séjour et de SSR.

o en accompagnant le développement de la prise en charge adaptée de la personne âgée dans les différents services hospitaliers et renforcer à ce titre la prise en charge dans les zones blanches (*à préciser : difficultés de l'EMGEH de Tarentaise*) du territoire grâce à

▪ l'action des UMG/EMG et la collaboration de services volontaires ;
▪ la poursuite, via le RENAU, de la diffusion de protocoles (« patients âgés chuteurs » etc..).

o prévenir l'iatrogénie médicamenteuse en EHPAD en optimisant la qualité de la prescription du médicament dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes en lien avec la pharmacie à usage intérieure ou l'officine la plus proche. Dans ce cadre, il est décidé de :

▪ développer les liens prescripteurs-pharmaciens ;
▪ développer la délégation de préparation de médicaments par l'officine de proximité avec comme objectif de sécuriser la préparation, en conformité avec les recommandations ANESM.

Cf. Guide réalisé dans le département de la Haute Savoie.

⇨ **<u>compléter l'offre de soins sur le territoire</u>** <u>pour assurer un maillage géographique pertinent</u>, en travaillant à la couverture en soins des zones blanches. Dans ce cadre, il s'agit de :

o favoriser l'intervention d'équipes mobiles en

▪ renforçant les équipes mobiles existantes :
- en intra-hospitalier : sur la base de l'état des lieux, identifier les établissements de santé qui ne disposent pas d'une UMG et étudier la possibilité d'en créer ;
- en extra-hospitalier : sur la base de l'état des lieux, identifier les carences et étudier la possibilité de développer les prises en charge :
  - CHS : EMGP sous-dimensionnée pour le périmètre à couvrir ;
  - du Beaufortain à Val d'Isère : une EMG unique avec un besoin d'antennes par bassin ;
  - CH BSM : besoin d'UMG sur Haute Tarentaise +

intervention en psychiatrie (lien avec CMP)
- CHAM :
  - l'UMG du CHAM est actuellement intra-hospitalière car ses moyens ne lui permettent pas d'intervenir en extra-hospitalier.
  - pas de convention avec le CMP, pas de moyens disponibles en psychiatrie
  - Pas/peu d'accès en UHR
- le périmètre de prise en charge de la filière chambérienne est limité par des moyens qui ne couvrent que les besoins de Chambéry et sa couronne.

- instruisant de nouvelles demandes :
  - projet UMG CHMS (site ALB)
  - projet UMG CH Belley (intervention intra et extra hospitalier)
  - projet UMG BSM
  - projet UHR Tarentaise
  - renforcer et valoriser l'EMGEH Tarentaise, avec la mise en place d'antennes

- établir la réalité du besoin sur le territoire Savoie-Belley, à partir des listes d'attente des admissions de personnes âgées en EHPAD, comparées aux capacités autorisées => données à partager et colliger entre établissements selon une fréquence à définir.
  Cf. expérience de la Maurienne avec des concertations trimestrielles.

- élargir l'offre de soins spécialisés, notamment en unité d'hébergement renforcée (actuellement, une seule autorisée sur le territoire Savoie-Belley qui ne peut répondre à l'intégralité des besoins et notamment celui identifiée sur la Tarentaise) ;

- conduire une réflexion quant à la prise en charge
  - des patients jeunes, en tenant compte du nombre limité de places sur les structures territoriales type MAS, et envisager un développement de l'offre de soins ;
  - des personnes âgées handicapées vieillissantes, dont l'accueil dans les structures type EHPAD ne peut être généralisé, compte tenu de la spécificité de la prise en charge.

- développer les liens avec la psychiatrie (CMP/CPA ; géronto-psychiatrie ; psychiatrie de liaison).

Axe 2 : Améliorer la prise en charge de la personne âgée en amont et en aval d'une hospitalisation et participer à l'objectif de maintien à domicile

Il s'agit de

⇨ développer **des actions de prévention à destination des personnes âgées et des**

aidants :

- recenser les dispositifs existants, les besoins et les manques concernant l'aide aux aidants : c*f. action de l'association France Alzheimer et actions dans EHPAD (café des familles etc.) à Bourg St Maurice*
- maintenir et développer les liens avec le réseau de ville :
  - *cf. actions de signalement d'une personne âgée en difficultés suite à une hospitalisation menées avec les services du Département (service social hospitalier – service PA-PH du Département)*
  - *s'appuyer sur la conférence des financeurs pour développer des actions de préventions adaptées aux besoins locaux.*

⇨ poursuivre et développer **l'intervention des services d'HAD/SSIAD à domicile et en EHPAD** *(cf. expérience CH SJM SSIAD spécialisé Alzheimer).*

- travailler à la complétude du maillage territorial :
  - réflexion en cours au CHMS pour étendre le champ d'intervention de l'HAD sur le bassin aixois ;
  - poursuivre les conventionnements HAD/EHPAD sur tout le territoire.
  - *etc. ?*
- poursuivre les actions d'informations des professionnels via notamment les travaux engagés au titre des filières (sur les situations complexes etc.) ;
- poursuivre et consolider les actions engagées entre HAD/SSIAD/UMG/EMG/EMPG/EHPAD : organisations de rencontres régulières/en cas de besoins (effectifs au CHAM, CHSJM, CHMS et Bourg St Maurice).

⇨ favoriser le développement de prise en charge **en hospitalisation de jour** de la personne âgée dans les établissements publics de santé pour éviter l'hospitalisation complète des PA ;

- projet de consultation mémoire à Bourg Saint Maurice ;

⇨ favoriser le développement de dispositifs participant au répit des familles : accueil de jour, hébergements d'urgence ;

⇨ réfléchir à **la mise en place de dispositifs innovants** :

- développer l'accueil des PA dans des familles volontaires sur la base d'un partenariat hôpitaux/familles accueil et un engagement des EPS d'accueillir 3 semaines par an ces PA sur des lits de répit.
- favoriser les liens entre les secteurs personnes âgées / personnes handicapées pour faire face à la problématique des personnes handicapées vieillissantes
- projet Alp'Âge (jardin thérapeutique alpin) développé à Bourg Saint Maurice ?

Axe 3 : Améliorer la connaissance, la communication et la coordination des acteurs

Afin de développer la communication et l'information entre établissements et auprès de l'ensemble des partenaires concernés, il s'agit de :

⇨ poursuivre le travail de coordination des filières gérontologiques de la Savoie

- autour de rencontres régulières ;
- dans le cadre de la négociation à venir des CPOM : rencontres et échanges à

	prévoir ? ⇨ favoriser les formations pluri-professionnelles entre les acteurs ; ⇨ s'appuyer sur les outils de communication existants ou à créer/harmoniser pour renforcer la connaissance des dispositifs par tous. ⇨ développer les partenariats, dans le cadre du GHT, avec l'ensemble des EHPAD du territoire, en qualité de « partenaires associés ». **Axe 4 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : ⇨ l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site vers tous les sites ; ⇨ la communication complète des PACS ; ⇨ l'intégration automatique des documents extérieurs (qu'ils soient radiologiques ou biologiques, Anapath …). Concernant plus particulièrement la filière de soins gériatrique, les projets de développement TRAJECTOIRE EHPAD et ZEPRA (projet ARS ARA – zéro papiers en Rhône-Alpes Auvergne) sont parties prenantes des réflexions à conduire.
Forces du GHT	- 2 filières gérontologiques présentes sur le territoire - des équipes mobiles en place
Faiblesses du GHT	- la géographie/étendue du territoire - le contexte démographique - l'interdépartementalité : o certaines filières de l'Isère sont rattachées à la filière chambérienne, certaines de Savoie à celles de l'Isère ; o le territoire de Belley, intégré à notre GHT sanitaire et à notre filière, est dépendant des financements et stratégies MS du département de l'Ain.
Indicateurs	Nombre d'EHPAD partenaires associés du GHT Savoie-Belley
Calendrier	2017-2021

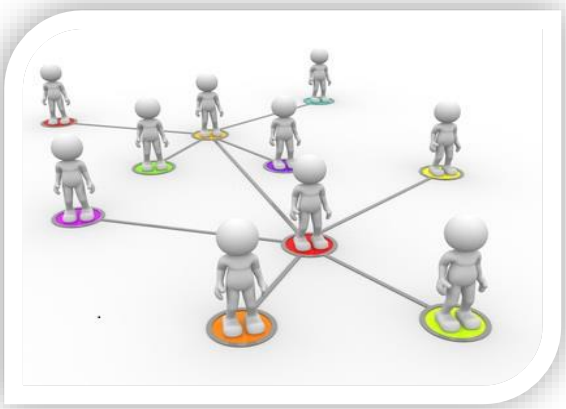
ANNEXES

Liste des acronymes 163
Charte de la filière gérontologique de Chambéry 164
Charte de la filière gérontologique de Tarentaise (projet) 174

Liste des acronymes

AJ	Accueil de jour
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
CCAS	Centre communal d'action sociale
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de coordination
CMP	Centre médico-psychologique pour adultes
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
CPA	Centre psychothérapique de l'Ain
CPOM	Contrat pluriannuels d'objectif et de moyens
CSG	Court séjour gériatrique
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
EMGEH	Equipe mobile gériatrique extra hospitalière
EMGP	Equipe mobile de géronto-psychiatrie
EMSP	Equipe mobile soins palliatifs
EMSP EHPAD	Equipe mobile soins palliatifs EHPAD
EPS	Etablissement public de santé
ESA	Équipe spécialisée *Alzheimer*
ESPPRI	Equipe spécialisée partagée pour la prévention du risque infectieux associé aux soins
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GHT	Groupement hospitalier de territoire
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PA	Personne âgée
PACS	Picture archiving and communication system
PEC	Prise en charge
RENAU	Reseau Nord Alpin des Urgences
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR G	Soins de suite et réadaptation gériatrique
SSR polyvalent	Soins de suite et réadaptation polyvalent
UMG	Unité mobile de gériatrie
UPAV	Unité d'accueil des personnes vieillissantes
USLD	Unité de soins longue durée
ZEPRA	Zéro Papier en Rhône Alpes

CHARTE
DE LA FILIERE GERONTOLOGIQUE
DE CHAMBERY
2016 – 2021



SAVOIE
LE DÉPARTEMENT

MAIA
de Chambéry
L'intégration des acteurs
pour l'autonomie
des personnes âgées

ars
Agence Régionale de Santé
Rhône-Alpes

Préambule

L'évolution démographique, le vieillissement de la population et les évolutions des pratiques professionnelles concernant la prise en charge des personnes âgées ont conduit l'ARS Rhône-Alpes (délégation territoriale) et le Conseil Départemental de la Savoie à engager une réflexion sur la gestion des interfaces et la coopération entre les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux, et associatif du Territoire de Chambéry.

L'organisation de la filière gérontologique s'inscrit dans une démarche globale de prise en charge, en établissant des liens fonctionnels étroits entre les structures sanitaires et médico-sociales du territoire, mais aussi les intervenants à domicile, les réseaux, et tous les acteurs de ce secteur pour concourir à l'amélioration de son fonctionnement. Elle incite à la coopération de l'ensemble des acteurs concernés, formalisés dans la présente charte.

Le « parcours » de la personne âgée doit pouvoir être identifié et mis en œuvre pour que la personne se trouve au « bon endroit » au « bon moment » lui permettant de répondre au mieux à ses besoins.

La réflexion en vue de la constitution structurée de deux filières sur le territoire de santé Savoie - Belley a été initiée à partir du 3ème trimestre 2010 et a abouti, en 2012, à la définition par l'ARS de deux filières gérontologiques distinctes : Tarentaise et Chambéry. La filière gérontologique de Chambéry s'étend du secteur de Belley à la Maurienne (cf. annexe liste communes).

Les travaux conduits en 2010 ont pris leur source dans les orientations définies par le SROS Rhône-Alpes 2006-2010 révisé en juillet 2009. Les termes de la présente charte, qui fait suite à la charte gériatrique Savoie-Belley 2011-2016, s'appuient sur le SROMS 2012-2017 et sur le Schéma personnes âgées/personnes handicapées 2011-2016 du Département de la Savoie.

La présente charte respecte les dispositions énoncées dans les textes suivants :

- la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009
- la circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer,
- la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- l'article 78 de la loi 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale relatif à la coordination des acteurs au sein des MAIA
- le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des MAIA

- le plan des maladies neuro-dégénératives 2014-2019

Article 1 : Objet de la charte

La charte de la filière gérontologique a pour objet de définir les engagements pris par les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, institutionnels et libéraux pour assurer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne âgée sur le territoire de Chambéry.

La charte précise les modalités de fonctionnement de la filière, son mode de gouvernance, ainsi que le plan d'action à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés. (cf. annexe n°1 : plan d'actions 2016 – 2021).

La présente charte constitue la base commune de fonctionnement de la filière gérontologique de Chambéry. Les filières de proximité ont la possibilité de la compléter par annexes pour répondre aux spécificités d'un secteur sous réserve de l'approbation du comité technique de la filière gérontologique.

Article 2 : Les objectifs de la filière

Selon les orientations du SROMS 2012-2017 la filière gérontologique doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

Les objectifs de la filière gérontologique sont multiples.

Ils sont stratégiques :

- mettre en œuvre une coopération entre les acteurs pour fluidifier le parcours de la personne âgée en proposant une prise en charge adaptée.
- apporter une réponse globale à la population visée et une simplification des démarches en remettant la personne âgée au cœur du système.
- assurer une synergie optimale des acteurs, selon un processus d'intégration, en respectant l'identité et les missions de chacune des composantes.
- apporter concours et appui aux filières de proximité en veillant à ce que l'articulation des différents maillons demeure efficiente tout au long du parcours de la personne âgée.

Ils sont opérationnels :

- optimiser les moyens existants et organiser des concertations pour améliorer les actions déjà entreprises et celles à venir.
- mettre en œuvre d'éventuels moyens mutualisés nouveaux.
- améliorer la prise en charge d'amont et d'aval à l'hospitalisation des personnes âgées ainsi que leur accompagnement au domicile et en établissement.
- répondre aux appels à projet pour le compte et en collaboration avec les filières de proximité.

Article 3 : Les acteurs de la filière

La valeur ajoutée de la filière gérontologique de Chambéry est d'associer l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge globale et à l'accompagnement de la personne âgée.

Les dispositifs concernés sont nombreux et associent les compétences sanitaires, médico-sociales, sociales, associatives et la médecine de ville.

Le territoire de la filière gérontologique de Chambéry a été découpé en 4 filières de proximité en fonction des bassins de prise en charge de la population :

- filière de proximité « entre Bauges et Lac » (secteur d'Aix-les-Bains)
- filière de proximité de Belley Bugey sud
- filière de proximité de Chambéry, Avant-pays savoyard Combe de Savoie et les 6 communes de l'Isère, en Grésivaudan
- filière de proximité de Maurienne

De manière transverse et commune à tous les Etablissements Publics de Santé de la Savoie, le CHS de la Savoie assure la prise en charge psychiatrique des patients du territoire, qu'ils soient à domicile ou en établissement.

A ce titre le CHS de la Savoie est l'acteur référencé tant au titre de la filière gérontologique, que des filières de proximité, hors filière de proximité de Belley Bugey Sud. Pour cette dernière, l'acteur de référence est le centre psychothérapique de l'Ain (CPA).

La filière gérontologique :

Le Centre Hospitalier Métropole-Savoie est le centre hospitalier de référence de la filière gérontologique de Chambéry. Le site de Chambéry dispose d'une filière gériatrique complète.

La filière gérontologique de Chambéry est constituée des acteurs des filières de proximité.

Les filières de proximité :

Elles sont constituées des différents acteurs sanitaires, médico-sociaux, associatifs et de la médecine de ville.

Les acteurs sanitaires de proximité :

- les différents centres hospitaliers
- les établissements de soins de suite et de réadaptation
- le CHS de la Savoie
- les centres médico-psychologiques pour adultes (CMP) du CHS de la Savoie
- le centre psychothérapique de l'Ain (CPA)
- les centres médico-psychologiques du CPA l'équipe mobile de psycho-gérontologie à Belley
- l'équipe mobile départementale personnes âgées psychiatriques du CPA
- les médecins généralistes et spécialistes libéraux
- les professionnels paramédicaux libéraux
- les réseaux de santé
- les structures d'HàD
- l'équipe mobile gériatrique extrahospitalière du CHMS site de Chambéry
- l'équipe mobile de géronto-psychiatrie du CHS de la Savoie

Les acteurs sociaux et médico-sociaux de proximité :

- les EHPAD
- les établissements d'accueil pour personnes handicapées, les FAM
- les services d'aide et d'accompagnement à domicile
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)
- les services sociaux départementaux et spécialisés
- les CLIC
- les CCAS et CIAS
- les EHPA –
- les accueils de jour autonomes
- la plateforme d'accompagnement et de répit

- la plateforme d'appui aux professionnels de santé
- la MDPH
- les mandataires judiciaires associatifs et privés
- les caisses de retraite

Les associations d'usagers et associations intervenant auprès des personnes âgées :

- CODERPA
- Savoie-Alzheimer
- autres

Article 4 : zone d'intervention de la filière gérontologique

La filière gérontologique couvre les secteurs de la Maurienne, de la Combe de Savoie, de Chambéry agglomération, de l'Avant-Pays Savoyard, et d'Aix-les-Bains pour la Savoie (73), le secteur de Belley et du Bugey sud dans l'Ain (01) et sept communes de l'Isère dans le Grésivaudan et la Chartreuse (38) (cf. annexe n°3 : cartographie du territoire).

Article 5 : Engagement des acteurs

Tous les acteurs de la filière gérontologique s'engagent à orienter la personne âgée vers le professionnel, la structure, ou le service le plus adapté après concertation et entente préalable. Ils visent à la création d'un « guichet intégré », pour fournir aux personnes âgées et à leur entourage une réponse harmonisée, complète et adaptée aux personnes par la construction d'un réseau intégré de partenaires. Cette démarche est issue de la méthode MAIA, financée par l'ARS et dont le Conseil départemental est porteur depuis 2013.

Les engagements du centre hospitalier de référence :

Le centre hospitalier Métropole-Savoie (site de Chambéry) met au service de la filière gérontologique un plateau technique répondant aux besoins de prise en charge spécifique en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées ou non programmées.

Les médecins pourront :

- avoir recours au plateau technique spécialisé,
- recourir à des avis médicaux spécialisés en gériatrie sur appels téléphoniques (astreinte téléphonique de gériatrie),
- bénéficier de formations en gériatrie dans le cadre d'échanges ou de stages,
- bénéficier d'expertises et d'évaluations notamment dans le cadre de synthèses pluridisciplinaires.

Les engagements des établissements sanitaires :

- favoriser les admissions directes dans les services de court séjour gériatrique et de SSR,
- favoriser les pratiques de mise à disposition en temps réel des disponibilités en lits de court séjour et de SSR,
- faciliter l'admission des résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes dans le centre hospitalier de proximité,
- favoriser les sorties d'hospitalisation en respectant les contraintes d'accompagnement,
- travailler au retour à domicile dans les meilleures conditions, en lien avec les acteurs du domicile et de la ville,
- donner toutes les informations médicales (notamment celles concernant la dépendance de la personne âgée), sociales, aux services et aux établissements,
- développer, entre autres, le recours à des consultations gériatriques décentralisées, en vue de limiter le transfert au centre hospitalier de référence,
- développer des alternatives à l'hospitalisation,

- participer à la recherche d'une solution alternative d'hébergement en lien avec le centre hospitalier en cas d'impossibilité de retour au sein de la structure d'hébergement initial.

Les engagements des établissements et services sociaux et médico-sociaux :

- limiter autant que possible le recours au service des urgences et si possible par le biais d'un échange préalable avec un médecin gériatre,
- donner toutes les informations médico-sociales (notamment celles concernant la dépendance de la personne âgée), sociales, au service d'hospitalisation et au médecin coordonnateur,
- s'engager vis à vis du centre hospitalier à organiser le retour en structure ou à domicile après hospitalisation, quand l'état clinique le permet, et quand les conditions du retour à domicile sont réunies,
- travailler au retour à domicile dans les meilleures conditions, en lien avec les acteurs hospitaliers et de la ville,
- permettre la publication des disponibilités d'accueil en EHPAD, et notamment en hébergement temporaire,
- privilégier chaque fois que possible les demandes d'entrée directe des patients hospitalisés ayant déjà déposé des demandes d'admission en EHPAD,
- travailler ensemble sur des protocoles de bonnes pratiques,
- participer à la recherche d'une solution alternative d'hébergement en lien avec l'établissement sanitaire en cas d'impossibilité de retour vers le lieu d'hébergement initial.

Les engagements des acteurs libéraux :

- limiter autant que possible le recours au service des urgences et si possible par le biais d'un échange préalable avec un médecin gériatre,
- donner toutes les informations médicales (notamment celles concernant la dépendance de la personne âgée) aux services hospitaliers, aux services à domicile et aux établissements,
- travailler au retour à domicile dans les meilleures conditions, en lien avec les acteurs hospitaliers et du domicile.

L'ensemble des acteurs s'engage à :

- mettre en œuvre des actions d'évaluation et d'amélioration,
- accompagner la personne âgée dans les différents parcours y compris la sortie d'hospitalisation,
- travailler en coordination et s'engager dans un processus d'intégration.

Au-delà de leurs propres spécificités, les acteurs s'engagent à identifier et à reconnaître le rôle des autres membres de la filière en vue d'une meilleure articulation entre les différents dispositifs existants.

Pour ce faire, l'ensemble des acteurs manifeste sa volonté de mettre en place, de développer et de participer à la mise à jour des outils nécessaires à la circulation de l'information.

Ils s'engagent également à renforcer le partenariat avec le secteur du handicap et plus particulièrement dans la prise en charge du sujet handicapé vieillissant.

Article 6 : La gouvernance de la filière

Article 6-1 : le Comité Stratégique Départemental (COSTRAT) :

Composition

Il est composé des membres suivants :

- le délégué territorial de l'Agence Régionale de la Santé de Savoie,
- les délégués/directeurs départementaux des Personnes Âgées des Conseil départementaux de la Savoie, de l'Isère et de l'Ain
- les représentants des usagers (CODERPA, CISSRA)
- les représentants des professionnels libéraux (URPS)
- les représentants des caisses de retraite (CARSAT)

Sont invités au COSTRAT les co-animateurs des filières gérontologiques de Savoie (Tarentaise et Chambéry).

La liste nominative est arrêtée pour une durée de cinq ans.

Il est piloté par le délégué territorial de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes et le délégué départemental aux personnes âgées de la Savoie.

Missions

- définir les grandes orientations stratégiques des filières gérontologiques
- évaluer le fonctionnement des filières gérontologiques
- évaluer les actions identifiées dans les plans d'actions pluriannuels
- proposer les ajustements nécessaires aux plans d'actions
- valider le bilan annuel du fonctionnement des filières gérontologiques et de leurs plans d'actions.

Fonctionnement

Le COSTRAT se réunit au moins deux fois par an au printemps et à l'automne.

Article 6-2 : le Comité Technique (COTECH) de la filière gérontologique de Chambéry

Composition :

Le Comité Technique de la filière gérontologique est animé par les co-animateurs de la filière gérontologique de Chambéry et se compose des membres suivants (cf. annexe 2):

- les représentants des services personnes âgées des Conseil départementaux de la Savoie, de l'Ain et de l'Isère
- les représentants des centres hospitaliers de la filière gérontologique et du Centre Hospitalier de la Savoie
- la coordination SSR
- les représentants des établissements pour personnes âgées
- les représentants des services d'aide à domicile
- les représentants des professions libérales : URPS, conseils de l'ordre…
- le représentant des infirmiers coordonnateurs de SSIAD
- le représentant de la MDPH
- le représentant du CODERPA
- les représentants des réseaux de santé
- le représentant de France Alzheimer Savoie
- les représentants des organismes tutélaires
- les représentants des Equipes Spécialisées Alzheimer
- le représentant du pôle de santé de Chambéry-Nord
- le pilote MAIA de la filière gérontologique Nord-Isère
- les co-animateurs des filières de proximité

Missions :

- Etablir le plan d'actions de la filière gérontologique en accord avec les orientations stratégiques définies par le COSTRAT et conformes aux politiques publiques relatives aux parcours de soin des personnes âgées,
- s'engager à la réalisation de ces actions dans la limite des moyens disponibles,
- évaluer ces actions.

Fonctionnement

- Le COTECH se réunit au moins deux fois par an.

Article 6-3 : Animation de la filière gérontologique

L'animation de la filière gérontologique est assurée par deux co-animateurs : le représentant du Centre Hospitalier de Métropole-Savoie et le pilote de la MAIA de Chambéry.

Les co-animateurs ont pour rôle de :

- fédérer les acteurs,
- garantir l'avancement des réflexions de la filière gérontologique et des différentes filières de proximité,
- assurer le suivi du plan d'actions et son évaluation,
- organiser les réunions du comité technique de filière.

Les co-animateurs sont assistés dans leurs missions par un assistant de filière.

Article 6-4 : l'animation des filières de proximité :

Conformément aux orientations du SROMS et en déclinaison de l'animation prévue au comité technique de la filière gérontologique, les filières de proximité sont co-animées par un représentant du Centre hospitalier du territoire concerné et par un représentant de la délégation territoriale du Conseil départemental. Des filières de proximité peuvent avoir un fonctionnement dérogatoire décrit en annexe.

Article 7 : Modalités d'évaluation de la filière

L'évaluation se fait au moyen d'un rapport annuel.

Ce rapport permettra d'établir un bilan de la période écoulée :
- du fonctionnement de la filière gérontologique,
- du plan d'actions pluriannuel.

Il fixe également :
- les mesures correctives,
- les nouveaux objectifs et les pistes d'actions pour la période à venir.

Ce rapport annuel est transmis à l'ARS - RA et aux Conseil départementaux (01, 38 et 73) au plus tard à la fin du 1er semestre de l'année N+1.

Les indicateurs d'évaluation porteront entre autres sur des critères qualitatifs et quantitatifs définis dans le plan d'actions ainsi que sur la place et l'engagement des acteurs dans la filière.

Les indicateurs de suivis et de mesure du plan d'actions pluriannuel sont répertoriés sur chaque fiche actions (cf. annexe : plan d'actions 2016 - 2021).

Chaque filière de proximité adresse son rapport aux co-animateurs de la filière gérontologique. Le rapport finalisé comprend la synthèse des rapports des filières de proximité et les éléments d'évaluation concernant la filière gérontologique dans son ensemble. Il est proposé à la validation de chaque filière de proximité avant d'être transmis à l'ARS RA et aux conseils départementaux.

Article 8 : Durée de la charte :

La présente charte prend effet à compter de sa signature pour une période de 5 ans.

La charte sera renouvelable après avoir saisi les autorités compétentes 6 mois avant l'échéance.

La reconduction de la charte devra se baser sur un nouveau diagnostic et prendre en compte les orientations du Projet Régional de Santé, de son annexe territoriale et des schémas départementaux de la Savoie, de l'Isère et de l'Ain.

Article 9 : Avenant à la charte:

La présente charte pourra être modifiée en tant que besoin par un avenant.

Article 10 : Publication de la charte :

La charte de la filière sera transmise aux signataires (cf. annexe n°8), au directeur général de l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes et aux présidents des Conseils départementaux de la Savoie, de l'Isère et de l'Ain.

ANNEXES

Annexe n°1 : Plan d'actions 2016 – 2021

Annexe n°2 : Liste des membres du comité technique de la filière gérontologique de Chambéry et liste membres du comité stratégique départemental de Savoie

Annexe n°3 : Cartographie du territoire

Annexe n°4 : annexe de la filière de proximité « entre Bauges et Lac »

Annexe n°5 : annexe de la filière de proximité de Belley Bugey-Sud

Annexe n°6 : annexe de la filière de proximité de Chambéry

Annexe n°7 : annexe de la filière de proximité de Maurienne

Annexe n°8 : liste des signataires de la charte de la filière gérontologique de Chambéry

CENTRE HOSPITALIER ALBERTVILLE MOUTIERS	SAVOIE CONSEIL GENERAL
FILIERE GERONTOLOGIQUE DE TARENTAISE	**Projet de charte d'organisation de la filière**

PROJET DE CHARTE D'ORGANISATION DE LA FILIERE GERONTOLOGIQUE DE TARENTAISE 2017 – 2021

Préambule

L'évolution démographique, le vieillissement de la population et les évolutions des pratiques professionnelles concernant la prise en charge des personnes âgées ont conduit l'ARS Auvergne - Rhône-Alpes et le Conseil Départemental de Savoie à engager une réflexion relative à la gestion des interfaces et à la coopération entre les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux, et Associatifs de Tarentaise.

L'organisation de la filière gérontologique s'inscrit dans une démarche globale de prise en charge, en établissant des liens fonctionnels étroits entre les structures sanitaires et médico-sociales du territoire, en intégrant pleinement les intervenants à domicile, les réseaux, et tous les acteurs de ce secteur pour concourir à l'amélioration de son fonctionnement. Elle incite à la coopération de l'ensemble des acteurs concernés, formalisés dans la présente charte.

Le « parcours » de la personne âgée doit pouvoir être identifié et mis en œuvre pour que la personne fragilisée par l'âge se trouve au « bon endroit » au « bon moment ». Les intervenants doivent être organisés de manière optimale et optimisée pour répondre au mieux aux besoins de la personne âgée.

La réflexion en vue de la constitution structurée de deux filières sur le territoire de santé Savoie - Belley a été initiée à partir du 3ème trimestre 2010 et a abouti, en 2012, à la définition par l'ARS Rhône-Alpes de deux filières gérontologiques distinctes : Tarentaise et Chambéry.

La filière gérontologique de Tarentaise s'étend du secteur de la Combe de Savoie (Freterive-et Saint Pierre d'Albigny) à l'intégralité de la vallée de Tarentaise (Bourg-Saint-Maurice) (cf. annexe liste communes). Il n'est pas constitué de filières de proximité au sein de cette filière gérontologique, mais l'organisation de certains groupes de travail et de concertation par bassin de vie sont conservés (Combe de Savoie / Albertville / Moûtiers).

Les travaux initialement conduits en 2010 ont pris leur source dans les orientations définies par le SROS Rhône-Alpes 2006-2010 révisé en juillet 2009.
Les termes de la présente charte, qui fait suite à la charte gériatrique des Filières Savoie-Belley 2011-2016, s'appuient sur le SROMS 2012-2017 et sur le Schéma personnes âgées/personnes handicapées 2011-2016 du Département de la Savoie.

La présente charte respecte les dispositions énoncées dans les textes suivants :
- la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015
- la loi de modernisation de notre système de santé (26 janvier 2016)
- la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009

– la circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer,
– la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
– l'article 78 de la loi 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale relatif à la coordination des acteurs au sein des MAIA
– le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des MAIA
– le plan des maladies neuro-dégénératives 2014-2019

Article 1 : Objet de la charte

La charte de la filière gérontologique a pour objet de définir les engagements pris par les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, institutionnels et libéraux pour optimiser la prise en charge et de l'accompagnement de la personne âgée en Tarentaise.
La charte précise les modalités de fonctionnement de la filière, son mode de gouvernance, ainsi que le plan d'action à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés. (cf. annexe n°1 : plan d'actions 2017 – 2021).
La présente charte constitue la base commune de fonctionnement de la filière gérontologique de Tarentaise.

Article 2 : Les objectifs de la filière

Selon les orientations du SROMS 2012-2017 la filière gérontologique doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi, en cas de nécessité, au plateau technique et de spécialités adaptés.

Les objectifs de la filière gérontologique se situent à différents niveaux, stratégiques et opérationnels :

Ils sont stratégiques :
– mettre en œuvre une coopération entre les acteurs pour fluidifier le parcours de la personne âgée en proposant une prise en charge adaptée.
– apporter une réponse globale à la population visée et une simplification des démarches en remettant la personne âgée au cœur du système.
– assurer une synergie optimale des acteurs, selon un processus d'intégration, en respectant l'identité et les missions de chacune des composantes.

Ils sont opérationnels :
– optimiser les moyens existants et organiser des concertations pour améliorer les actions déjà entreprises et celles à venir.
– mettre en œuvre d'éventuels moyens mutualisés nouveaux.
– améliorer la prise en charge d'amont et d'aval à l'hospitalisation des personnes âgées ainsi que leur accompagnement au domicile et en établissement.
– coordonner et constituer les dossiers de candidature pour répondre aux appels à projet pour le compte de la filière.

Article 3 : Les acteurs de la filière

La valeur ajoutée de la filière gérontologique de Tarentaise réside dans le fait d'associer l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge globale et à l'accompagnement de la personne âgée.
Les dispositifs concernés sont nombreux et associent les compétences sanitaires, médico-sociales, sociales, associatives et la médecine de ville.
Les travaux de la filière s'appuient sur les comités de coordination des CLIC existants (Moûtiers / Albertville et Montmélian).

De manière transverse et commune à tous les Etablissements Publics de Santé de la Savoie, le CHS de la Savoie assure la prise en charge psychiatrique des patients du territoire, qu'ils soient à domicile ou en établissement.

La filière gérontologique :
Le Centre Hospitalier d'Albertville-Moûtiers est le centre hospitalier de référence de la filière gérontologique de Tarentaise, constituée des acteurs suivants :

Les acteurs sanitaires:
– les différents centres hospitaliers : Albertville-Moûtiers (CHAM), Saint Pierre d'Albigny et Bourg-Saint-Maurice.
– le CHS de la Savoie, incluant les centres médico-psychologiques pour adultes (CMP)
– les médecins généralistes et spécialistes libéraux
– les professionnels paramédicaux libéraux
– les réseaux de santé
– la structure d'HAD du CHAM
– l'équipe mobile gériatrique du CHAM
– l'équipe mobile de géronto-psychiatrie du CHS de la Savoie (?)

Les acteurs sociaux et médico-sociaux:
– les EHPAD
– les établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes handicapées vieillissantes
– les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
– les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
– l'équipe spécialisée Alzheimer (ESA)
– les services sociaux du Département et spécialisés
– les CLIC / pôles PAPH
– les CCAS et CIAS
– les résidences autonomie
– les accueils de jour autonomes
– ~~la plateforme d'accompagnement et de répit (?)~~
– la Maison des Réseaux de Santé de Savoie
– la MDPH
– les mandataires judiciaires associatifs et privés
– les caisses de retraite
- La MAIA (lorsque celle-ci aura été créée en Tarentaise)

Les associations d'usagers et associations intervenant auprès des personnes âgées :
– Conseil Départemental de la Citoyenneé et de l'autonomie (CDCA)
– l'Association Savoie-Alzheimer
– autres

Article 4 : zone d'intervention de la filière gérontologique

La filière gérontologique couvre les secteurs d'une partie de la Combe de Savoie et de l'intégralité de la Tarentaise (cf. annexe n°3 : cartographie du territoire).

Article 5 : Engagement des acteurs

Dans l'attente de la constitution d'une MAIA, tous les acteurs de la filière gérontologique s'engagent à orienter la personne âgée vers le professionnel, la structure, ou le service le plus adapté après concertation et entente préalable. Ils visent à la création d'un « guichet intégré », pour fournir aux personnes âgées et à leur entourage une réponse harmonisée, complète et adaptée aux personnes par la construction d'un réseau intégré de partenaires.

Les engagements du centre hospitalier de référence :
Le centre hospitalier d'Albertville-Moûtiers (CHAM) met au service de la filière gérontologique un plateau technique répondant aux besoins de prise en charge spécifique en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées ou non programmées.

Les médecins pourront :
– avoir recours au plateau technique spécialisé,
– recourir à des avis médicaux spécialisés en gériatrie sur appels téléphoniques (astreinte téléphonique de gériatrie),

- Organiser le retour en structure ou à domicile après hospitalisation en lien avec les personne âgée et sa famille, et les services et structures intervenantes.
– bénéficier de formations en gériatrie dans le cadre d'échanges ou de stages,
– bénéficier d'expertises et d'évaluations notamment dans le cadre de synthèses pluridisciplinaires.

Les engagements des établissements sanitaires :
– favoriser les admissions directes dans les services de court séjour gériatrique et de SSR, pour éviter autant que faire se peut les passages aux urgences des personnes fragilisées par l'âge.
– faciliter l'admission des résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes dans le centre hospitalier, sur le site de proximité,
– favoriser les sorties d'hospitalisation en respectant les contraintes d'accompagnement du retour à domicile ou en structure
– travailler au retour à domicile dans les meilleures conditions, en lien avec les acteurs du domicile et de la ville,
– donner toutes les informations médicales (notamment celles concernant la dépendance de la personne âgée), sociales, aux services et aux établissements,
– développer, entre autres, le recours à des consultations gériatriques décentralisées, en vue de limiter le transfert au centre hospitalier de référence, ?
– développer des alternatives à l'hospitalisation complète,
– participer à la recherche d'une solution alternative d'hébergement en lien avec les services du domicile ou la structure d'origine, en cas d'impossibilité de retour au sein de la structure d'hébergement initial.
– participer aux travaux de la filière sur des protocoles de bonnes pratiques,

Les engagements des établissements et services sociaux et médico-sociaux :
– Eviter autant que possible le recours au service des urgences, par le biais de mesures préventives et d'anticipation, et d'échanges préalables avec un médecin gériatre,
– transmettre toutes les informations sociales et médico-sociales (notamment celles concernant la dépendance de la personne âgée), au service d'hospitalisation et au médecin coordonnateur,
– contribuer à organiser le retour en structure ou à domicile après hospitalisation, dès que l'état clinique le permet, et quand les conditions du retour à domicile/en institution sont réunies,
– contribuer au retour à domicile dans les meilleures conditions, dans un cadre partenarial
– communiquer sur les possibilités d'accueil en EHPAD, et notamment en hébergement temporaire,
– privilégier chaque fois que possible les demandes d'entrée directe des patients hospitalisés ayant déjà déposé des demandes d'admission en EHPAD,
– participer aux travaux de la filière sur des protocoles de bonnes pratiques,
– participer à la recherche d'une solution alternative d'hébergement en lien avec l'établissement sanitaire en cas d'impossibilité de retour vers le lieu d'hébergement initial.

Les engagements des acteurs libéraux :
– Eviter autant que possible le recours au service des urgences par le biais de mesures préventives et d'anticipation, et d'échanges préalables avec un médecin gériatre
– transmettre toutes les informations médicales (notamment celles concernant la dépendance de la personne âgée) aux services hospitaliers, aux services à domicile et aux établissements,
– contribuer au retour à domicile dans les meilleures conditions, en lien avec les acteurs hospitaliers et du domicile.
– participer aux travaux de la filière sur des protocoles de bonnes pratiques,

L'ensemble des acteurs s'engage à :
– accompagner la personne âgée dans les différents parcours y compris la sortie d'hospitalisation,
– travailler en coordination et s'engager dans un processus d'intégration.
- mettre en œuvre des actions d'évaluation et d'amélioration

Au-delà de leurs propres spécificités, les acteurs s'engagent à identifier et à reconnaître le rôle des autres membres de la filière en vue d'une meilleure articulation entre les différents dispositifs existants.
Pour ce faire, l'ensemble des acteurs manifeste sa volonté à mettre en place, à développer et à participer à la mise à jour des outils nécessaires à la circulation de l'information.

Ils s'engagent également à renforcer le partenariat avec le secteur du handicap et plus particulièrement dans la prise en charge de la personne handicapée vieillissante.

Article 6 : Les instances de gouvernance de la filière

Article 6-1 : le Comité Stratégique Départemental (COSTRAT) :
Composition
Il est composé des membres suivants :
– le délégué territorial de l'Agence Régionale de la Santé de Savoie,
– les délégués/directeurs départementaux des services Personnes Âgées des Conseils départementaux de la Savoie, de l'Isère et de l'Ain
– les représentants des usagers (CDCA, CISSRA)
– les représentants des professionnels libéraux (URPS…)
– les représentants des caisses de retraite (CARSAT…)
Sont invités au COSTRAT les co-animateurs des filières gérontologiques de Savoie (Tarentaise et Chambéry).
La liste nominative est arrêtée pour une durée de cinq ans.
Il est piloté par le délégué territorial de l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes et le délégué Départemental aux personnes âgées de la Savoie.

Missions
– définir les grandes orientations stratégiques des filières gérontologiques
– évaluer le fonctionnement des filières gérontologiques
– évaluer les actions identifiées dans les plans d'actions pluriannuels
– proposer les ajustements nécessaires aux plans d'actions
– valider le bilan annuel du fonctionnement des filières gérontologiques et de leurs plans d'actions.

Fonctionnement
Le COSTRAT se réunit au moins deux fois par an au printemps et à l'automne.

Article 6-2 : le Comité Technique (COTECH) de la filière gérontologique de Tarentaise

Composition :
Le Comité Technique de la filière gérontologique est co-animé par un représentant du CHAM et un représentant du Département. Il se compose des membres suivants (cf. annexe 2):

1- Les Membres représentants le Département et structures associées
2- Le Médecin coordonnateur, les co-animateurs et assistante de filière
3- Les membres représentatifs des établissements et structures composant la filière

3.1 Membres représentants les Centres Hospitaliers
3.2- Membres représentants les établissements médico-sociaux
3.3- membres représentants les structures associatives et territoriales
3.4- Membres représentants les professionnels libéraux et structures de coordination
4- Les membres représentants les usagers

Missions :
– Etablir les plans d'actions de la filière gérontologique en accord avec les orientations stratégiques définies par le COSTRAT et conformes aux politiques publiques relatives aux parcours de soin des personnes âgées,
-prendre en compte les besoins spécifiques aux territoires d'actions
– s'engager à la réalisation des actions dans la limite des moyens disponibles,
– évaluer ces actions.

Fonctionnement
– Le COTECH se réunit au moins trois fois par an.

Article 6-3 : Animation de la filière gérontologique
L'animation de la filière gérontologique est assurée par deux co-animateurs : le représentant du Centre Hospitalier d'Albertville-Moûtiers (CHAM) et, du pilote MAIA désigné.

Les co-animateurs ont pour rôle de :
– fédérer les acteurs,
– garantir l'avancement des réflexions de la filière gérontologique et des différentes filières de proximité,
– assurer le suivi du plan d'actions et son évaluation,
– organiser les réunions du comité technique de filière.
Les co-animateurs sont assistés dans leurs missions par un assistant de filière.

Article 7 : Modalités d'évaluation de la filière

L'évaluation se fait au moyen d'un rapport annuel.
Ce rapport permettra d'établir un bilan de la période écoulée :
– du fonctionnement de la filière gérontologique,
– du plan d'actions pluriannuel.

Il permet de définir également :
– les modifications, adaptation, report d'objectifs,
– les nouveaux objectifs et les pistes d'actions pour la période à venir.
Ce rapport annuel est transmis à l'ARS - ARA et au Conseil Départemental de Savoie au plus tard à la fin du 1er semestre de l'année N+1.
Les indicateurs d'évaluation porteront, entre autres, sur des critères qualitatifs et quantitatifs définis dans le plan d'actions ainsi que sur la place et l'engagement des acteurs dans la filière.
Les indicateurs de suivis et de mesure du plan d'actions pluriannuel sont répertoriés sur chaque fiche actions (cf. annexe : plan d'actions 2017 - 2021).

Article 8 : Durée de la charte :

La présente charte prend effet à compter de sa signature pour une période de 5 ans.
La charte pourra être renouvelée après avoir saisi les autorités compétentes 6 mois avant son échéance.
La reconduction de la charte devra se baser sur un nouveau diagnostic et prendre en compte les orientations du Projet Régional de Santé, de son annexe territoriale et du schéma départemental personnes âgées – personnes handicapées de la Savoie.

Article 9 : Avenant à la charte:

La présente charte pourra être modifiée en tant que besoin par un avenant.

Article 10 : Publication de la charte :

La charte de la filière sera transmise aux signataires (cf. annexe n°8), au directeur général de l'Agence Régionale de santé Rhône-Alpes et au président du Conseil Départemental de la Savoie.

ANNEXES

Annexe n°1 : Plan d'actions 2017 – 2021
Annexe n°2 : Liste des membres du comité technique de la filière gérontologique de Tarentaise et liste membres du comité stratégique départemental de Savoie
Annexe n°3 : Cartographie du territoire et liste des communes
Annexe n°4 : liste des signataires de la charte de la filière gérontologique de Tarentaise

ANNEXE 1 – PLAN D'ACTIONS 2017- 2021

Thème :

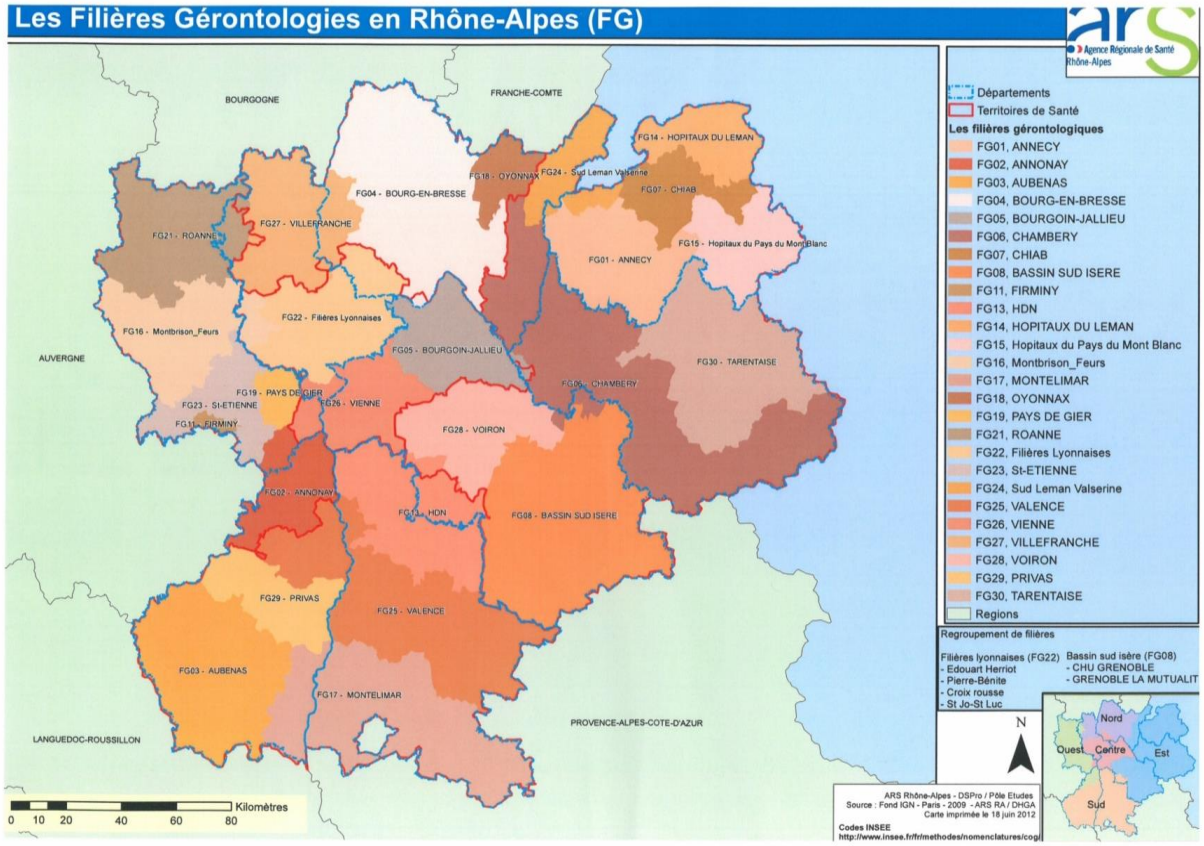
Objectif	Plan d'Actions détaillées	Moyens	Pilote	échéance	Indicateur de suivi

ANNEXE 2 – LISTE DES MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE DE FILIERE

NOM/prénom	Fonction	Organisme	Adresse postale	Adresse mail	téléphone
1- Membres représentants le Département et structures associées					
Mme PIERRARD	Déléguée territoriale d'Albertville et de Tarentaise-Vanoise	Conseil Général	45 avenue Jean Jaurès 73200 Albertville	Francoise.pierrard@savoie.fr	04 79 89 57 00
Mme REMOUSSENARD	Délégué territorial du Conseil Général Combe de Savoie	Conseil Général	Immeuble le Comte Rouge 300 avenue de Savoie 73800 Montmélian	Aurore.remoussenard@savoie.fr	04.79.44.23 00
2- Les coordonnateur, animateurs et assistante de filière de la filière gérontologique de Tarentaise					
Dr MERTUK	Médecin coordonnateur	CHAM	253 Rue Pierre de Coubertin, 73200 Albertville	d.mertuk@cham-savoie.fr	0479093114
Mme MINAZIO	Directrice adjointe _ Animatrice de filière	CHAM	Rue Jacques Marret, 73250 Saint-Pierre-D'albigny	Myriam.minazio@hopital-dubettier.com	04.79.28.50.34
Pilote MAIA A désigner					
Mme DUMOND	Assistante de filière	CHAM	253 Rue Pierre de Coubertin, 73200 Albertville	e.dumond@cham-savoie.fr	04 79 89 56 76
3.1 Membres représentants les Centres Hospitaliers					
Laurence BERNARD	Directeur	CHAM	253 Rue Pierre de Coubertin, 73200 Albertville	l.bernard@cham-savoie.fr	0479895501
Mme FONDARD	Cadre supérieur de santé – secteur gériatrique	CHAM	253 Rue Pierre de Coubertin, 73200 Albertville	s.fondard@cham-savoie.fr	Poste direct : 3118 Standard : 0479096060
Sylvain AUGIER	Directeur	CHS de la Savoie			
Dr SCHMITT	Médecin responsable de la psychiatrie de liaison	CHS de la Savoie			
Rudy LANCHAIS	Directeur	CH Bourg Saint Maurice	(➔ ou Jocelyne METAIS ?)		
Dr XXXX	Représentant le CH de Bourg Saint Maurice	CH Bourg Saint Maurice			
3.2- Membres représentants les établissements médico-sociaux					
A DESIGNER Mireille PERNET ?	Directeur d'EHPAD				
M. René CHEMINEAU	Directeur d'EHPAD	EHPAD La Nivéole Ugine			
Dr FALGON	Médecin coordonnateur	EHPAD La Nivéole Ugine			
Mme GOTTARDI	Président de l'Association des directeurs d'EHPAD		MARIN-LAMELLET 100 Route Impériale 73590 FLUMET		04.79.31.60.06
3.3- membres représentants les structures associatives et territoriales					
Mme DELCHER	Directrice du CCAS	CCAS d'Albertville		lydie.delcher@ccas.albertville.com	
M. LAGARD MERMET	Directeur	ADMR		flagard@fede73.org	
Mme REGIS	Directrice	SSIAD Albertville			

3.4- Membres représentants les professionnels libéraux et structures de coordination					
(en cours de désignation)	Médecin libéral				
(en cours de désignation)	Médecin libéral membre de l'AMURA	AMURA			
Mme FAIVRE-PIERRET,	IDE coordinatrice SSIAD Haute Tarentaise	Association des IDE coordinatrices de SSIAD			
Delphine BANTEGNIE	Directrice adjointe du dispositif d'appui à la coordination	Maison des Réseaux			
4-Les membres représentants les usagers					
Mme DUPRE	Représentant des usagers	France Alzheimer		vignette00011@sfr.fr	
Mme Fernande TARDY	Représentants des usagers	France Alzheimer			
Mme BLANC	Représentant des usagers	Ligue contre le cancer		emilefrancoise@hotmail.fr	

ANNEXE 3 – CARTOGRAPHIE DE LA FILIERE



GHT Savoie-Belley
Projet médical partagé

FICHES PROJETS
- Filière médicotechnique -

Stérilisation

Intitulé

Développer les coopérations entre services publics de stérilisation du territoire Savoie-Belley

Etat des lieux

La prise en charge dans les EPS du GHT est actuellement structurée comme suit :

Ressources médicales Source SAE 2015	CHAM	CH SPD	CHMS *Site CHC*	CHMS *Site CHAB*	CH BSM	CH SJM	CH Modane	CHB	CHS
PUI autorisée à effectuer la stérilisation ?	non	usage unique	oui	non	oui	oui	non	oui	non
Activité de stérilisation assurée par un prestataire extérieur ? *En cas de réponse positive, durée du contrat qui vous lie au prestataire ?* *Le transport est-il inclus :* - *dans le contrat ?* - *assuré par l'EPS ?*	Vanguard Durée : 4 ans Le contrat prend fin le 17/05/2019 Le transport est inclus dans le contrat	usage unique	non	presta CHMS	non	non	presta SJM	non	presta CHMS

A noter qu'un pharmacien départemental référent en stérilisation est identifié sur le territoire savoyard (Dr Lambert, PH du CHMS – 0,2 ETP).

Données d'activité (établissement - 2015) :

Etablissement	Volumes en M3	U.O (cf. ANAP)	Nbre de cycles	ETP médical	ETP non médical	Garde	Astreinte
METROPOLE SAVOIE	1798 (dont CHS ?)			1.4	22.86	non	oui
BELLEY	445.5	933815.5	1375 cycles	0,5	5	non	oui
ALBERTVILLE ET MOUTIERS (2015 : Moutiers avait encore un bloc)	401 Alb 307 + Moût 94	Equivalent boite : Alb 8 520 Moût 2 621	Nbre de cycle à définir	0.1 (pharmacien)	4 ETP dédiés à la stérilisation + 0.15 ETP IDE référente stérilisation	Pour les situations d'urgences (plan blanc) Ouverture de o6hoo-ohoo du lundi au vendredi (plus certains jours fériés (si 2 jours consécutifs avec le week-end)	
BOURG-SAINT-MAURICE	395			0.2	4.33	non	non
CHS de la	? (compris			presta CHMS	presta		

SAVOIE	dans les volumes CHMS)				CHMS		
SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE		370 M3	1 417 cycles	0.20	3.75	0	0

➢ **Centre hospitalier Métropole Savoie**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ **CH Belley**

- Projet d'externalisation à moyen terme (2019- déménagement 1er semestre 2020)
- Perspectives de sous-traitance avec le CHMS (à étudier – 2017/2018)

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Pas de convention.			

➢ **CHAM**

Stérilisation externalisée Vanguard. AO jusqu'en mai 2019.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Pas de convention pour le CHAM.			

➢ **CHSJM**

Un projet de réhabilitation de la stérilisation en cours de réalisation 2016-2018

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ **CHS de la Savoie**

Sous-traitance actuelle avec CHMS - site Chambéry.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ **CH Bourg Saint Maurice**

Stérilisation récente (2016). Pas de besoins identifiés pour les prochaines années.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

Objectifs

Axe 1

↳ **Prévoir des modalités de coopération entre les services de stérilisation publics**

Axe 2

↳ **Promouvoir l'information et favoriser la communication entre les services de**

	stérilisation publics **Axe 3** ↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage de l'information**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Prévoir des modalités de coopération entre les services de stérilisation publics** Il s'agit : A COURT et MOYEN TERMES (2017 – 2020) - de s'accorder sur une méthodologie commune de recensement des données de l'activité ; - de réaliser un inventaire • du parc d'instrumentation disponible sur chaque établissement (containers, paniers emballés, satellites). - instruments appartenant à l'établissement ; - instruments en dépôts permanents (ancillaires). • des investissements de compléments de matériel prévus. - d'étudier les possibilités • d'harmonisation des compositions par spécialités et par établissements afin de faciliter le flux internes et inter-EPS ; il est opportun de prioriser les spécialités chirurgie viscérale conventionnelle et coelioscopique et chirurgie gynécologique ; • de formaliser, en intra-GHT, des procédures de dépannage entre services de stérilisation (sur la base de la convention existante entre le CHMS et CH BSM) ; • de poursuivre et formaliser, en inter-GHT, les échanges avec le CHU Grenoble-Alpes et les établissements privés du territoire (Médipôle) pour prévoir et anticiper les possibilités de dépannages et plans de secours ; • de mutualiser les achats d'instrumentation chirurgicale : matériel neuf, matériel de remplacement ; - de conduire la réflexion visant à faire prendre en charge par le CHMS l'activité de stérilisation : • du CH de Belley, dans le cadre de la reconstruction de l'établissement ; • du CHAM en lien avec les échéances qui lient l'établissement à son prestataire Vanguard. A MOYEN ET LONG TERMES (2020 - 2025) - de réfléchir à la mise en place • d'une organisation commune entre les établissements volontaires afin de mutualiser des prestations et prévoir/ maintenir des spécialités par structures de production. => audit à conduire tenant compte des distances, volumes d'activité et investissements prévus ; • d'une plateforme de traitement commune qui permette de répondre aux besoins de tout ou partie des EPS du GHT : - 1er niveau : Aix-Belley-Chambéry ;

	- 2ème niveau : Aix-Belley-Chambéry-Albertville-Moutiers ; - 3ème niveau : Autres possibilités à définir. • d'examiner la possibilité à terme de disposer de deux structures identifiées pour l'ensemble du territoire. Objectifs : ⇨ couvrir la totalité du territoire du fait de ses spécificités (éloignement géographique, saisonnalité hivernale etc.) ; ⇨ sécuriser les EPS pour faire face aux aléas techniques dans le cadre d'un de secours. **Axe 2 : Promouvoir l'information et favoriser la communication entre les services de stérilisation publics** Il s'agit : - de développer les rencontres entre les professionnels de chaque établissement afin de • partager les pratiques ; • échanger les informations (*effectif au niveau départemental* => prévoir d'élargir et formaliser les rencontres) ; • aborder les problématiques communes telles que transport, stockage etc. - d'organiser des formations communes médicales et soignantes ; - de favoriser le soutien entre EPS lors de visites de certification, inspection etc. ; - d'organiser un CREX commun entre EPS en vue de systématiser le retour d'expérience au fur et à mesure des signalements opérés ; - de favoriser les échanges avec les structures privées du territoire (intérêt partagé : plan de secours). **Axe 3 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage de l'information** Il s'agit prioritairement : - de développer l'accès aux *logiciels métier* ; - de développer l'accès à un *logiciel de bloc* commun ou interopérabilités entre les EPS déjà dotés. L'objectif dans les deux cas est de pouvoir : - partager l'information concernant la disponibilité en temps réel du matériel ainsi que sa géolocalisation ; - favoriser l'accès au dossier patient.
Forces du GHT	• coopération déjà existante qui se manifeste par : - l'existence d'un pharmacien départemental référent en stérilisation, - une convention de dépannage entre le CHMS Chambéry et Bourg St Maurice - - des sous-traitances entres différents établissements.
Faiblesses du GHT	- géographie du territoire - des prestations de stérilisation non uniformes sur le territoire (internalisées pour certains, externalisées pour d'autres).
Indicateurs	
Calendrier	2017-2021

Pharmacie

Intitulé : **Développer les coopérations entre les PUI du territoire Savoie-Belley**

Etat des lieux

L'ensemble des points et réflexions abordés ci-dessous s'appuie sur

- **l'ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur** *(cf. annexe n°1)* ;

***

Médicotechnique *- Données 2015-*	CHAM Site d'Albert.	CHAM Site Moutiers	CH SPD	CHMS *Site CHC*	CHMS *Site CHAB*	CH BSM	CH SJM	CH Modane	CH Belley	CHS
Pharmacie - PUI	oui	oui		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Activité de pharmacie clinique	oui	oui		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
URCC - Nb. de préparations annuelles	oui	non		oui	oui	non	oui	oui	Oui 1786	non
Préparations - volumétrie magistrale - volumétrie hospitalière	Réalisées sur Moûtiers. Prévu ds les travaux de la PUI d'Albertville	Très très peu					985 préparations magistrales en 2016 (URCC)	non	Très très peu	
PUI informatisée - circuit du médicament	oui	oui		oui	oui	Oui Cristalnet Puis Easily	oui	oui	oui	oui
DMI - Gestion PUI *Traçabilité papier* *Traçabilité informatisée*	/ Oui	Non depuis 2016		oui	non	oui	Oui traçabilité papier	non	Bloc traçabilité informatisée	
DMI - Gestion achat	Gestion par la PUI des DMI	Non concerné				?			oui	
Equipements (stockeurs, robots, etc…)	Non	non		stockeurs robots		non	non	non	non	oui
Logiciels : - GEF - Gestion stocks - Rétrocessions - Gestion suivi médicaments - Gestion des chimios - Bloc - Réa - Gestion des dialyses	AGFA CRISTALNET	AGFA CRISTALNET		- MAGH2 - Copilote - Copilote - Crossway - M-Pharmacie - Chimios - Dianesthésie - Diane réa - Médial	MAGH2 Copilot Copilot Convergence	ACFA web ACFA web ACFA web ACFA web NC	MAGH2 Cristalink	MAGH2 PSI	Cépage Crystalnet	Maincare copilote cortexte
Dispensation des médicaments : - globale - nominative - mixte (*description pour chaque EPS du contenu)*	Global par Vide/ plein dans tous les services sauf 1 service de médecine reglobalisé + Global pour EHPAD et SLD	Nominative 7j pour les 40 lits ssr 28 j pr usld 30 lits et ehpad 80 lits Reassort via critalnet pr médecine 28 lits nominative journaliere pr HAD avec		globale pour 1012 lits nominative pour 310 lits + 220 places en US	globale pour X lits nominative pour X lits	Globale pour 88 lits MCO Re-globalisée par 70 lits EHPAD	Globale avec délivrance nominative à la ligne des médicaments hors dotation pour MCO, SSR et USLD (177 lits) Nominative journalière pour HAD (15	Dotations nominatives bimensuelles pour SSR (26 lits) Dotations nominatives mensuelles pour EHPAD (88 places	global e pour 156 lits nominative pour 185 lits	Nominative Pour 256 lits

		fabrication des piluliers 15 lits globale pr SMUR R CAM consult					places), Dotations nominatives mensuelle (146 places)			

Données d'activité (sources 2015 : RTC / ARS *vs* compte administratif EPS) :

Etablissement	Unité d'œuvre : Dép. retraitées en €	Effectif médical	Description de l'activité en lien avec l'effectif médical	Effectif non médical	Garde	Astreinte
METROPOLE SAVOIE *Données retraitées (RTC – ARS)*	32 712 729	18.36		50.85	non	oui
CHMS *Données compte administratif EPS*	43 181 537 €	15,44 (Chy) + 4,3 ?(ALB)	- activité pharmacie + rétrocession - POP - radiopharmacie - liquidation, gestion des marchés, T2A	44,66 (Chy) + ? (ALB)		
BELLEY *Données retraitées (RTC – ARS)*	2 177 116	1	2 pharmaciens présents pour la PUI et la stérilisation.	6.63	non	oui
BELLEY *Données compte administratif EPS*		2 + 1 assistant	3 pharmaciens présents en 2016 pour la stérilisation et la PUI			
ALBERTVILLE ET MOUTIERS (dont SPD ?) *Données retraitées (RTC – ARS)*	3 627 198	3 PH ETP	Activité pharmacie Rétrocessions, facturation, gestion du dépôt de sang, T2A, gestion des marchés liquidation mandatement,	6.5 ETP préparateurs +1.3 ETP agents administratif +2 ETP magasiniers	non	Oui astreinte de sécurité mutualisée avec CH BSM
ALBERTVILLE ET MOUTIERS (dont SPD ?) *Données compte administratif EPS*		3 PH ETP	Activité pharmacie Rétrocessions, facturation, gestion du dépôt de sang, T2A, gestion des marchés liquidation mandatement,	6.5 ETP préparateurs +1.3 ETP agents administratif +2 ETP magasiniers	non	Oui astreinte de sécurité mutualisée avec CH BSM
BOURG-SAINT-MAURICE *Données retraitées (RTC – ARS)*	1 435 241	1.4 (0.6 PH +0.8 attaché)	- activité pharmacie + rétrocession - facturation, gestion des marchés, T2A	3,1	non	Oui (commune au CHAM)
BOURG-SAINT-MAURICE *Données compte administratif EPS*	1 435 241	1.4 (0.6 PH +0.8 attaché)	- activité pharmacie + rétrocession - facturation, gestion des marchés, T2A	3,1	non	Oui (commune au CHAM)
SAINT-JEAN-DE-	2 943 408	1.6		4	non	

MAURIENNE *Données retraitées (RTC – ARS)*						
MODANE *Données retraitées (RTC – ARS)*	114 625	0.4		0.5		
CHS de SAVOIE *Données retraitées (RTC – ARS)*	19 046 ?	2.81 ?		7.06 ?		
CHS de SAVOIE *Données compte administratif EPS*		2.6		5	non	oui

Volume	CHAM	CHMS SITE CHC	CHMS SITE CHAB	BSM	SJM	CHB
Consommation médicamenteuse de l'année 2015 (en euros) – **source SAE**	1 096 200	25 538 284	2 708 198	416 112	828 700	1 602 654

vs.

Consommation médicamenteuse de l'année 2015 (en euros) – **données EPRD EPS**	MDTS 27 646 002 € DM 13 246 366 € PSL 2 289 169 €	381 144	1 290 239 Comptes 6021… Avec rétrocession et gaz médicaux	1818615 € (C/ 6021)	

➢ CENTRE HOSPITALIER METROPOLE SAVOIE

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ CH BELLEY

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Groupement d'achats Pharm'Alpin			

➢ CHS DE LA SAVOIE

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ CHAM

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Conventions - partenariat astreinte de sécurité avec BSM. - Groupement d'achat pharm'alpin			

➢ CH M. DUBETTIER (SPD)

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ **CHSJM**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ **CH MODANE**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ **CH BOURG SAINT MAURICE**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

Objectifs

Axe 1

Prévoir des modalités de coopération entre les PUI du territoire

Axe 2

Promouvoir l'information et favoriser la communication entre les PUI du territoire

Axe 3

Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée.

Déclinaison des objectifs

Axe 1 : Prévoir des modalités de coopération entre les PUI du territoire

Il s'agit :
1/ de **travailler :**

- concernant la FONCTION ACHATS
  - à l'examen en vue de la mutualisation d'une partie des DM : réflexion à conduire sur les **segments potentiellement mutualisables,** hors pharmal'alpin, et identifier **des référencements d'activités qui pourraient être portés à l'échelle du GHT,** *par exemple en urologie (liste des activités concernées à préciser en fonction des remontées du terrain et des pratiques professionnelles de chaque établissement)* ;
  - à la mutualisation des **tableaux de bord de suivi de l'activité des PUI existants en intra-GHT**
    => état des lieux de l'existant au sein de chaque établissement à réaliser ;
    => examen des tableaux de bord et indicateurs qui seraient pertinents de mettre en commun entre les EPS.
  - à l'élaboration d'un **livret thérapeutique de territoire** en lien avec
    - l'instauration d'un COMEDIMS de territoire, en complément des

COMEDIMS locaux => en lien avec le contrat de bon usage et concernant les protocoles médicaux et de prise en charge patient ; *Cf. réunions préparatoires à initier en amont pour étudier les conditions de mise en œuvre.*

- l'avancée des travaux menés sur la fonction achats.

- concernant les APPROVISIONNEMENTS
  - à la formalisation des **dépannages** (actuellement effectif entre l'ensemble des EPS du territoire).

2/ de **réfléchir à** :

- la **centralisation des préparations magistrales** en fonction :
  => de l'intérêt de centraliser notamment gains financiers et/ou coûts à prévoir ;
  => de la faisabilité de passer des « commandes » des EPS partie du groupement (quantité, volume etc.) ;
  En 1ere intention, il pourrait être envisagé de mener un travail entre le CHMS et le CHSJM et CHAM pour répondre à des recours ponctuels.
- **l'amélioration du fonctionnement des URCC** sur la base de la réalisation d'un bilan qualitatif et quantitatif des préparations réalisées, nombre d'isolateurs etc.
  => Objectifs :
  - poursuivre et généraliser l'harmonisation des pratiques entre l'ensemble des EPS ;
  - prévoir les dépannages (effectif pour les approvisionnements ; à prévoir pour les préparations ?) ;
  - étudier l'intérêt du maintien dans les EPS de proximité vs centralisation des préparations sur l'établissement référent (modalités, formes et conséquences à examiner) => examiner le bénéfice pour le parcours patient et dans le cadre d'une prise en charge de proximité ; l'étude de la centralisation sur l'établissement support doit être envisager dans le cadre d'une convergence des SIH (*cf. exemple des EPS de Haute Loire*).

3/ de **réaliser un bilan/état des lieux sur les activités la « pharmacie clinique »** dans les EPS du territoire. L'objectif serait de définir le périmètre commun concernant la « pharmacie clinique » et d'examiner les modalités de faisabilité et mise en œuvre.
Intérêts collectifs :

- partager d'informations sur la conciliation médicamenteuse ;
- sécuriser les transferts de patients ;
- développer et mutualiser les actions conduites en matière d'éducation thérapeutique etc.

4/ de poursuivre les travaux des groupes de travail pharmaciens afin d'étudier :

- la mise en place d'une **préparation centralisée et robotisée des dispensations nominatives** de médicaments pour EHPAD (notamment CH BSM), USLD voire unités sanitaires (robotisation actuellement à Chambéry et à Bassens). Cette activité dépendra étroitement du futur schéma informatique et des possibilités logistiques
  => cf. logiciel *métier* commun à généraliser ? A ce titre, une démarche commune pourra être conduite sur l'adoption d'un l'applicatif (COPILOTE ?) en fonction des gains économiques et partage des pratiques.
- la mise en place de mesures dégradées en cas de difficultés (absence de pharmaciens, locaux indisponibles etc.) de PUI en vue de **préparer les « caisses pour les services »** dans le cadre de la dispensation globale des médicaments. La mise en place de mesures dégradées dépendra étroitement du futur schéma informatique et des possibilités logistiques ;

- les impacts du projet de **développement territorial de l'HAD** (*cf. fiche projet*) et les mesures à prendre en conséquence au niveau des PUI, en lien avec le développement d'antennes HAD.

5/ d'étudier

- l'intérêt, la plus-value et la faisabilité de **mettre en place des astreintes** organisées par bassins *(cf. astreinte en place en Tarentaise (CHAM et CHBSM) qui fonctionne bien=> voir faisabilité d'y raccrocher CHSJM)* sur la base d'un état des lieux exhaustif des activités (nature et volume) par EPS ;
- en lien avec l'évolution de la réglementation, la faisabilité d'une **organisation commune** (remplacement de congés, etc.) entre équipes de pharmaciens, en fonction de périmètres géographiques limités aux bassins de santé (*autres ?* organisation entre 2 établissements) et les contraintes inhérentes au dimensionnement des équipes en place.

Axe 2 : Promouvoir l'information et favoriser la communication entre les PUI du territoire

Il s'agit :

- de poursuivre les **rencontres entre les professionnels** de chaque établissement
  => cf. réunions (2 ou 3 par an) lancées dans le cadre du GHT avec pour objectifs *:*
  - partage d'informations ;
  - harmonisation des pratiques, protocoles thérapeutiques etc. ;
  - travail sur la mutualisation des documents supports.
- de partager **les retours d'expériences** en organisant des réunions relatives :
  => **CREX** : réunions annuelles pour faire le bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des CREX ;
  => **matériovigilance** : rencontres à instaurer pour faire remonter les incidents rencontrés par les utilisateurs ;
  => **CBU** : rencontres à prévoir pour partage des réponses.
  => **amélioration délivrance médicament** en lien : rencontres à instaurer.
- d'envisager **d'élaborer un livret thérapeutique de territoire** *(cf. Axe 1)* conditionné par
  - l'instauration d'un COMEDIMS de territoire, en complément des COMEDIMS locaux => en lien avec le contrat de bon usage et concernant les protocoles médicaux et de prise en charge patient ; *Cf. réunions préparatoires à initier en amont pour étudier les conditions de mise en œuvre ;*
  - l'avancée des travaux menés sur la fonction achats.
- d'organiser des formations communes pharmaciens/préparateurs, des audits communs etc.

Axe 3 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée

CROSSWAY et EASILY sont majoritairement utilisés dans le GHT et font actuellement l'objet d'audits.
Les objectifs à privilégier sont de développer :

- l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site vers tous les sites ;
- la communication complète des PACS ;
- l'intégration automatique des documents extérieurs (qu'ils soient radiologiques ou biologiques, Anapath ...).

Concernant la pharmacie, il s'agit notamment d'étudier la faisabilité de généraliser un logiciel

	métier (type COPILOTE) et d'envisager la possibilité d'un achat groupé.
Forces du GHT	robotisation encours
Faiblesses du GHT	géographie du territoire
Indicateurs	
Calendrier	2017-2021

Laboratoires

Intitulé : **Développer les coopérations entre EPS concernant l'activité de biologie**

Etat des lieux

L'ensemble des points et réflexions abordés ci-dessous s'appuie sur **…** *(cf. annexe n°1)* qui fait référence en la matière.

L'activité des laboratoires d'anatomie et de cytologie pathologiques n'est pas traitée ici et fera l'objet d'une fiche spécifique.

***

La prise en charge dans les EPS du GHT est actuellement structurée comme suit :

Ressources médicales Source SAE 2014	CHAM	CH SPD	CHMS *Site CHC*	CHMS *Site CHAB*	CH BSM	CH SJM	CH Modane	CH Belley	CH Savoie
Activité internalisée - *accréditation COFRAC ?*			oui oui	oui -bio : non -HE : en cours				oui	non
Activité assurée par un prestataire extérieur ?	oui	oui	non	non	oui	oui	oui	non	presta CHMS
En cas de réponse positive, durée du contrat qui vous lie au prestataire ?			non	non					

Données d'activité (2015 – sources RTC *vs* données compte adm. EPS).

Etablissement	Coût direct moyen	Volumes en B	Effectif médical	Effectif non médical	Garde	Astreinte
METROPOLE SAVOIE - RTC	0,24€	53 271 852	11.71	92.18	non	oui
METROPOLE SAVOIE – données EPS						
BELLEY (CHMS) - RTC	0,33€	4 462 456	1.8	8.20	non	oui
BELLEY (CHMS) – données EPS						
ALBERTVILLE ET MOUTIERS- RTC	0,27€	11 597 896	2	9	Oui Techniciens	Oui Biologiste
ALBERTVILLE ET MOUTIERS– données EPS						
BOURG-SAINT-MAURICE- RTC	0,32€ ?	1 418 589 sous-traitance ?	?	?		
BOURG-SAINT-MAURICE– données EPS						
SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE-	0,33€ ?	1 842 669 sous-traitance ?	?	?		

RTC						
SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE– données EPS						
CH MODANE RTC	0.27	70 971 sous-traitance	0	0		
CH MODANE données EPS						
CHS DE SAVOIE-RTC	0,27€ ?	650 765 sous-traitance ?	?	?		
CHS DE SAVOIE– données EPS						

A noter que le projet ABC a déjà permis de regrouper les laboratoires de 2 établissements du GHT et de répartir l'activité comme suit :

- **Centre Hospitalier Métropole Savoie, site d'Aix-les-Bains :**
  - ➔ Biochimie générale & urgences, Hématocytologie, Hémostase, Hygiène environnementale
- **Centre Hospitalier Métropole Savoie, site de Chambéry :**
  - ➔ Biochimie générale et spécialisée/ urgences, Pharmacologie-Toxicologie, Génétique somatique, Génétique constitutionnelle, Hématocytologie, Hémostase, Allergie, Auto-immunité, Immunologie cellulaire spécialisée, Bactériologie, Parasitologie – Mycologie, Sérologie infectieuse, Virologie
- **Centre Hospitalier de Belley**
  - ➔ Biochimie générale & urgences, Hématocytologie, Hémostase, Immunohématologie

Le but du projet était le maintien sur site d'un laboratoire de réponse rapide au CH de Belley et CHMS (sites Chambéry et Aix les Bains) ainsi que le transfert du reste de l'activité au laboratoire du CHMS – site de Chambéry, avec une coopération étroite des biologistes.
Une convention entre ces 3 établissements et le CHS a été passée afin de prendre en charge son activité de biologie.

➢ **Centre hospitalier Métropole Savoie**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Convention avec le CHS			

➢ **CH Belley**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Convention avec le CHMS			

➢ **CHS de la Savoie**

	<table><tr><th>Type</th><th>Établissement</th><th>Détail</th><th>Nb effectif ETP</th><th>multi-site</th></tr><tr><td>Convention de partenariat</td><td>Conventions avec CHMS</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ➢ **CHAM** Cv° avec laboratoire privé dans les murs du CH => coop° positive en termes de fctt et de coût <table><tr><th>Type</th><th>Établissement</th><th>Détail</th><th>Nb effectif ETP</th><th>multi-site</th></tr><tr><td>Convention de partenariat</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ➢ **CHSJM** <table><tr><th>Type</th><th>Établissement</th><th>Détail</th><th>Nb effectif ETP</th><th>multi-site</th></tr><tr><td>Convention de partenariat</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ➢ **CH Modane** <table><tr><th>Type</th><th>Établissement</th><th>Détail</th><th>Nb effectif ETP</th><th>multi-site</th></tr><tr><td>Convention de partenariat</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ➢ **CH Bourg Saint Maurice** Cv° avec laboratoire privé de proximité. <table><tr><th>Type</th><th>Établissement</th><th>Détail</th><th>Nb effectif ETP</th><th>multi-site</th></tr><tr><td>Convention de partenariat</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>
Objectifs	**Axe 1** ↳ **Prévoir des modalités de coopération entre EPS concernant l'activité de biologie** **Axe 2** ↳ **Promouvoir l'information et favoriser la communication entre EPS concernant l'activité de biologie** **Axe 3** ↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée.**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Prévoir des modalités de coopération entre EPS concernant l'activité de biologie** Sur la base d'un état des lieux exhaustif de l'activité sur le territoire, il s'agit de soutenir les coopérations en place et à venir : *1.1. Faire évoluer le projet ABC1 en ABC2 : poursuivre l'évolution de l'organisation de la biologie à l'échelle du bassin Chambéry, Aix les Bains et Belley en vue d'une 2ème phase d'optimisation des activités des laboratoires.*

=> Objectifs :

- poursuivre la valorisation des transferts d'activité en lien avec les différents processus d'accréditations :
  - adéquation charges/ressources au regard des activités par sites, après avoir réalisé une étude sur l'évolution de la démographie médicale à court et moyen termes.
- valoriser des compétences de biologie hospitalière et expertise dans les activités transversales :
  - après accréditation COFRAC en hygiène environnementale, positionner le site d'Aix les Bains comme prestataire des EPS du territoire.
- conduire une réflexion globale sur l'organisation des activités de biologie entre les 3 sites :
  - examiner notamment les conditions de mise en œuvre d'une biologie délocalisée (en 1ère intention avec les sites d'Aix et Belley) : prospective médico-économique à conduire afin de cerner l'intérêt et la plus-value financière pour chacun des sites concernés.

=> Calendrier : 2017 – 2021

1.2. *Valoriser les coopérations actuelles avec les autres EPS du territoire* :
Il s'agit d'étudier la faisabilité d'une organisation commune de l'activité de laboratoire pour la biologie traitée hors site :

- réflexion à conduire dans les deux prochaines années entre CHMS et CH SJM (=> 2019 : fin du marché avec Labazur) pour déléguer au CHMS ces actes de biologie :
  - prérequis à la délégation : maintien des fonctionnalités existantes (résultats de laboratoire, dossier patient informatisé) ;
  - prévoir de définir le périmètre et conditions de mise en œuvre.
- pour les autres EPS, réflexion à réitérer. Examen au cas par cas, au fur et à mesure des besoins.

⇨ objectif : positionner le CHMS comme un CH de recours (avec la mise à disposition de son plateau de spécialité) sans pour autant remettre en cause les partenariats locaux avec les laboratoires privés.

Axe 2 : Promouvoir l'information et favoriser la communication entre EPS concernant l'activité de biologie

Il s'agit :

- de poursuivre les rencontres entre les PH de chaque établissement afin de partager les pratiques et d'échanger les informations etc. ;
- de travailler à l'harmonisation des pratiques, protocoles thérapeutiques (cf. bioRENAU) etc. ;
- d'organiser des formations communes, des audits communs (périmètre ABC + autres EPS du GHT ?) etc. ;
- etc ?

Axe 3 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée

Concernant le logiciel patient,

	CROSSWAY et EASILY sont majoritairement utilisés dans le GHT et font actuellement l'objet d'audits. Les objectifs à privilégier sont de développer : • l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site vers tous les sites (pour information, informatisation du dossier démarche palliative est en cours au CHMS) ; • l'intégration automatique des documents extérieurs (qu'ils soient radiologiques ou biologiques, Anapath …). *Concernant plus spécifiquement les laboratoires,* les objectifs sont : • l'uniformisation de l'informatique SIL (dans le cadre du projet ABC) ; • l'interopérabilité de plusieurs SIL au SIH et avec les applicatifs privés ; • l'intégration dossier médical informatisé et serveur de résultats de biologie.
Forces du GHT	- projet ABC de mutualisation des laboratoires mis en place entre le CHMS et CH de Belley - conventions entre CHMS, CH Belley et CHS
Faiblesses du GHT	- géographie du territoire - des modalités de prestations non uniformes sur le territoire (internalisées/externalisées).
Indicateurs	
Calendrier	2017 -2021

Imagerie

Intitulé	**Renforcer la filière imagerie médicale du territoire Savoie-Belley**
Etat des lieux	Le périmètre de la présente fiche inclut : - l'imagerie conventionnelle et fonctionnelle (hors imagerie fonctionnelle *in vivo*) ; - la radiologie interventionnelle ; - la radioprotection. *** L'ensemble des points et réflexions abordés ci-dessous s'appuie sur : **Partie imagerie médicale** • les arrêtés d'autorisation d'activité et d'équipements lourds de chacun des EPS. **Partie radioprotection** • arrêté du 19/11/2004 relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la PSRM. • arrêté du 06/12/2011 relatif à la formation et aux missions de la PSRM et à la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants étrangers pour l'exercice de ces missions en France. • guide de l'ASN n°20 (version 19/04/2013) : Rédaction du Plan d'Organisation de la Physique médicale. directive européenne 2013/59/Euratom du 05/12/2013 *** **L'activité des services d'imagerie** sur le territoire continue de croître, avec une hausse significative du nombre d'actes au CHMS entre 2014 et 2015.

Volume d'activité *(nbre d'actes dt injections)* **2015** *-données EPS-*	**CHAM**	**CH SPA**	**CHMS SITE CHC**	**CHMS SITE CHAB**	**CH BSM**	**CH SJM**	**CH MODANE**	**CHB**	**CHS**
TDM	10 250		40012	10551					
Nb d'IRM	1 977		18456						
Mammo/Seno/ litho	NC		3919						
Imagerie conventionnelle	23 490 + 3 876		57212						621

Plateaux techniques 2015 *-données EPS-*	CHAM	CH SPA	CHMS SITE CHC et prisons	CHMS SITE CHAB	CH BSM	CH SJM	CH MODANE	CHB	CHS
Nb de scanners	1 Alb + 1 Moû		2	1		1			
Nb d'IRM	1 sur site Albertville dans le cadre d'un GIE		2	1		GIE IRM DES DORONS			
Nb de salles de coronarographie	NC		1	-					
Nb de salles de radiologie vasculaire	NC		1	-					
Mammo/Seno/Litho	NC		1	-					
Imagerie conventionnelle *-Nbre de salles numériques*	Alb : 2 salles num et 1 non num + Mou : 1 salle non numérique		6	4		2			1
Arceaux mobiles Chirurgie	3 sur le Albetville		8	1					
Arceaux mobiles de graphie	1 sur Albertville		2						
Appareils dentaires	1 sur Moûtiers		9	1					
Ostéodensitomètre	NC			1					

Données d'activité (2015 : ARS/RTC vs comptes administratifs (CA) de EPS :

Etablissement	Coût direct moyen	Volumes en ICR	Effectif médical (ETP)	Effectif non médical (ETP) *(manip radio et sec)*	Garde	Astreinte
METROPOLE SAVOIE - *RTC*	1,78€	5 376 376	?	?		
METROPOLE SAVOIE - *CA*			15,6 Chy +2 Aix	55, 4 Chy + 8,75 Aix		
BELLEY- *RTC*	2,06€	744 801	1.96	13.45		
BELLEY- *CA*						
ALBERTVILLE ET MOUTIERS (dont SPD ?) - *RTC*	1,48€	1 665 889	2 ETP	16.85 ETP dont 0.5 PCR + 0.5 ETP cadre + 5 ETP secrétariat		
ALBERTVILLE ET MOUTIERS (dont SPD ?) - *CA*						
BOURG-SAINT-MAURICE - *RTC*	1,58€	841 238	1.63 ?	6.94 ?		
BOURG-SAINT-MAURICE - *CA*						
SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE (dt Modane ?) - *RTC*	2,19€	713 164	2.5	11.9		
SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE (dt Modane ?) - *CA*						
CHS DE SAVOIE - *RTC*	8,48€ 0,85€	16 479 interne 43 027 sous-traitance	0 L'interprétation est réalisée par le « Méridien »	1		
CHS DE SAVOIE - *CA*						

Démographie

Les équipes médicales des services d'imagerie sont confrontées aux difficultés suivantes :

Etablissement	Effectif autorisé	Effectif réel (*med. permanents*)	Interim med.	Besoins identifiés à 5 ans
CH METROPOLE SAVOIE	17,6	17,6	0	0
CH BELLEY				
CH ALBERTVILLE ET MOUTIERS	4 ETP	2 ETP	1.46 EMA de remplaçant	2 ETP
CH M.DUBETTIER (SPA)				
CH BOURG-SAINT-MAURICE				
CH SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE	2	2		0.5
CH MODANE				
CHS DE SAVOIE	Demande du CHS pour mise à disposition d'un temps de manipulateur + interprétation par les radiologues du CHMS			

En 2016, un coût de l'intérim important a été identifié sur le territoire du GHT (CHAM, BELLEY, SJM, CHMS).

- Coût intérim CHAM 2016 : 500 k€
- Coût CHAM concernant téléconsult France 2016 : 134 k€

SIH - Télétransmission

- **Télé-radiologie** : (interprétation à distance) : échanges en place avec tous les

établissements du GHT via les serveurs télé-AVC nexus (sauf CHS) avis spécialisé entre praticiens

- **PACS** (Carestream) : en cours de déploiement entre les établissements du GHT (sauf CHS) au 1er semestre. Travail à conduire sur les « cas d'usage » (à définir).
- **Télémedecine / Partage d'image**: accéder au dossier d'imagerie de la GHT par une équipe de professionnels, quelque soit le lieu de réalisation et le lieu de visualisation - pour les RCP ou consultations avancées (Carestream) 1ere réunion sur les cas d'usage en avril avec la DSIO
- **Astreinte** : module carestream à venir - au domicile des radiologues, dans le cadre de l'astreinte, mise en place par la plupart des établissements, donne satisfaction mais nécessite d'être améliorée (question des équipements).

Sur le SIH et la télé transmission, les difficultés mises en avant par les services sont les suivantes :

- dysfonctionnements récurrents de la télé-AVC nexus (CH Belley, CH BSM autres ?) ;
- manque d'informations et inexactitudes dans l'envoi de la demande ;
- question de la pertinence des demandes et de l'information parfois transmises ;
- partage d'images et d'informations dossier patient & antériorité médicale ;

➢ **Centre hospitalier Métropole Savoie**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ **CH Belley**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ **CHAM**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat de radio physique médicale du CHMS au CHAM	Signée en juin 2014 – reconduction tacite. Nouvelle version en attente de signature à la DG		Oui	Convention de partenariat de radio physique médicale du CHMS au CHAM
Convention relative au réseau TELECONSULT FRANCE	Signée en juillet 2015 – reconduction tacite		Oui	Convention relative au réseau TELECONSULT FRANCE

➢ **CH Michel DUBETTIER (SPA)**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de				

	partenariat

➢ **CHSJM**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	TELECONSULT France CHMS	Convention de services de téléradiologie Prestation de l'unité de radiophysique médicale		

➢ **CH Modane**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

➢ **CHS de la Savoie**

Type	Le Méridien	Interprétation des radios	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Le Méridien	Interprétation des radios		

➢ **CH Bourg Saint Maurice**

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Convention de partenariat avec Cabinet d'imagerie les Cimes			

Objectifs

Dans le respect de la confidentialité des données de santé :

Axe 1 :

- **Optimiser et sécuriser la prise en charge du patient à l'échelle du territoire**

Axe 2 :

- **Améliorer l'attractivité médicale**

Axe 3 :

- **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée**

Déclinaison des objectifs

Axe 1 : Optimiser et sécuriser la prise en charge du patient à l'échelle du territoire

1.1. Maintenir et valoriser une prise en charge de proximité

Il s'agit de :

- maintenir, compte tenu des volumes d'activité en urgences ou en programmée des EPS du GHT (notamment en période hivernale), une prise en charge en imagerie médicale de proximité ;
- mener une réflexion pour améliorer l'attractivité médicale et faire en sorte que les établissements fassent appel à des permanents médicaux, gage d'une prise en

charge de qualité, sécurisée et optimisée financièrement ;

- sécuriser la prise en charge de proximité en matière de radioprotection :
  - en réalisant un état des lieux des pratiques et des équipements dans les EPS / mettant en lien les référents.
  - en renforçant les domaines d'activité suivants :
    - radioprotection du patient

      Objectifs :
      - ✓ répondre aux exigences réglementaires de contrôles de qualité périodiques des dispositifs médicaux et de participer au choix des équipements ;
      - ✓ reconstituer les doses délivrées au patient ;
      - ✓ travailler à l'optimisation de la dose délivrée au patient (spécifique de la radiologie interventionnelle) ;
      - ✓ état des lieux des doses délivrés selon les actes médicaux ;
      - ✓ définir un seuil d'alerte de dose pour lequel le patient doit avoir un suivi dermatologique ;
      - ✓ analyse des pratiques puis optimisation pour diminuer les doses délivrées ;
      - ✓ mettre en place un système de management par la qualité ;
      - ✓ participer aux certifications HAS des établissements ;
      - ✓ déployer un système informatique de collecte de dose (DACS – *Dosimetry Archiving and Communication System) - en cours d'étude* (en cours de déploiement CHMS, BSM etc.) ;
      - ✓ diminuer les coûts des contrôles des organismes agréés en mutualisant.
    - radioprotection du personnel et de l'environnement

      Le projet serait :
      - de réaliser un état des lieux du matériel sur les EPS ;
      - de mettre du temps CHMS (2016 : 1,5 ETP + 300 h pharmacienne med.) nucléaire à disposition des établissements de santé du territoire volontaires afin de partager :
        - un appui administratif : soutien dans les déclarations de générateurs X et dans les autorisations de scanners
        - un appui technique : soutien sur les études de poste et analyses de risque et sur les formations
        - un appui sur les contrôles de radioprotection => objectif : diminuer les coûts des contrôles des organismes agréés en :
          - en reprenant les contrôles internes effectués par les organismes agréés
          - en essayant de regrouper la totalité des contrôles externes de chaque établissement

L'objectif serait de développer les synergies entre les EPS du GHT et favoriser la mise en place d'un réseau territorial en matière de radioprotection, sur la base de moyens humains renforcés.

1.2. Renforcer et développer des prises en charge spécialisées

1.2.1. **La radiologie interventionnelle** de niveau 1 (*actes simples réalisables par tout radiologue polyvalent - par exemple : biopsies, ponction guidée, infiltration articulaire périphérique*) voire de niveau 2 (*actes intermédiaires : réalisable au niveau d'une structure de RI*

intégrée au plateau technique d'imagerie, équipée en conformité avec l'activité envisagée et obligatoire adossée à un établissement MCO) est effective au sein de chacun des EPS de proximité. La prise en charge actuelle est la suivante :

- CHB :
- CHAM :
- CHSPD :
- CHSJM :
- CH Modane :
- CHS :
- CHBSM : niveau 1

(*à confirmer par chaque EPS pour niveau 1 et niveau 2+ formation DESC ?).*

Il s'agit pour l'établissement référent :

- de conforter l'activité actuelle de radiologie interventionnelle avec une équipe d'au moins 4 radiologues interventionnelles pour
  - assurer la continuité de la prise en charge (niveaux 1 et 2) ;
  - assurer les astreintes ;
  - être attractif du fait du dimensionnement de l'équipe.
- de développer une prise en charge de niveau supérieur en imagerie interventionnelle, une fois l'équipe suffisamment dimensionnée et engager une diversification de la prise en charge :
  - développer et améliorer la prise en charge d'actes complexes (TIPS etc…) nécessitant un plateau technique adapté ;
  - sur la neuro-radiologie : partenariat avec l'astreinte UNV à poursuivre et conforter ;
  - revoir l'accessibilité aux blocs avec ampli radiologique (vacations supplémentaires ?).

1.2.2. **Autres prises en charge spécialisées**

Une réflexion pourrait être également conduite sur le développement d'autres types de prises en charge spécialisées, dans le cadre d'une organisation/gradation de l'offre de soins sur le territoire.

Cette réflexion pourrait s'appuyer sur les activités spécialisées suivantes, exercées par le CHMS :

- activité cardiaque (trois radiologies sur scanner et IRM) ;
- activité de l'Imagerie de la femme complète (diagnostic, et thérapeutique) avec quatre radiologues ;
- spécialiste en neuro IRM et SCANNER (Dacryo par exemple) ;
- activité ostéo articulaire avec infiltration sous écho ou radio ;
- activité ponction thyroïde ;
- référent imagerie pédiatrique.

1.3. Envisager de faire évoluer la permanence médicale en imagerie sur le territoire

Objectifs : examiner l'ensemble des conditions qui permettraient de faire évoluer les permanences médicales d'établissement vers des permanences partagées/communes, à l'échelle de bassin de santé en tenant compte de la pénibilité qu'elles représentent et en veillant à maintenir l'attractivité médicale.

A ce titre, il importe :

- de réaliser un état des lieux exhaustif de l'activité par établissement en fonction de :

- l'activité (périodes hautes/basses, jour/nuit/week-end) => *enquête ARS* ;
- la présence de radiologues libéraux par bassin ;
- la configuration géographique du territoire (distances kilométriques notamment) ?

- d'examiner, sur la base de cet état des lieux, les conditions nécessaires au projet d'astreintes médicales par bassin :

  => condition nécessaire : associer les médecins libéraux à la permanence médicale.

  => envisager, dans ce cadre, un rapprochement avec les radiologues libéraux pour évaluer les conditions de mise en œuvre.
- concernant l'astreinte médicale, nécessité de veiller en cas d'astreinte commune à plusieurs établissements :
  - à une répartition équitable de la charge de l'astreinte ;
  - au fonctionnement diurne des services d'imagerie : conciliation entre réalisation d'astreinte et poursuite de l'activité quotidienne (réglementation des 11h de repos de sécurité).

Axe 2 : Améliorer l'attractivité médicale

2.1. Conduire une réflexion sur l'évolution de la démographie médicale à 5 et 10 ans

Objectifs : anticiper les besoins des EPS et mettre en place une stratégique de recrutement et d'attractivité des postes à pourvoir.

Il s'agit de :
- envisager une organisation commune entre équipes médicales des EPS tenant compte des améliorations apportées en matière de télé interprétation ;
- examiner la possibilité de créer des postes partagés à l'échelle du bassin ou du territoire pour tous les nouveaux recrutements de radiologues ;
- permettre aux radiologues de chaque EPS une ouverture vers l'EPS référent :
  - avoir recours au plateau spécialisé du CHMS ;
  - organiser des formations communes ;
- mener une réflexion sur les postes médicaux vacants et la possibilité de les valoriser/rendre attractifs.

=> *cf. fiche projet RH médicales.*

2.2. Développer les liens entre les partenaires hospitaliers

Il s'agit de :
- travailler à l'harmonisation des protocoles et spécifiquement ceux concernant les astreintes (effectif CHMS) et d'engager une réflexion pour l'harmonisation des parcs d'équipement (=> faire le lien avec le groupe de travail *Biomédical*) ;
- favoriser les rencontres entre professionnels des EPS afin de partager les constats, difficultés et pratiques ;
- faciliter l'accès à la formation (DU, DIU, EPU, FMC) ;
- relations et échanges avec les radiologues privés ? => appui nécessaire de l'ARS pour engager les négociations.

Axe 3 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée

	Il s'agit notamment de développer l'accès aux dossiers médicaux (+ flux d'images dans les deux sens) depuis n'importe quel site vers tous les sites (pour information, informatisation du dossier démarche palliative est en cours au CHMS). Concernant plus spécifiquement *l'imagerie médicale*, les développements concerneront la télé-radiologie, la télé-medecine, l'astreinte etc. Concernant le PACS, un déploiement est en cours entre les établissements afin de permettre le partage d'images. => En lien avec ces développements informatiques, un travail sur les « cas d'usage » devra être conduit par les professionnels concernés.
Forces du GHT	• Un maillage satisfaisant des plateaux d'imagerie sur le territoire • Des perspectives de développement des technologies de communication (PACS, télémédecine) par l'intermédiaire de partenariats organisés (CRISA) • Connexion VPN sur accès internet réduisant le coût de certains outils à néant
Faiblesses du GHT	▪ Une démographie médicale tendue ▪ Une attractivité du secteur privé pénalisante pour l'hôpital public ▪ La disparition de services de radiologie publique ▪ Peu de visibilité sur l'avenir de certains outils (DPPR, DMP, ZEPRA…) : démarche régionale versus démarche nationale ▪ Interopérabilité avec les dossiers "locaux"
Indicateurs	- Le nombre d'actes par typologie (scanner, IRM, …) - Les effectifs médicaux par spécialité en service d'imagerie - Les lignes de garde et d'astreinte - Les frais de personnel dans le cadre de recours à l'intérim
Calendrier	2017-2021

Hygiène hospitalière

Intitulé

Structurer l'hygiène hospitalière sur le territoire Savoie-Belley à partir de l'hôpital de référence

Etat des lieux

La présente fiche aborde la question de l'hygiène hospitalière et traite des actions de prévention et correctives menées à ce titre en milieu hospitalier. Elle s'inscrit en lien avec la réflexion menée sur l'activité d'infectiologie transversale.

***

L'ensemble des points et réflexions abordés ci-dessous s'appuient sur

- *Circulaire DGOS/PF2 n°2011-426 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé*
- *Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé*

(cf. annexes) qui font référence en la matière.

***

La prise en charge sur le territoire Savoie-Belley est actuellement structurée comme suit :

➢ Centre hospitalier Métropole Savoie

Le CHMS bénéficie de sa propre équipe opérationnelle d'hygiène, composée de médecins, pharmaciens, secrétaires, infirmières et techniciens biologistes spécialisés.

Cette équipe intervient sur les différents sites et EHPAD du CHMS. Une infirmière hygiéniste est affectée à ce titre en permanence sur le site d'Aix-les-Bains.

L'équipe opérationnelle d'hygiène du CHMS intervient également :

- au CHS de Bassens ;
- à l'EHPAD de Montmélian.

L'EOH du CHMS travaille en partenariat avec les instances régionales.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				
Convention de partenariat				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH/PHC Attaché(s) Assistant(s) interne(s)				
Poste(s) vacant(s)				

➢ CH Belley

Le CH de Belley dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène constituée d'une IDE à 0,8 ETP, d'un biologiste dédié à 0,2 ETP, d'un temps de pharmacien et d'un infectiologue (0,2 ETP) tous deux référents en antibiothérapie.

Type	Établissement	Détail	Nb	multi-site

			effectif ETP	
Convention de partenariat	Convention avec le centre de SSR d'Angeville et le SSR de Chanay			

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.2 ETP	NC	NC	
Poste(s) vacant(s)				

➢ CHAM

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Convention relative à la prévention des risques infectieux	Caduque le 01/01/2018	PH : 0.4 ETP IDE : 1 ETP Secrétaire : 0.5 ETP Technicien bio-hygiéniste : 0.2 ETP	Oui : Albertville + EHPAD Moûtiers + EHPAD

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.4 ETP (médecin infectiologue/hygiéniste + pharmacien hygiéniste)			
Poste(s) vacant(s)				

➢ CH M.DUBETTIER (SPD)

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Convention relative à la prévention des risques infectieux	Caduque le 01/01/2018	PH : 0.05 IDE : 0.1 Secrétaire : 0.1 Technicien bio-hygiéniste : 0.05	Non : SSR + EHPAD

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.05 ETP (médecin infectiologue/hygiéniste + pharmacien hygiéniste)			
Poste(s) vacant(s)				

➢ CHSJM

Equipe dédiée sur CHSJM.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)	0.20 ETP (médecin infectiologue/hygiéniste + 0.70 ETP IDE + 0.5 cadre de santé + 0.10 secrétaire + 2 correspondants hygiène par service + 0.20 PH référent antibiotique			
Poste(s) vacant(s)				

➢ CH Modane

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Cv° relative à la prévention des risques infectieux		PH : 0.05 IDE : 0.1 Secrétaire : 0.1 Hygiéniste : 0.05	SSR + EHPAD

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				
Poste(s) vacant(s)				

➢ CH Bourg Saint Maurice

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat				

Personnel	Etat des lieux de l'existant	Projection besoin à 1 an	Projection besoin à 5 ans	Projection besoin à 10 ans
PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)				
Poste(s) vacant(s)				

➢ CHS de la SAVOIE

L'équipe opérationnelle d'hygiène du CHMS intervient au CHS de Bassens.

Type	Établissement	Détail	Nb effectif ETP	multi-site
Convention de partenariat	Cv° avec le CHMS			

	<table><tr><th>Personnel</th><th>Etat des lieux de l'existant</th><th>Projection besoin à 1 an</th><th>Projection besoin à 5 ans</th><th>Projection besoin à 10 ans</th></tr><tr><td>PH Attaché(s) Assistant(s) Interne(s)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Poste(s) vacant(s)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> *** A noter qu'une **équipe spécialisée partagée de prévention des infections associées aux soins** (ESPPRI Santé), rattachée fonctionnellement au CHMS, intervient sur le territoire dans : - 37 EHPAD ; - 2 EMS autres (MAS Bassens, CEM St Alan Leysse) ; - 2 hôpitaux locaux (Modane et St Pierre d'Albigny) ; - 2 CH (CHAM et CH BSM) ; - 1 clinique ; - 3 CSSR. Le CHMS bénéficie, pour financer l'intervention d'ESPPRI dans les EHPAD du territoire, d'une enveloppe ARS de 160.000€.
Objectifs	**Axe 1** ↳ **Structurer l'hygiène hospitalière sur le territoire Savoie-Belley à partir de l'hôpital de référence autour d'une équipe mobile d'hygiène hospitalière de territoire** **Axe 2** ↳ **Promouvoir l'information relative aux risques infectieux et l'harmonisation des pratiques sur le territoire** **Axe 3** ↳ **Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée.**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Structurer l'hygiène hospitalière sur le territoire Savoie-Belley à partir de l'hôpital de référence autour d'une équipe mobile d'hygiène hospitalière de territoire** Les établissements partis s'accordent sur la volonté : - de partager et conforter des missions d'expertise et de recours en hygiène hospitalière ; - de structurer à l'échelle du territoire la prise en charge de l'hygiène hospitalière en s'appuyant sur deux structures : o **l'équipe spécialisée partagée de prévention des infections associées aux soins** (ESPPRI Santé) ; o une **équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière de territoire** (EOHT), constituée à partir de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) du CHMS. *** Concernant l'EOHT et compte tenu des ressources disponibles au CHMS, le projet pourrait

s'articuler en deux phases :

- à court terme (2017-2018) : il est envisagé de renforcer l'EOH du CHMS avec la création d'un poste de PH/assistant à vocation territoriale afin d'élargir le champ d'intervention de l'équipe aux établissements suivants : CHAM, CH St Pierre d'Albigny, CHBSM et constituer ainsi une EOH de territoire (EOHT). Pour rappel, l'EOH du CHMS intervient déjà au CHS et EHPAD de Montmélian ;
- intérêt du CH de Belley (+ 2 EHPAD) de participer et de s'intégrer à cette équipe ;
- à moyen terme, en fonction des besoins et attentes exprimées par les établissements, le dispositif sera affiné afin d'étendre le soutien et/ou l'intervention de l'EOHT au CH de Belley, CH SJM et CH de Modane.

La réflexion à mener sur cette base devra intégrer les éléments suivants :

- <u>MISSIONS de l'EOHT</u>

  => objectifs :
  - prévenir le risque infectieux associé aux soins et promouvoir le bon usage des anti-infectieux dans les établissements publics de santé (établissements MCO + EHPAD hospitaliers), en lien avec l'infectiologie transversale ;
  - recourir aux laboratoires du CHMS – section hygiène environnementale – pour analyse des prélèvements eau-air-surface permettant de générer des économies en supprimant le recours aux laboratoires extérieurs etc. ;
  - identifier les risques liés à la baisse de notation HAS/score ICALIN et prévoir des mesures correctives (sur la base d'indicateurs ICALIN, ICA BMR etc. à définir).

- <u>ORGANISATION de l'EOHT</u>

  (1) Mise à disposition de temps PH dans les CH parties
  - identification des temps PH nécessaires sur la base des référentiels nationaux (référentiel nat. infections nosocomiales : 1 ETP PH pour 800 lits sanitaires) en tenant compte du périmètre d'intervention de l'EOHT (MCO + EHPAD hospitaliers) ;
  - recrutements des professionnels médicaux par le CHMS et intervention dans les EPS parties par le biais de conventions de partenariat prévoyant notamment :
    - les besoins logistiques (temps secrétariat, moyens logistiques – transports, locaux - etc.) ;
    - les conditions d'engagement et de financement des parties prenantes ;
    - la validation du recours à l'EOHT par chaque CME d'établissements partis (« la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement » étant la première attribution de la CME).

  (2) Prévoir, sur chaque site, du temps soignants (au regard des moyens en place et des besoins identifiés) dédié à l'hygiène hospitalière, en relais et soutien de l'EOHT
  - identifier dans chaque établissement partie du temps soignants sur la base des référentiels nationaux (référentiel nat. infections nosocomiales : 1 ETP IHH pour 400 lits sanitaires) et en tenant compte du périmètre d'intervention de l'EOHT (MCO + EHPAD hospitaliers).

    Intérêts :

	- pour les équipes de l'EPS concerné, d'avoir localement la ressource à disposition en cas de besoin ; - pour l'équipe support de l'EOHT, de pouvoir s'appuyer sur des permanents, investis et impliqués dans la spécialité. Concernant la Tarentaise, mutualisation du temps infirmier à prévoir. **Axe 2 : Promouvoir l'information relative aux risques infectieux et l'harmonisation des pratiques sur le territoire** La mise en place d'une équipe mobile d'hygiène hospitalière de territoire doit permettre de recentrer l'action de l'ESPPRI sur la sphère médico-sociale (hors EHPAD hospitaliers). Pour autant, la coordination des actions menées par les deux équipes sera favorisée. Il s'agira, en outre, de développer dans les EPS ne bénéficiant pas de l'action de l'EOHT (CHSJM) : o le partage de l'information et le déploiement des compétences pluri professionnelles afin d'instaurer une culture d'hygiène préventive et corrective. Des formations communes pourront être à ce titre organisées ; o la mutualisation des outils, référentiels ou méthodes pouvant permettre une amélioration de la gestion des risques associés. **Axe 3 : Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée** Il s'agit notamment de développer : • l'accès aux dossiers médicaux depuis n'importe quel site vers tous les sites (pour information, informatisation du dossier démarche palliative est en cours au CHMS) ; • la communication complète des PACS et des résultats de laboratoire ; • l'intégration automatique des documents extérieurs (qu'ils soient radiologiques ou biologiques, Anapath …).
Forces du GHT	- recrutement possible d'un assistant spécialisé en hygiène hospitalière par le CHMS à compter de mai 2017 ; - interventions et conseils existants pour répondre à la demande des établissements ;
Faiblesses du GHT	- géographie du territoire - dimensionnement de l'EOH du CHMS
Indicateurs	• Nbre d'établissements intégrant l'EOHT • Nbre d'ETP dédié à la prévention du risque infectieux conforme au ratio proposé par la circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011
Calendrier	2017-2021

2.5. Projet de soins

<table>
<tr><th colspan="2">PROJET DE SOINS</th></tr>
<tr><td>Intitulé</td><td>Accompagner le PMP du GHT et développer des actions coordonnées d'amélioration des soins infirmiers de rééducation et médicotechnique et de leur management au sein du territoire de santé Savoie Belley</td></tr>
<tr><td>Etat des lieux</td><td>Le GHT est composé de 8 établissement dont plusieurs sous une direction commune et certains résultats d'une fusion récente.

Un état des lieux concernant les CSIRMT et le projet de soins de chaque établissement a été réalisé en octobre 2016.

<table>
<tr><th></th><th>CHMS</th><th>CHB</th><th>CHS</th><th>CHAM</th><th>CHSPA</th><th>CHSJM</th><th>CHM</th><th>CHBSM</th></tr>
<tr><td>CSIRMT</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td></tr>
<tr><td>3 X / an</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td></tr>
<tr><td>CR diffusés</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td><td>Oui</td></tr>
<tr><td>Active</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Non</td></tr>
<tr><td>Projet soins</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Non</td></tr>
<tr><td>Présenté aux instances</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Non</td></tr>
<tr><td>Inclus dans contrats de pôles</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Non</td></tr>
<tr><td>Liens avec PM et PQGDR</td><td>Faible</td><td>Non</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Non</td><td>Oui</td><td>Non</td><td>Non</td></tr>
</table>
Les CSIRMT existent et sont actives au sein de tous les établissements. Pour autant, leurs activités sont diversement reconnues au sein de leurs établissements.

Le projet de soins n'est formalisé que dans trois établissements. Il est coordonné de manière très variable avec le projet médical et le projet qualité. Les objectifs du projet de soins, quand il existe, ne sont jamais inclus dans les contrats de pôles.

Au-delà de ces éléments d'analyse, les Présidents des CSIRMT témoignent de communautés soignantes très impliquées dans la mise en œuvre du projet médical et du projet qualité, gestion des risques.</td></tr>
<tr><td>Objectifs</td><td>Les objectifs développés par le PS du GHT s'articulent autour de deux finalités :

❖ Soutenir le projet Médical du GHT
❖ Promouvoir les contributions spécifiques des professions du soin à l'amélioration de la</td></tr>
</table>

	qualité des activités, des organisations et de leur management Ces objectifs sont soutenus par des valeurs partagées qui sont : ➢ Etre ambitieux pour le patient ➢ Adopter une attitude positive ➢ Respecter les personnes et les engagements pris ➢ Travailler en équipe Quatre axes comportant chacun deux objectifs ont été définis au terme d'une démarche participative dans laquelle chaque établissement a trouvé intérêt à adhérer. • **Axe centré sur la personne soignée** 1. Développer et mettre en œuvre une culture de la bientraitance dans les soins 2. Assurer une gestion des risques liés aux chutes, isolements et contentions • **Axe centré sur l'organisation des soins** 3. Contribuer à l'organisation des parcours de soins au sein du GHT 4. Promouvoir et développer le travail en équipe • **Axe centré sur l'évolution des compétences** 5. Identifier, développer et partager l'expertise clinique et les pratiques avancées 6. Développer les compétences managériales et le management de l'amélioration continue • **Axe centré sur l'innovation, la formation et la recherche** 7. Développer et mettre en œuvre une politique d'accueil des étudiants en soins 8. Soutenir et promouvoir la recherche en soins
Déclinaison des objectifs	**1 : Développer et mettre en œuvre une culture de la bientraitance dans les soins** La bientraitance constitue la règle. Pour autant s'en assurer, la promouvoir et vérifier sa mise en œuvre par les professions du soin, mais aussi de tous les hospitaliers, constitue une démarche à coordonner avec les usagers et leurs représentants **2 : Assurer une gestion des risques liés aux chutes, isolements et contentions** Les chutes constituent la première cause de déclaration d'événements indésirables au sein des établissements du GHT. Le management de ce risque est très hétérogène. Une étape diagnostique permettra de recenser les organisations, compétences et moyens mis en œuvre au sein du GHT, pour définir les actions conjointes ou locales à mettre en œuvre, ainsi que les mutualisations ou synergies mobilisables. Les isolements et contentions constituent une activité à risque qui interpelle au quotidien les professions du soin. Ce thème qui a bénéficié d'un audit régional début 2017 conduit par le CEPPRAL constituera le

	premier objectif travaillé par le PS du GHT. **3 : Contribuer à l'organisation des parcours de soins au sein du GHT** Cet axe majeur constitue l'apport en compétences et en organisation des parcours de soins portés par le projet médical du GHT. De nouveaux métiers sont à concevoir et à articuler aux besoins de santé et au PMP du GHT. **4 : Promouvoir et développer le travail en équipe** La performance dans l'organisation des soins est actuellement corrélée à la capacité de chaque professionnel à coordonner son travail avec tous les membres de l'équipe de soins. Cet objectif, alimenté par le projet PACTE, sera conduit à partir des résultats des travaux de l'HAS. Le périmètre des équipes retenues peut tout autant concerner le binôme IDE-AS, le binôme Cadre de santé/Médecin chef de service, que l'équipe permanente d'un service de soins ou les équipes en missions transversales. **5 : Identifier, développer et partager l'expertise clinique et les pratiques avancées** Les expertises cliniques constituent la base de la qualité et de la sécurité dans les soins. Leur maintien, leur promotion, leur mutualisation et leur développement vers de nouvelles activités, garantissent la solidité des filières de soins et un accès aisé à des soins qualifiés en tous points du GHT. **6 : Développer les compétences managériales et le management de l'amélioration continue** L'encadrement des soins constitue l'ossature de la coordination des parcours de soins au sein des services et des établissements de soins, mais aussi au sein du GHT. L'accompagnement au maintien et au développement de leurs compétences constitue un facteur clé de succès du PMP, en particulier dans leur capacité à régler les dysfonctionnements du quotidien. **7 : Développer et mettre en œuvre une politique d'accueil des étudiants en soins** Les étudiants en soins constituent les futurs professionnels des établissements de soins. S'assurer de leurs conditions d'apprentissage constitue une garantie quant aux compétences acquises mais aussi un facteur d'attractivité et de fidélisation de ces futurs professionnels. **8 : Soutenir et promouvoir la recherche en soins** La matérialisation d'un savoir propre aux pratiques soignantes et sa diffusion, tant au profit des usagers que des professionnels, requière le développement d'une démarche de recherche structurée. Cette orientation se propose de développer les compétences nécessaires, d'identifier et de soutenir les programmes de recherche les plus pertinents, de communiquer les résultats obtenus et de mutualiser les ressources au sein du GHT
Forces du GHT	Des problématiques communes qui ont facilité le choix des objectifs du PSP Une méthode respectueuse des spécificités de chaque établissement Des professions du soin enthousiastes à l'idée de travailler sur un projet commun
Faiblesses du GHT	Les distances géographiques entre établissements

	La disponibilité accordée aux professionnels pour développer le PSP La coordination actuellement faible entre PSP, PMP et Projet QGDR
Indicateurs	Nombre d'objectifs développés et d'actions mises en œuvre Nombre d'améliorations mesurées Nombre d'actions coordonnées avec le Projet médical et le Projet Qualité du GHT
Calendrier	2017-2022 • En continue et en synergie du PMP pour « Contribuer à l'organisation des parcours de soins au sein du GHT » • Sur le rythme de lancement d'un objectif par semestre pour les autres orientations. Le premier objectif déployé fin 2017 sera d' « Assurer une gestion des risques liés aux chutes, isolements et contentions »

2.6. Projets transversaux sur les fonctions supports

Conformément à l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 et afin de faciliter et d'optimiser la mise en œuvre des actions retenues au titre du présent projet médical partagé, des réflexions ont également été conduites, au sein du groupement, sur la coordination des fonctions support suivantes :

- **systèmes d'information hospitaliers ;**
- **fonctions achats et logistique ;**
- **gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;**
- **qualité et gestion des risques ;**
- **gestion des ressources humaines médicales ;**
- **formation continue et DPC ;**
- **coordination des écoles ;**
- **biomédical ;**
- **culture.**

Les fiches projets suivantes recensent les travaux conduits et les orientations retenues.

GHT Savoie-Belley
Projet médical partagé

FICHES PROJETS
- Fonctions supports -

SYSTEMES D'INFORMATION HOSPITALIERS	
Intitulé	**Définir une cible convergente des systèmes d'information hospitaliers au sein des établissements de santé du GHT**
Etat des lieux	La mise en place d'un système d'information convergent de territoire est l'une des mutualisations obligatoires liée à la mise en place des GHT et confiée aux établissements supports de GHT, conformément à l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et au décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. Au plus tard le 1er janvier 2021, le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L.6132-3 du code de santé publique, un identifiant unique pour les patients. ❖ Le SIH d'un établissement de santé est construit à partir de briques majoritairement préfabriquées (progiciels). La DGOS dénombre entre 40 et 350 logiciels par ETS sur l'ensemble des métiers qu'ils soient administratifs, logistiques ou soignants. (CHMS : +100 applications métiers) ❖ Le SIH convergent sera constitué à terme par un ensemble de briques applicatives uniques sur chacun des métiers. Le centre hospitalier métropole Savoie (CHMS) est l'établissement support du GHT Savoie Belley. A ce titre la conduite du projet est assurée par la Direction des systèmes d'information et de l'organisation du CHMS. Dès le premier comité de pilotage du GHT le SIH a été considéré comme la fonction traverse obligatoire et cette problématique fait aujourd'hui l'objet d'une référence sur la quasi-totalité des fiches du projet médical partagé du GHT. Des réunions spécifiques entre responsables/directeurs des systèmes d'information ont été réalisées. Un premier état des lieux, par l'inventaire des applicatifs de chaque établissement partie au groupement a été effectué :

	GEF/GRH	GAM/Factu	Filière médicale	Urgences	Labo	Radio	Gestion Temps
Albertville - Moutiers	Orbis admin	CDAP/Pastel	CristalNet/ Easylit	DMU	-	Pas de RIS GE (Crisa)	-
St jean-de-Maurienne	Agirh/Magh2	Pastel	CristalNet/ Easylit	DMU	-	Pas de RIS GE (Crisa)	-
CHS Savoie	Agirh Evoluance	Evoluance	Cortexe	-	-	-	Gestor.net
Belley	CPage	CPage	CristalNet	DMU	InLog	Xplore Carestream	Chronos
Métropole Savoie	Agirh/Magh2	Pastel	CrossWay	Urqual	DxCare	Qdoc Carestream	Equitime (CHC) Clepsydre (Aix)
Bourg St Maurice	Orbis admin	Orbis admin	CristalNet/ Easylit	DMU	-	Pas de RIS GE (Crisa)	Clepsydre

- ❖ Le CHMS, établissement référent, doit actualiser prochainement son schéma directeur des systèmes d'information.
- ❖ Le CHMS s'interroge sur le renouvellement de son dossier patient informatisé (DPI) et souhaite lancer un audit externe sur la pertinence d'un tel renouvellement.
- ❖ Il s'agit d'une opportunité pour l'ensemble du GHT d'élargir cet audit aux établissements du GHT.
- ❖ Trois établissements, le CH Albertville-Moutiers, le CH de Belley et le CH de Saint-Jean de Maurienne doivent procéder au renouvellement de leur DPI, leur contrat de maintenance se terminant et n'étant pas renouveler par l'éditeur.

Objectifs

L'objectif est de définir la trajectoire de mise en place du DPI pour chaque GHT en fonction de la maturité des applicatifs et du degré de convergence déjà existants des SIH des établissements.

Dans le respect de la confidentialité des données de santé :

Axe 1 :

- ↳ Elaborer un cahier des charges en vue de réaliser un audit externe au CHMS et CH Belley.
- ↳ Elaboration du schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire Savoie Belley. (conformément à l'avenant CPOM 3.4.22)

Axe 2 :

- ↳ Dans un premier temps, choisir et mettre en place un DPI permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement, sous réserve que l'impact financier pour chaque établissement concerné soit supportable.

Axe 3 :

	Mettre en œuvre la stratégie, l'optimisation et la gestion commune du DPI au sein du GHT, et plus largement, d'un SIH convergent au sein du GHT.
Déclinaison des objectifs	Lancer un audit externe sur l'ensemble des DPI du GHT afin d'étudier la pertinence de renouveler et s'engager vers un dossier patient commun répondant aux exigences de prise en charge coordonnée des patients. Examiner les conditions de mise en œuvre, notamment financières, et en termes de pilotage, de la solution qui sera retenue au sein du GHT. Axe 1 : ❖ Elaborer un cahier des charges pour la réalisation d'un audit externe des dossiers patients de chacun des établissements du GHT. ○ prendre en compte les spécificités liées ○ prendre en compte le degré d'informatisation ○ Intégrer la notion de multi-établissements ❖ Réaliser l'audit sur chacun des établissements. ○ solliciter les utilisateurs (médecins) ; ❖ Disposer d'un état des lieux ainsi qu'une évaluation de chaque DPI au regard du cahier des charges. ❖ Analyser le résultat et préconisations de l'audit en vue : ○ d'engager la réflexion d'une acquisition commune d'un DPI ○ ou de maintenir les solutions installées et adapter une interopérabilité performante entre les différents SIH. ❖ Elaborer le schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire Savoie Belley. (conformément à l'avenant CPOM 3.4.22) ○ Cf. calendrier Axe 2 : ❖ Dans un premier temps, choisir et mettre en place un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement, sous réserve que l'impact financier pour chaque établissement concerné soit supportable. Axe 3 : ❖ Mettre en œuvre la stratégie, l'optimisation et la gestion commune du DPI au sein du GHT, d'un SIH convergent au sein du GHT. ❖ Echéance : lancement 01/01/2018
Forces du GHT	• Schéma directeur à élaborer (FIR) • Fin de contrat pour le DPI de deux établissements du GHT
Faiblesses du GHT	• Investissement important d'un renouvellement dans chacun des établissements. • Calendrier à partager par l'ensemble des établissements
Indicateurs	- Résultats de l'audit - Mise en œuvre d'une solution préconisée

	SDSI
Calendrier	Action : Elaboration du cahier des charges en vue de lancer la consultation pour la réalisation du SDSI de territoire. • transmission pour avis aux établissements et responsables des systèmes d'information • validation par le comité de pilotage du GHT Echéance : janvier 2017 Action : Lancement de la consultation et choix du prestataire Détails de l'action si existant Echéance : mars 2017 Action : réalisation de l'audit par le prestataire, du SDSI • sollicitation des utilisateurs • analyse de l'existant • typologie des besoins / projets recensés • alignement stratégique avec le projet médical partagé • cible et scénarii du SDSI • planification et chiffrages des projets Echéance : septembre/octobre 2017 Action : présentation du SDSI aux instances du GHT et instances de chaque établissement membre • arbitrage • rapport final Echéance : décembre 2017 Action : mise en place d'un système d'information convergent et homogène Echéance : lancement 01/01/2018

<table>
<tr><th colspan="2">Fonction Achats et affaires logistiques</th></tr>
<tr><td>Intitulé</td><td>Développer les mutualisations entre les établissements de santé du GHT en matière d'achats et de logistique.</td></tr>
<tr><td>Etat des lieux</td><td>La mise en place d'une mutualisation des achats sur le territoire de santé Savoie-Belley s'inscrit dans un contexte de maturité en la matière des établissements de santé concernés, illustrée par :

- un contexte national (plan PHARE) qui favorise une culture commune et l'échange des bonnes pratiques (ARMEN) ;

- une politique régionale de l'ARS qui a facilité le lancement des plans d'actions « achats » (PAA) avec des méthodologies communes (centres hospitaliers Métropole Savoie, Belley, Albertville Moutiers) ;

- une région Rhône-Alpes Auvergne qui a facilité la mise en place de groupements d'achats régionaux importants, participatifs et structurés sur la plupart des segments d'achats, avec une forte adhésion des établissements du GHT Savoie Belley.

<table>
<tr><th rowspan="2">Groupements régionaux d'achats Rhône Alpes Auvergne</th><th colspan="6">Etablissements de santé GHT Savoie Belley</th></tr>
<tr><th>Belley</th><th>CHAM</th><th>CHMS</th><th>CH SJM</th><th>CH BSM</th><th>CHS</th></tr>
<tr><td>Pharm'Alp'Ain (Produits de santé)</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
<tr><td>GRAAL (Alimentation)</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
<tr><td>Produits incontinence</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
<tr><td>Fournitures de bureau papeterie</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
<tr><td>Articles textiles et produits lessiviels</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
<tr><td>Produits de droguerie</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
<tr><td>Article à usage unique</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td></td></tr>
<tr><td>GIE Déchets (DASRI)</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
</table>
- des pratiques abouties de collaboration entre directeurs des achats des établissements (par exemple, avec le comité de direction du groupement de coopération sanitaire « Blanchisserie »).</td></tr>
<tr><td>Objectifs</td><td><u>FONCTION ACHATS</u>
Axe 1
↳ établir un état des lieux de la politique d'achats des établissements du GHT pour préparer et proposer une stratégie commune

Axe 2
↳ établir de façon concertée un état des lieux des plans d'actions « achats » (PAA) des établissements du GHT servant de base au futur PAA de GHT</td></tr>
</table>

	Axe 3 ↳ **étudier une organisation des achats au niveau du GHT mutualisant des fonctions supports** **<u>AFFAIRES LOGISTIQUES</u>** **Axe 1** ↳ **étudier l'opportunité et la faisabilité d'une cuisine centrale de territoire** **Axe 2** ↳ **favoriser l'échange de bonnes pratiques**
Déclinaison des objectifs	**<u>FONCTION ACHATS</u>** **Axe 1 : Etablir un état des lieux de la politique d'achats des établissements du GHT pour préparer et proposer une stratégie commune** D'ici le 3ème trimestre 2016, une cartographie des achats de l'ensemble des établissements de santé du GHT identifiera : - les segments, comme l'énergie, qui relèvent de groupements nationaux (UGAP, UNIHA, RESAD IDF) ; - les segments qui relèvent des groupements régionaux ; - les segments qui justifieraient un groupement de commandes GHT (équipements biomédicaux, équipements hôteliers …) ; - les segments d'achats locaux (travaux …). Sur cette base, une politique et une stratégie d'achats communes pourront être construites et portées par les établissements membres du GHT. **Axe 2 : Etablir de façon concertée un état des lieux des plans d'actions « achats » (PAA) des établissements du GHT servant de base au futur PAA de GHT** Il s'agit, sur la base d'un état des lieux réalisé d'ici le 3ème trimestre 2016, - de prendre connaissance des PAA des différents établissements du GHT ; - d'en identifier les actions de convergence et spécificités ; - d'établir sur cette base, dans un objectif de convergence, un PAA du GHT. **Axe 3** **Etudier une organisation des achats au niveau du GHT mutualisant des fonctions supports** La mutualisation des achats entre établissements de santé suppose que les pratiques de travail correspondantes s'harmonisent. Dans ce cadre, les établissements du GHT Savoie Belley engageront une réflexion quant à l'organisation d'une fonction support commune aux services acheteurs des établissements de santé du GHT qui viserait à : - sécuriser juridiquement les pratiques d'achats à travers le recours à une cellule marché référente, commune au GHT (cellule CHMS ou CAPIJ du CH Annecy Genevois); - accompagner l'optimisation des pratiques achats ; - développer la « culture achats » des services acheteurs des établissements (définition des justes besoins, veille marché, stratégie achat, allotissement,

négociation…) ;
- contrôler la gestion des achats et évaluer leur performance.

A ce titre, il sera étudié :
- l'opportunité d'identifier, dans chaque CH participant, des champs de compétences précis et personnes ressources sur des domaines d'action « achats » particuliers ;
- l'hypothèse d'une organisation de la fonction achats totalement ou partiellement centralisée, au niveau de l'établissement support, pour le territoire du GHT.

***

Ces axes de travail s'appuieront, pour leur mise en œuvre, sur un pilotage à 3 niveaux :

- une **cellule opérationnelle des achats du GHT** avec une coordination du CHMS et des interlocuteurs « achats » désignés par les CH : l'objectif serait pour cette cellule de fournir un travail technique (cartographie des achats, synthèse des PAA des établissements, propositions d'organisation…).

- un **comité de direction (CODIR)- pilotage achats du GHT** rassemblant l'ensemble des directeurs/responsables achats des établissements du GHT, sous la coordination du CHMS, lors de rencontres trimestrielles pour valider les propositions techniques et préparer les COPIL GHT.

- le **comité stratégique du GHT** rassemblant les directeurs des établissements du GHT, les présidents de CME, le président du collège médical de groupement, le médecin DIM et les présidents des CSIRMT des établissements lors de rencontres trimestrielles pour valider les propositions du CODIR.

AFFAIRES LOGISTIQUES

Axe 1 : Etudier l'opportunité et la faisabilité d'une cuisine centrale de territoire

Une étude sera lancée et coordonnée par le CHMS avant la fin du 1er semestre 2016, au titre du GHT, sur :
- l'intérêt technique et financier de mettre en place une cuisine commune entre plusieurs établissements du GHT ;
- la forme et les modes d'organisation à privilégier à ce titre.

Son financement sera assuré au prorata des budgets des établissements de santé souhaitant y participer.

Axe 2 : Favoriser l'échange de bonnes pratiques sur les autres axes logistiques

Les professionnels et responsables de la logistique (responsables nettoyage, magasin…) dans les différents établissements du territoire seront mobilisés afin de favoriser les retours d'expériences sur des bonnes pratiques constatées, auprès de leurs collègues dans les autres établissements de santé du territoire. Des rencontres régulières pourront être instituées à ce titre.

Forces du GHT	Les structures existantes adhèrent déjà à plusieurs groupements d'achats nationaux et régionaux communs.
Faiblesses	La géographie du territoire peut être un frein aux mutualisations logistiques.

du GHT	
Indicateurs	- % d'achats réalisés en groupements d'achats - Indicateur de gains d'achats (au sens de la méthodologie PHARE)
Calendrier	2016 : • de juin à août : rencontres hebdomadaires initiées par la coordination achats du CHMS avec les autres établissements de santé du GHT, au titre du lancement de la cellule opérationnelle achats GHT • fin juin : - 1er CODIR - présentation des résultats de l'étude sur la cuisine centrale commune • 3ème trimestre : cartographie des achats et états des lieux PAA réalisés • 4ème trimestre : réunion du COPIL GHT 2017 : poursuite des réflexions et actions lancées en 2016.

Gestion d'un département de l'information médicale de territoire

Intitulé : **Rapprocher les équipes DIM pour favoriser une organisation convergente**

Etat des lieux

L'organisation des DIM au sein des établissements de santé du GHT Savoie Belley est actuellement la suivante :

	CH BELLEY	CHAM	CH BOURG ST MAURICE	CHMS Site CHY	CHMS Site AIX	CH ST JEAN DE MAURIENNE	Total
ETP médicaux PMSI / DP	0,1	1	0	1,8	0,4	0,2	3,5
ETP médicaux Qualité	0	0	0	2	0	0	2
ETP TIM	2,5	2,75	1	5	1,4	2	14,65
ETP statisticien PMSI DP	0	1	0	1	0	0	2
ETP IDE Qualité	0	0	0	1,5	0	0	1,5
ETP qualiticien / GED / statisticien	0	0	0	1,5	0	0	1,5
ETP secrétariat	0	0	0	1,2	0,7	0	1,9
ETP Autre	0,33		0,5	2,4		0,75	3,98
Si autres	Coordination DIM		Adjoint des cadres	Référentes SIH, mvto vigilance		Archiviste	

L'ensemble des professionnels de ces établissements participent au collège Rhône-alpin de l'information médicale (CRAIM)

Ils assurent, en outre, les fonctions suivantes :

	CH BELLEY	CHAM	CH BOURG ST MAURICE	CHMS	CH ST JEAN DE MAURIENNE
Gestion des archives	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
DPC (développement personnel continu)	Non	Non	Non	Oui	Non
Tenue du dossier patient	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Déploiement du DPI	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Certificats électroniques de décès	Oui	Non	Non	Oui	Non
Gestion des comptes utilisateurs "Trajectoire"	Non	Non	Non	Oui	Oui
Compétences particulières	Responsable des secrétaires et du bureau des entrées	Transmission des dossiers médicaux		Chef de pôle, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse	

Les professionnels du DIM utilisent pour le recueil et le traitement de l'information médicale les logiciels suivants :

	CH BELLEY	CHAM	CH BOURG ST MAURICE	CHMS	CH ST JEAN DE MAURIENNE
Dossier Patient Informatisé (DPI)	Cristal Net	Cristal Net	Cristal Net	Crossway	Cristal Net
Logiciel de saisie des actes et diagnostics	Cristal Net	Cristal Net	Cristal Net	Crossway	Cristal Net
Logiciel groupeur MCO	Orbis PMSI	Cristal Net	Cristal Net	Orbis PMSI	Cristal Net
Logiciel groupeur HAD		ANTHADINE		Crossway	ANTHADINE
Reporting	PMSI Pilot ORBIS PMSI	BO Cristal Net	BO Cristal Net PMSI pilot	PMSI pilot BO CW	BO Cristal Net

Objectifs

Axe 1

- **Vers un rapprochement des équipes DIM de territoire et mise en place de complémentarités et collaborations**

Axe 2

- **Faire converger l'organisation des DIM du GHT Savoie Belley**

Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Vers un rapprochement des équipes DIM de territoire et mise en place de complémentarités et collaborations** En 2016, les objectifs poursuivis sont : - d'aller vers un système d'entraide et de conseils avec différents niveaux d'expertises : • en fonction des complémentarités identifiées • en réalisant un annuaire DIM du GHT Savoie Belley - de préparer la T2A SSR - de mettre en commun des supports de formation codage, de fiches physiopathologiques à destination des TIM - d'organiser des séances EPP codage et formations communes - d'organiser des rencontres triannuelles entre les équipes de DIM : • sur la base des revues d'actualisation des guides méthodologiques ; • pour l'organisation et la mise en place de procédures communes. En 2017, il s'agira de : - mettre en place un plan de formation partagé TIM et médecins DIM sur la base : • d'un partage des retours de formations • de retours sur les réunions CRAIM/ ATIMRA • de conférences téléphoniques et/ou réunions - de poursuivre la mise en place de la T2A SSR - de préparer un programme d'amélioration de la qualité du PMSI • MCO, SSR et HAD • harmonisation des pratiques **Axe 2 : Faire converger l'organisation des DIM du GHT Savoie Belley** Il s'agit, à l'horizon 2018 : - d'élaborer un règlement intérieur ; - de réfléchir et initier une politique de recrutement commune TIM, médecins DIM et autres personnels (profil de postes, compétences diplômes) ; - de déterminer des moyens cibles ; - de formaliser les rapports d'activité des établissements ; - d'élaborer un rapport d'activité des DIM du GHT ; - de mettre en place des procédures communes pour les prévisions médico-économiques des nouvelles activités ; - d'harmoniser les pratiques identito-vigilance ; - de travailler sur l'archivage / dossier papier/ dématérialisation ; - de réfléchir à la convergence du DPI.
Forces du GHT	Les équipes DIM des établissements du GHT sont déjà en relations et participent notamment au collège Rhône-alpin de l'information médicale.
Faiblesses du GHT	Les logiciels de recueil et de traitement de l'information médicale sont différents dans les établissements du GHT.
Indicateurs	- Mise en place contrôle qualité pmsi SSR - Nb rencontres DIM GHT et CR - Nb docs partagés dont procédures - Production programme d'amélioration qualité PMSI - Production RI DIM GHT

Calendrier	2016-2021

QUALITE ET GESTION DES RISQUES	
Intitulé	**Garantir la qualité et la sécurité de l'offre de soins publique, en encourageant l'efficience des pratiques :** - **Rechercher la cohérence, la coordination et la cohésion de nos actions, notamment au travers de la démarche de certification** - **Réaliser un programme d'actions annuel sur les thématiques partagées par le GHT** - **Développer la culture qualité sécurité.** Cette fiche porte sur un cadre méthodologique commun, chaque thématique du projet médical ayant vocation à décliner les actions d'amélioration de la qualité et sécurité de la prise en charge la concernant.
Etat des lieux	Le réseau qualité et gestion des risques (REQUA), constitué des directeurs et responsables qualité gestion des risques des différents établissements représentés dans le GHT, a été mis en place fin 2011. Son fonctionnement est régi par une charte rédigé en 2012. Il se réunit à périodicité régulière : - 2011 : 1 réunion - 2012 : 3 réunions - 2013 : 4 réunions + 1 journée de formation - 2014 : 4 réunions - 2015 : 1 demi-journée de formation - 2016 : 1 réunion Deux journées de formation « Qualité-Sécurité » ouverte à tous les professionnels impliqués dans la démarche qualité des établissements de la CHT ont été organisées : 2013 : *Agir sur les risques pour les patients et pour les professionnels* 2015 : *La procédure de certification V2014* Lors des réunions du REQUA, hors les temps dédiés à la préparation des journées de formation 2013 et 2015, les principaux thèmes abordés ont été : - Point sur l'organisation de la qualité et de la gestion des risques et du système de management de la prise en charge médicamenteuse, dans les différents établissements - Définition et modalités de partage des protocoles, procédures, EPP et rédaction d'une charte qualité de la CHT (2011-2012). - Plan de secours : modalités de gestion de crise inter-établissements ; interface entre le SAMU et les CH de la région ; modalités de gestion des lits ; exercice plan blanc (2012-2013-2014). - Les modalités de signalements externes d'événements indésirables : échange sur nos pratiques et invitation du Dr MOREL de l'ARS pour mise en commun avec les attendus de l'ARS (2012-2013). *** Les deux axes 2014-2018 étaient les suivants: Axe 1 : ↳ Créer un maillage en termes d'expertise et de compétences et mettre en place une équipe unique sur le territoire : moyens dédiés, appropriation de méthodes par compagnonnage. Axe 2 :

	↳ Prévenir, conformément au SROS, les infections associées aux soins en établissements de santé et le risque infectieux en EHPAD en prenant en compte la dimension "qualité, sécurité et gestion des risques" Des travaux de partage d'expérience ont été conduits ; pour l'hygiène d'autres partenariats, préexistants, restent d'actualité. L'objectif est de mettre en place désormais un partage de compétences spécialisées en termes de qualité gestion des risques et de mieux cibler les axes de travail commun.
Objectifs	Axe 1 : ↳ Favoriser, via le REQUA, un lieu d'échanges entre les établissements du GHT, permettant un maillage en termes d'expertise et de compétences dans le domaine de la qualité et gestion des risques. Axe 2 : ↳ Définir les thématiques à travailler en commun, objets du programme d'actions annuel du REQUA.
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Favoriser, via le REQUA, un lieu d'échanges entre les établissements du GHT, permettant un maillage en termes d'expertise et de compétences dans le domaine de la qualité et gestion des risques.** - Réflexion sur une méthodologie et des outils partagés, dans l'objectif d'un compte qualité commun dès 2020. **Axe 2 : Définir les thématiques à travailler en commun, objets du programme d'actions annuel du REQUA.** - 2.1 : Développer et articuler les plans de secours et ses annexes, en tenant compte du cas spécifique du CH de Belley qui dépend du Centre 15 basé à Bourg-en-Bresse et de la délégation territoriale ARS de l'Ain. - 2.2 : S'appuyer sur les outils de la gestion des risques pour structurer, sécuriser et formaliser les conditions d'entrées et de sorties (normalisation des points de connexion / interfaces entre les établissements) des filières de prise en charge des patients entre les établissements du GHT. - 2.3 : Autres thématiques à définir au regard des analyses de processus réalisées dans le cadre de la procédure de certification, dans l'objectif d'un compte qualité commun dès 2020.
Forces du GHT	**1.** Un niveau de maturité de la démarche qualité – gestion des risques assez homogène : - Des démarches guidées au moyen d'une politique institutionnelle et d'un programme d'actions évolutif, établi selon les risques spécifiques et les priorités retenues. - Une implication des directions/des responsables dans le processus de la gestion des risques et le développement de la culture qualité - Une démarche qualité – gestion des risques qui s'articule avec des commissions thématiques : vigilances, commission des usagers, comité médicaments ; comité

	douleur, RMM, EPP… avec une convergence méthodologique - Des problématiques communes à tous les établissements notamment vis-à-vis de la procédure de certification. **2.** Une avancée pragmatique : Avec les réunions du REQUA qui permettent d'échanger méthodes et outils, de prioriser des axes de travail en commun, ex. : management du circuit du médicament, gestion de crise, conformément à une charte définissant les modalités d'échanges de documents. **3.** Une expérience de travail en commun dans le cadre du groupe REQUA
Faiblesses du GHT	- La spécificité de chaque établissement et la multiplicité des actions participant à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins à mettre en place en priorité au niveau de chaque établissement - Des systèmes d'information hétérogènes - L'absence de moyens dédiés pour encadrer, piloter, gérer le REQUA - La saisonnalité de l'activité de certains établissements du GHT.
Indicateurs	- Nombre de réunions du REQUA - Existence d'un programme d'actions commun formalisé - Nombre d'actions du programme mises en œuvre - Formalisation du compte qualité commun en 2020
Calendrier	2017 - 2021

Gestion des ressources humaines médicales	
Intitulé	**Adapter la gestion de la ressource médicale autant que l'exercice médical aux enjeux liés à la démographie médicale**
Etat des lieux	Il existe plusieurs conventions de mise à disposition : - 41 conventions pour 9,175 ETP médicaux mis à disposition Les échanges entre praticiens (réseaux, RCP…) sont nombreux. Lors de l'élaboration du projet médical de territoire, le livrable final comportait notamment un recensement des problématiques de démographie médicale et une réflexion, avec les services de l'ARS, sur les astreintes. La capacité à recruter est aujourd'hui essentielle. Les profils rares sont de plus en plus difficiles à recruter. Des rencontres entre responsables des affaires médicales sont organisées.
Objectifs	Offrir les conditions pour la création d'équipes médicales de territoire Pistes de réflexion : - Démographie médicale - Recrutement - Règles du jeu de la mise à disposition - Formation médicale continue - Permanence des soins - Gestion du temps de travail
Déclinaison des objectifs	**Axe n°1 : Démographie médicale** **Axe n°2 : Recrutement** La démographie médicale s'entend comme l'étude des personnels médicaux visant à connaître leur effectif, leur composition par âge, spécialité, statut, etc. et leur évolution future. Elle utilise les informations statistiques fournies par les établissements de santé. Les établissements formaliseront un tableau des emplois médicaux et pharmaceutiques du GHT. L'objectif sera étendu à la réalisation d'une cartographie des postes médicaux susceptibles de se libérer dans les 5 ans, à l'échelle du GHT. Nous retenons l'idée de définir les projets et les fragilités par spécialité pour chaque établissement en indiquant une échéance et une quotité de temps de travail. Cette feuille de route pourra servir d'engagement à donner la priorité au groupement hospitalier de territoire pour la mise en œuvre de ce projet. La difficulté à recruter pourra être compensé par l'attrait que peut représenter une activité partagée permettant l'accès au plateau médicotechnique de l'établissement référent. C'est un enjeu fort pour les établissements confrontés à des difficultés de recrutement et au poids des dépenses d'intérim.

	Axe n°3 : Règles du jeu de la mise à disposition Il s'agit de passer des mises à disposition à de véritables équipes médicales de territoire. Les établissements s'engagent à privilégier la mise à disposition d'un praticien par spécialité par établissement afin que celui-ci puisse, avec la direction et la communauté médicale, développer une activité et un lien fort avec ses confrères de l'établissement d'accueil. Un protocole médical sera annexé aux conventions de mise à disposition pour l'optimisation du parcours patient. **Axe n°4 : Formation médicale continue** La formation continue des médecins est une bonne approche pour favoriser la connaissance réciproque, fédérer les équipes, les échanges et l'harmonisation des protocoles de prise en charge. La formation par simulation sera le premier axe de travail (CESU-CEnSIM). **Axe n°5 : Permanence des soins** Les participants conviennent de travailler sur l'évaluation de la pertinence de toutes les lignes de gardes et d'astreintes et la mutualisation éventuelle de certaines lignes d'astreintes. **Axe n°6 : Gestion du temps de travail** Les établissements s'engagent à se concerter pour la mise en œuvre des réformes liées au temps de travail.
Forces du GHT	- Existence de nombreuses mises à disposition dans un grand nombre de spécialités - Renforcement de l'attractivité de l'ensemble des établissements du GHT - Possibilité de réduire les dépenses d'intérim en travaillant sur le volet recrutement à l'échelle du GHT - Développement coordonné de la prise en charge pouvant permettre une optimisation de l'offre de soins - Réduction des risques liés à la fragilité des petits effectifs - Limitation de l'isolement professionnel par l'appartenance à une équipe plus large - Possibilité d'accès à des plateaux techniques plus complets - Réduction de la pénibilité et du coût par l'optimisation de la permanence des soins
Faiblesses du GHT	
Indicateurs	- Evolution de la démographie médicale - Evolution du nombre de postes partagés - Nombre de sessions de formations organisées à l'échelle du GHT - Nombre de lignes d'astreintes mutualisées
Calendrier	2016-2021

Plans de formation continue et DPC	
Intitulé	**Coordonner les plans de formation continue et de développement professionnel continu**
Etat des lieux	Le GHT Savoie Belley comprend 8 établissements. Ces établissements sont tous adhérents à l'ANFH (7 sur l'ANFH Alpes et 1 sur l'ANFH Rhône) et 50% des CH sont des organismes de Développement Professionnel Continu. Les 8 établissements de la GHT représentent un volume de 6 612 ETP de personnels non médicaux et un volume financier consacré à la formation de 4,5 millions d'euros. Les budgets consacrés à la formation des personnels non médicaux sont très hétérogènes (de 173 000€ à 2 524 000€) et comportent un volet études promotionnelles (de 53 000 à 1 174 000€) Les établissements disposent d'un service formation continue (de 0.5 à 3.9 ETP).
Objectifs	**1. Accompagner la mise en œuvre du projet médical partagé et du GHT pour les fonctions supports ;** **2. Promouvoir la formation continue par l'organisation de formations communes, réaliser des économies d'échelles en matière de coût de formation et optimiser les ressources dédiées à la gestion de la formation continue ;** **3. Partager les connaissances, l'expertise (formateurs internes, formations innovantes…)** **4. Intégrer les évolutions du DPC**
Déclinaison des objectifs	Le décret relatif au GHT du 27 avril 2016 stipule « La convention constitutive prévoit les modalités de coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels parties au groupement » **Objectif 1 :** Les établissements souhaitent accompagner la mise en œuvre du projet médical partagé et du GHT pour les fonctions supports. Ils définissent une organisation pour la coordination des plans de FC et de DPC ainsi que les modalités d'animation d'échanges sur le champ de la formation et du DPC. Les orientations retenues pour la coordination des plans de formation continue et de DPC sont **de mutualiser les actions de formation continue transversales et/ou récurrentes en lien avec les axes du projet médical partagé**. **Objectif 2 :** Le GHT promeut la formation continue par l'organisation de formations communes dans l'objectif de réaliser des économies d'échelles (en matière de coût de formation) **afin d'optimiser les ressources dédiées à la gestion de la formation continue ;** Les orientations retenues pour la coordination des plans de formation continue et de DPC sont : - de mutualiser les actions de formation continue transversales et/ou récurrentes (cahiers des charges /achat/ logistique…)

	- de partager les règles de gestion de la formation (pratiques) **Objectif 3 :** Les établissements ayant des expériences diverses souhaitent **partager leurs connaissances et leurs expertises** (formateurs internes, formations innovantes…) notamment en coopérant sur : - des dispositifs de formation interne existants, - l'organisation des concours, - des parcours professionnalisant, **Objectif 4 :** Les établissements du GHT souhaitent **intégrer les évolutions du DPC** avec la création de la future l'ANDPC, en s'adaptant aux règles de gestion du DPC dans l'intérêt du GHT. L'organisation de ce projet est structurée par : - un CODIRH : DRH établissements + membres du groupe de travail - un groupe de travail : responsables formation continue des établissements ou équivalents <u>Méthode :</u> Etape 1 : **Etat des lieux** des processus d'élaboration des plans de formation et des actions partagées ou partageables Etape 2 : Identification de **formations communes test** et déclinaison de la méthodologie et évaluation : 2017 Etape 3 : Déclinaison des orientations dans un **programme pluriannuel** de **coordination** des plans de formation continue et de DPC. Etape 4 : Mise en œuvre du programme pluriannuel
Forces du GHT	- Démarche structurante de mutualisation (thématique, technique, outils, logistique…) et d'organisation du travail en commun - GHT interlocuteur de l'ANFH (actions mutualisées) - Evolution du DPC : partage d'expertise et mutualisation - Echange/ partage de pratiques
Faiblesses du GHT	- Adaptation des systèmes d'information et maîtrise des outils juridiques de coopération - Définition d'une enveloppe financière dédiée aux formations GHT
Indicateurs	- Fiche projet - Feuille de route : Programme de coordination des plans de FC début 2017 - Réalisation d'une action de formation commune pour 2017
Calendrier	Fin mai 2016 : Identification des objectifs Septembre/octobre 2016 :

	- Etat des lieux des processus d'élaboration des plans de formation et des actions partagées ou partageables - Identification d'une formation commune test et déclinaison de la méthodologie et évaluation : groupe de travail-objectif mise en place en 2017 Novembre 2016 –mars 2017 : Déclinaison des orientations en plan d'actions (Feuille de route) Avril 2017 : Finalisation du programme de coordination FC et DPC 2017-2020 : Mise en œuvre du programme de coordination FC et DPC

Coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale	
Intitulé	**Définir et mettre en place une coordination des instituts de formation paramédicale initiale du GHT Savoie-Belley**
Etat des lieux	Repères législatifs et réglementaires *« L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties du groupement :* *…La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement… »* *Article L6132-3 – Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* *« La convention constitutive prévoit les modalités retenues pour assurer la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale, notamment en matière de gouvernance des instituts et écoles, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun des ressources pédagogiques et de locaux, de politique de stages »* *Art. R.6132-17 – Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire* Contexte géographique du GHT Savoie – Belley : L'offre de formation initiale sur le périmètre du GHT Savoie-Belley comporte : - Deux instituts publics intégrés à des centres hospitaliers : ✓ CHMS : un IFSI, un IFAS ✓ CHAM : UN IFAS - Un institut de formation des aides-soignantes privé : Greta Bassens et Saint Jean Maurienne (32+18 étudiants par an répartis en deux promotions annuelles) : L'intégration des instituts au sein d'ensembles géographico-administratifs multiples : • Périmètre du territoire universitaire pour le volet pédagogique • Périmètre de la région Rhône-Alpes-Auvergne pour le financement • Périmètre de l'ARS de Rhône-Alpes-Auvergnes pour la tutelle de l'établissement de rattachement • Périmètre du GHT Savoie-Belley pour la définition et la mise en place d'une coordination des instituts Contexte de projet en matière de gouvernance: L'intégration du périmètre IFSI/IFAS dans le cadre législatif du GHT se double d'une réflexion conduite par la région Rhône-Alpes-Auvergne. En effet, la région, financeur des IFSI et IFAS, a impulsé en 2015 une démarche de réflexion sur les questions de gouvernance et de coopération des instituts. Un financement à hauteur de 80 000 € a été alloué au GCS IFSI afin de mettre en œuvre et soutenir un travail de diagnostic et de construction d'un projet s'inscrivant dans les orientations régionales. A ce titre, la région souhaite que ce travail porte sur l'ensemble des activités des instituts de formations :

- ✓ Approche et organisation pédagogique,
- ✓ Gestion administrative,
- ✓ Management de direction

L'objectif de travail doit porter sur la proposition d'hypothèses chiffrées sur les économies potentielles à moyen terme à partir des différents scénarios envisagés. Ces données seront confrontées dans un deuxième temps aux impératifs budgétaires régionaux.

Dans cette démarche, les périmètres géographiques de coopération (proximité / GHT / territoire universitaire / Région) ne sont pas définis a priori.

Le travail du GCS IFSI doit être mené en collaboration avec le GIPLN, sur le principe d'une démarche menée par chaque groupement suivi d'un échange via les administrateurs et/ou coordinateurs des groupes de travail.

Présentation des instituts de formation initiale du GHT Savoie-Belley :

Les instituts de formation présents sur le GHT Savoie-Belley sont :

- IFSI et IFAS du Centre hospitalier Métropole Savoie (CHMS)
- IFAS du Centre Hospitalier Albertville-Moutiers (CHAM)

1. <u>IFSI et IFAS du Centre hospitalier Métropole Savoie</u>

1.1. <u>La Gestion des Ressources Humaines au sein de l'institut :</u>

Effectifs et pyramide des âges :

- Directrice des soins en charge de l'IFSI-IFAS : 0,50 etp IFSI, 0,50 IFAS
- Documentaliste : 0,50 etp IFSI, 0,50 etp IFAS
- Cadres de santé formateurs – IFSI : 27,60 ETP correspondant à 28 personnes physiques.
- Cadres de santé formateurs – IFAS : 3 ETP correspondant à 3 personnes physiques.

1.2. <u>Les capacités d'accueil et effectifs par années de formation :</u>

IFISI : L'effectif des promotions est de 160 étudiants, avec une rentrée par année en septembre.

IFAS : L'effectif des promotions est de 30 élèves, avec deux rentrées par an : en janvier et en septembre.

1.3. <u>La transversalité : mutualisation des moyens au sein des instituts du CHMS :</u>

- Centre de Ressources Documentaires
- Locaux : optimisation des locaux au service de tous ;
- Compétences et outils pédagogiques : des formateurs interviennent sur les deux instituts au regard de leur compétences et expertise (formation des soins et geste d'urgences, soins d'hygiène et confort, soins relationnels, ergonomie, cadre législatif de l'exercice professionnel). L'outil de la simulation utilisé pour l'IFSI sera déployé au sein de l'IFAS

1.4. <u>Le développement de la formation continue :</u>

	L'IFSI du CHMS développe une offre de formation continue dans un objectif de complémentarité avec la formation initiale et de réduction des coûts de formation. Les formations sont ouvertes à d'autres établissements et, pour les préparations aux concours et les formations d'adaptation l'emploi, aux futurs professionnels. La formation continue comporte à ce jour différents modules : préparation au concours IFSI et IFAS, formation au tutorat, formation en psychogériatrie, VAE pour les ASH, aspirations endo-trachéales pour les aidants. **1.5. Recherche et innovations pédagogiques :** Deux grands axes de recherche et d'innovation sont conduits sur les instituts du CHMS : Le développement d'une plateforme dématérialisée pédagogique à destination des étudiants Le développement de la simulation avec différents scénarii sur l'IFSI et projet de déploiement sur l'IFAS. Le développement de l'e-learning avec la mise en place d'un logiciel d'apprentissage de l'anglais à horizon septembre 2016 Le développement de la recherche paramédicale par une réévaluation de la méthodologie du mémoire, par l'utilisation des travaux de recherche des étudiants et des formateurs dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles. **2. IFAS Albertville Moutiers** **2.1. La gestion des Ressources Humaines :** - Direction de l'institut : 0,7 ETP – assuré par intérim par un cadre de santé - Formateurs – IFAS : 2,8 ETP correspondant à 4 personnes physiques (3 infirmières, une cadre de santé) **2.2. Les capacités d'accueil et effectifs par années de formation :** IFAS : les promotions comportent un effectif de 38 élèves, avec deux rentrées par an (septembre et janvier) **2.3. Le développement de la formation continue:** Une formation au tutorat est en cours d'organisation.

Objectifs	Compte tenu de la pluralité des interlocuteurs (conseil départemental, ARS, directions d'établissements, université…) et du diagnostic actuellement en cours financé par la Région et porté par le GCS IFSI dans l'objectif d'identifier les coordinations et mutualisations possibles à l'échelle de la région, il est proposé que la déclinaison des attendus réglementaires se fasse en deux phases :
	
	- **Première phase : en lien avec les attendus règlementaires concernant le GHT**
	  o définition et mise en œuvre d'actions de coopération à partir d'un diagnostic de l'existant
	  o définition et mise en œuvre des modalités de coordination et de gouvernance des instituts
	Cette phase sera traitée dans le courant du deuxième semestre 2016 / premier trimestre 2017

<table>
<tr><td></td><td>

- <u>**Seconde phase : en lien avec les attendus conseil régional / ARS / Université / GHT**</u>
  - identification des objectifs et définition du plan d'action complémentaire

Cette seconde phase sera traitée dans le calendrier ciblé conjointement par les différents interlocuteurs

</td></tr>
<tr><td>Déclinaison des objectifs</td><td>

1 - Déclinaison des objectifs dans le cadre du GHT :

A . Première phase :

<u>**Premier objectif : définition et mise en œuvre d'actions de coopération**</u>

- ✓ **Axe 1 :** définition d'une conception partagée de la formation par les deux instituts du GHT Savoie-Belley qui constituera à terme le socle commun à leur projet pédagogique. Le travail de mutualisation n'a pas comme visée de gommer la spécificité des axes, actions et contenus pédagogiques de chacun mais d'énoncer une conception générale de la formation commune aux Instituts du GHT Savoie – Belley dans le cadre d'une vision partagée des futurs professionnels à former.

- ✓ **Axe 2 :** Développement d'une politique de stages à l'échelle du GHT en concertation avec les établissements et structures d'accueil.

- ✓ **Axe 3 :** Réflexion sur le nombre et la répartition des promotions sur l'année pour les deux IFAS publics et poursuite de l'organisation concertée des épreuves de sélection entre les deux instituts publics et de l'unique institut privé,

- ✓ **Axe 4 :** Mutualisation des actions et mise en commun de ressources pédagogiques à partir d'un diagnostic des besoins et des ressources existantes. (A titre d'exemple, quelques domaines envisageable : outils pédagogiques informatiques, simulation en santé, formation continue…)

<u>**Deuxième objectif : définition et mise en œuvre des modalités de coordination et de gouvernance des instituts**</u>

Cet objectif sera décliné par la mise en place d'un comité de coordination et de gouvernance.

Composition :

Directeurs d'établissement ou leurs représentants, directeurs référents des instituts de formation ou leurs représentants, directeurs d'institut ou leurs représentants

Missions :

- Propose au comité stratégique du GHT les objectifs communs à poursuivre par les deux instituts
- Propose au comité stratégique du GHT la déclinaison des objectifs en matière de plan d'actions et de coopérations entre les deux instituts
- Assure le suivi des plans d'action :
  - Mutualisation des projets pédagogiques
  - Mise en commun des moyens, ressources pédagogiques et locaux
  - Développement concerté de la politique de stages à l'échelle du GHT
- Assure une concertation annuelle entre les deux instituts concernant le nombre de

</td></tr>
</table>

	promotions, leur répartition sur l'année, le nombre d'étudiants, en lien avec la Région • Assure une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences de formateurs • Développe l'axe de formation continue dans le cadre de la coopération inter-établissements • Rend compte au comité stratégique du GHT sur l'ensemble de ses missions **Fonctionnement :** • Sous l'égide d'un coordonnateur (directeur des instituts de formation du CHMS) • Se réunit en tant que de besoin en fonction des objectifs et des plans d'actions ciblés pour la période concerné • En tout état de cause, se réunit au moins une fois par an • Fait valider ses propositions par chaque direction d'établissement avant chaque présentation au comité stratégique du GHT Le coordonnateur anime le comité de coordination, met en œuvre de manière concertée les décisions prises et rend compte au comité de coordination. **2 - Méthodologie :** • Démarche concertée entre les directions d'instituts et les directions des établissements référents au cours de réunions d'un comité de pilotage du projet. • Processus de conduite de projet basé sur : ✓ un bilan de l'existant dans les deux instituts ✓ l'identification des points de convergence ✓ la définition des modalités de mise en œuvre des deux objectifs sus-cités **B - Deuxième phase :** **En lien avec les attendus conseil régional / ARS / Université / GHT** Identification des objectifs et définition du plan d'action complémentaire Cette seconde phase sera traitée dans le calendrier ciblé conjointement par les différents interlocuteurs **Projet qualité : intégrer la démarche de certification (norme ISO 27990)**
Forces du GHT	Les directions des instituts du CHMS et du CHAM travaillent d'ores et déjà de manière concertée sur des thématiques liées aux concours et aux stages et partagent une même approche pédagogique.
Faiblesses du GHT	La distance géographique qui sépare les instituts pourrait constituer une contrainte forte dans le cadre de la mise en œuvre de mutualisations.
Indicateurs	✓ Existence d'un socle commun aux deux instituts, concerté et formalisé, pour l'élaboration des projets pédagogiques. ✓ Existence d'une politique de stage formalisée commune aux deux instituts et concertée avec les établissements et les structures d'accueil. ✓ Existence d'une organisation concertée des épreuves de sélection d'entrée en IFAS à l'échelle du GHT ✓ Existence de projets de coopération assortis d'un calendrier de mise en œuvre. ✓ Existence d'une gouvernance concertée et formalisée des instituts publics à l'échelle

	du GHT.
Calendrier	**Phase 1 :** 2016-2017 **Phase 2 :** **GHT / Conseil régional / ARS / Université** : en lien avec le calendrier fixé par les interlocuteurs **Projet qualité** : à partir de janvier 2018

Biomédical	
Intitulé	**Développer les coopérations des services biomédicaux des établissements du GHT, et améliorer les prestations biomédicales.**
Etat des lieux	Un audit interne mené par le pilote du groupe de travail a été réalisé sur base du référentiel métier des missions de l'ingénieur biomédical (*IRBM News, volume 37, octobre 2016*), référentiel à rayonnement national publié par l'Association Française des Ingénieurs Biomédicaux (AFIB). Ce référentiel caractérise 4 types de missions regroupant un total de 11 thèmes et 71 objectifs.

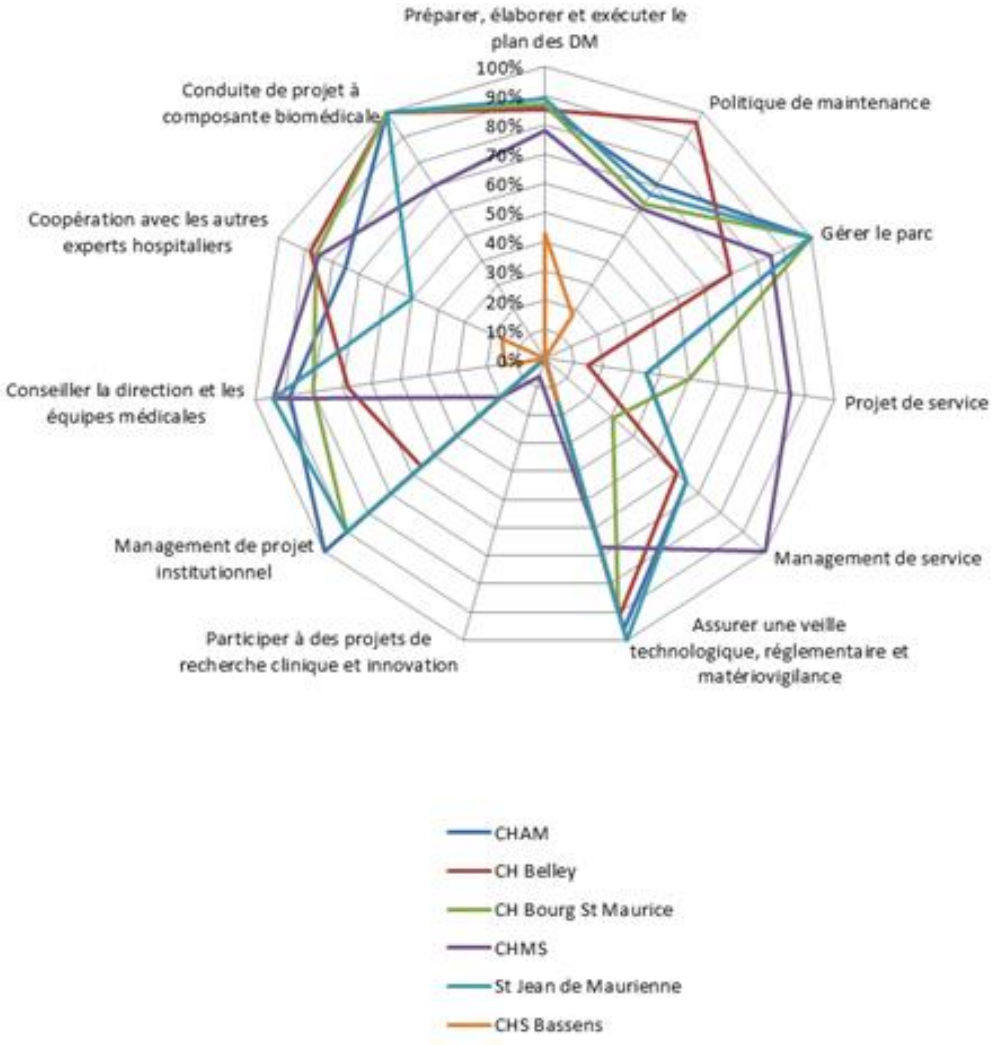


Figure : *Niveau d'atteinte des objectifs par thème et par établissement du GHT*

Certaines thématiques ont attiré l'attention du groupe de travail, pour leur intérêt à être aborder sous l'angle territorial :

Préparer, élaborer et exécuter le plan des DM

L'implication biomédicale est variable sur les projections dépenses/recettes. La méthode de recensement des besoins diffère d'un établissement à l'autre.

<table>
<tr><td></td><td>
<u>Politique de maintenance</u>

Chaque site dispose d'une politique de maintenance définie. Peu de sites élaborent un rapport d'activité annuel (Belley et St Jean de Maurienne).

<u>Projet de service</u>

Seul le CHMS dispose d'un projet de service défini et validé.

<u>Assurer une veille technologique, réglementaire, matériovigilance</u>

Les missions de veille technologique et réglementaire n'est pas faite sur tous les sites avec la même maturité. Au niveau matériovigilance, le suivi est bon sur l'ensemble des centres hospitaliers.

<u>Conseiller la direction et les équipes médicales</u>

La formation des techniciens biomédicaux est complexe à organiser sur les CH hors site support pour diverses raisons (coût/disponibilité/intérêt). Le niveau de conseil auprès des directions est satisfaisant sur l'ensemble des sites.
</td></tr>
<tr><td>Objectifs</td><td>
L'objectif étant d'harmoniser la maturité des sites sur ces 5 thématiques, les objectifs suivants ont été définis par le groupe de travail, par ordre de priorité (intérêt/complexité) :
<table>
<tr><th></th><th>Intérêt GHT</th><th>Complexité</th><th>Score</th></tr>
<tr><td>Politique de maintenance</td><td>Fort</td><td>Moyenne</td><td>15</td></tr>
<tr><td>Formations</td><td>Fort</td><td>Moyenne</td><td>15</td></tr>
<tr><td>Projet médical</td><td>Moyen</td><td>Fort</td><td>15</td></tr>
<tr><td>Projet de service</td><td>Fort</td><td>Simple</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Veille</td><td>Moyen</td><td>Simple</td><td>3</td></tr>
</table>
Axe 1.
↳ Définir une politique commune de maintenance biomédicale

Axe 2.
↳ Mutualiser les formations (techniques/utilisation)

Axe 3.
↳ Assurer une prestation de conseil sur le projet médical de territoire : recettes/dépenses, conseil technique, …

Axe 4.
↳ Etablir un projet de service territorial

Axe 5.
↳ Favoriser les échanges de veille biomédicale sur l'ensemble du territoire : veille technologique, réglementaire et stratégique (opportunités subventions, …).
</td></tr>
<tr><td>Déclinaison des objectifs</td><td>
Axe 1 : Définir une politique commune de maintenance biomédicale

La maturité de la mission de maintenance dans les établissements est globalement élevée
</td></tr>
</table>

(moyenne de 63%), mais l'écart type demeure important (23%). L'enjeu est d'harmoniser nos pratiques de maintenance en les tirant vers le haut.

Le développement de cet axe passe par des critères tels que :

- gestion de l'inventaire par une GMAO
- définir une politique de maintenance et en assurer la gestion
- formaliser les réformes d'équipements
- adapter la maintenance aux textes réglementaires
- rédiger un rapport d'activité circonstancié et diffusé
- suivre le budget de maintenance et gérer les risques par la rédaction de procédures dégradées.

Il s'agira de bâtir une stratégie de maintenance commune dans le but de garantir un niveau de qualité de maintenance similaire et élevée dans l'ensemble des établissements du territoire, au bénéfice des patients quel que soit leur parcours de soin.

Pour cela, il sera nécessaire d'abord de collecter les éléments plus ou moins formalisés des politiques de maintenance des différents sites hospitaliers sur les différents critères étudiés. Nous identifierons ensuite les points communs et les différences. Les points communs seront inscrits facilement dans la politique de maintenance territoriale, et les différences seront à discuter au cas par cas pour identifier des niveaux minimum de prestation. Le raisonnement sera tenu par type ou par catégorie d'équipement.
Si la politique est commune, chaque établissement gardera en revanche la liberté de l'organisation, de manière à conserver ses fonctionnements, décisions et stratégies. Ainsi, par exemple, si nous définissons que les moniteurs de surveillance doivent faire l'objet au minimum d'une maintenance préventive annuelle, chaque site aura la liberté d'internaliser ou d'externaliser la réalisation, et pourra prévoir un contrat de maintenance curative additionnel s'il le souhaite.

Chaque établissement ayant co-construit cette politique s'engagera à la respecter. Elle sera mise en application et suivie par le responsable biomédical de chaque site. Les établissements n'ayant pas d'ingénieur biomédical pourront recourir à l'équipe de l'établissement support.

Outils utilisés :
Fiche ANAP BM_Mo2Po2 Garantir la sécurité technique
Fiche ANAP BM_Mo3Po1 Piloter la GMAO / gérer l'inventaire
Fiche ANAP BM_Mo4Po1 Définir une politique et une stratégie de maintenance
Fiche ANAP BM_Mo4Po3 Planifier / réaliser la maintenance préventive et les contrôles qualité
Fiches métier AFIB 1.2.a-g Politique de maintenance

Chef de projet : Jean-François MARTINE, Radhouane ABID et Albin Lore

Axe 2 : Mutualiser les formations (techniques / utilisateurs)

Les techniciens et ingénieurs biomédicaux doivent suivre les évolutions technologiques sur les équipements pour maintenir leur niveau de compétence. Cela passe par des formations internes ou externes régulières.
De même, les services biomédicaux doivent donner les moyens aux utilisateurs d'utiliser correctement les équipements biomédicaux, et donc s'assurer de la formation de ceux-ci.

Cet axe de travail a pour vocation à permettre de partager les formations organisées sur nos sites respectifs en partageant nos méthodes de travail de manière à augmenter la fréquence et le périmètre des formations aujourd'hui organisées de manière aléatoire et indépendante.

Pour cela il s'agira de comparer nos fonctionnements sur l'organisation des formations techniciens biomédicaux, ingénieurs biomédicaux et celle des utilisateurs, pour définir et mettre en place une nouvelle méthode et des moyens à rayonnement territorial.

Outils disponibles :
Fiche ANAP BM_M04P04 Assurer les compétences des opérateurs
Fiche métier AFIB 1.1.2.h Prévoir et organiser la formation du personnel utilisateur

Chef de projet : Anaïs Peyrouse et Marine Arnaud

Axe 3 : Assurer une prestation de conseil sur le projet médical de territoire

La maturité des missions « Conseiller la direction et les équipes médicales » et « coopérer avec les autres experts hospitaliers » est élevée (respectivement 73% et 67%), mais l'écart type est élevé (>20%). Sans prendre en compte le CHS, la moyenne atteint respectivement 85% et 77%, et l'écart type se réduit à moins de 10%.

L'une des fonctions de l'ingénieur biomédical est d'apporter une vision stratégique de l'utilisation des équipements biomédicaux, notamment en intervenant en tant que conseiller auprès des directions de nos établissements ainsi que des pôles médicaux.
Nous souhaitons dans cet axe de travail reprendre les finalités présentées dans la cartographie de l'ANAP et de l'AFIB par les processus BM_M05P01 et BM_M05P02, dans le but d'accompagner au mieux le projet médical de territoire :

- Conseiller la direction et les équipes soignantes
- Coopérer avec les autres acteurs de santé et les experts du territoire

Pour cela, il s'agira de définir et mettre en place une organisation efficiente permettant de participer activement aux réflexions menées sur le projet médical de territoire, en apportant un éclairage technique et financier aux projets (avec participation des ingénieurs à l'élaboration des projections dépense/recettes), en interagissant avec les porteurs de projets avec un regard territorial possible par l'échange d'informations techniques sur ce même territoire, et en apportant des solutions aux projets de mutualisation des plateaux techniques, en lien avec les équipes médicales.
Cela rendra par ailleurs possible l'élaboration d'un plan macroscopique d'équipement pluriannuel de territoire incluant les projets médicaux et les équipements lourds, actuellement exclus du périmètre achat biomédical de territoire.

Outils disponibles :
Fiche ANAP BM_M05P01 Conseiller la direction et les équipes soignantes
Fiche ANAP BM_M05P02 Coopérer avec les autres acteurs de la santé et les experts du territoire
Fiche métier AFIB 2.2.a Analyser le réel besoin par rapport à la population hospitalière locale et territoriale
Fiche métier AFIB 3.2.b Aide à la décision sur des choix stratégiques en matière d'innovation technologique
Fiche métier AFIB 4.1.a Conseiller le directeur et l'équipe de direction dans le domaine technique et biomédical afin de les aider à la prise de décision, notamment pour l'achat des équipements

Fiche métier AFIB 4.1.b Animer les réunions de concertation avec les équipes médicales, soignantes et médico-techniques concernées par les projets d'équipements

Chef de projet : Maxime Rives et Marine Arnaud

Axe 4 : Etablir un projet de service territorial

La maturité de la mission « projet de service » est faible à l'échelle du territoire (moyenne de 37%), avec un écart type important (21%).

Cette mission tient compte des critères suivants :

- Définir les axes de développement du service, en assurant l'application et le suivi
- Mettre en place un projet qualité

Dans cet axe 4, seul le premier critère sera pris en considération car le projet qualité est déjà plutôt mature sur l'ensemble des sites, à l'exception du CHS.
L'intérêt majeur réside dans le fait que ce document représentera la formalisation et le socle de l'organisation biomédicale de territoire, légitimant la mise en place de projets menés par le groupe de travail biomédical. Ce document mis à jour annuellement prendra le relai de la présente fiche projet, présentant des axes de développement validés chaque année par le COPIL du GHT.

Outils disponibles :
Fiche ANAP BM_Mo1Po1 Définir les missions du service et le projet de service
Fiche métier AFIB 2.1.a Définir les axes de développement du service, en assurant l'application et le suivi
Fiche métier AFIB 2.3.a Décliner pour son service les objectifs et projets de l'établissement en déterminant et négociant les moyens afférents

Chef de projet : Albin Lore

Axe 5 : Favoriser les échanges de veille biomédicale sur l'ensemble du territoire

La veille technologique et la veille réglementaire sont réalisés sur l'ensemble des sites, hormis le CHS de Bassens ne disposant de service biomédical, avec des méthodes variés et plus ou moins formalisés : participation à des congrès, ou journées de formation, consultation des sites spécialisés, réseau professionnel, …
La mission est déjà atteinte à hauteur de 77% (et 89% sans le CHS).

Cet axe de travail prévoir de parfaire nos connaissances en partageant les informations de manière privilégiée à l'échelle du territoire, et à l'aide d'outils simples.

Il s'agira de créer un modèle de fiche pour la veille technologique et pour la veille réglementaire, pour pouvoir se diffuser entre services biomédicaux des informations synthétiques de manière rapide.

Outils disponibles :
Fiche ANAP BM_Mo1Po2 Assurer la veille réglementaire et technique
Fiche métier AFIB 3.1.a-b Se tenir informé des évolutions et innovations technologiques. Participer à des rencontres professionnelles, congrès de sociétés savantes.

	Fiche métier AFIB 3.1.c Assurer une veille technologique : lire des revues spécialisées *Fiche métier AFIB 3.1.e Prendre connaissance des textes réglementaires* *Fiche métier AFIB 3.2.C Veille technologique afin d'anticiper l'arrivée des technologies médicales innovantes* Chef de projet : Radhouane Abid et Albin Lore La coordination générale de ce groupe et des axes de travail est assurée par Albin LORE, responsable biomédical sur le CHMS.
Forces du GHT	**Axe 1** ↳ GMAO identique sur tous les sites disposant de ce type d'outil. **Axe 2** ↳ Le site de Chambéry dispose d'un atelier biomédical ayant des capacités techniques et foncières d'accueil facilitant l'organisation des formations techniques. **Axe 4** ↳ Crédite l'organisation, le positionnement et la raison d'être du groupe de travail biomédical au niveau de chaque site hospitalier comme au niveau territorial. Il ne s'agit plus uniquement d'un groupe de travail biomédical, mais du démarrage d'une véritable équipe biomédicale de territoire. **Axe 5** ↳ Augmente le niveau de connaissance général de tous les ingénieurs / responsables biomédicaux. **De manière générale** ↳ Qualité des outils d'analyse disponibles.
Faiblesses du GHT	**Axe 1** ↳ La notion de coût de maintenance peut entrer en jeu et impacter les positions des établissements dans l'adhésion à la politique commune. Si tel était le cas, nous pourrions avoir recours à des objectifs facultatifs, dont l'atteinte est directement liée aux moyens des établissements (techniques ou financiers). ↳ Certains sites n'ont pas de GMAO. ↳ Potentielle nécessité de revoir des pratiques d'utilisation de la GMAO. **Axe 3** ↳ Nécessite de démultiplier les échanges d'informations au sein du groupe de travail. ↳ Organisation projet différente sur chaque site, donc difficulté de collaborer efficacement avec l'ensemble des décisionnaires locaux/territoriaux. **Axe 5** ↳ Réticence de partage d'informations sur des projets sur lesquels nos établissements

	pourraient être « concurrents » (développement d'activité, autorisation ARS, subvention, …). Le principe doit rester sur le caractère non obligatoire du partage. **De manière générale** - Adhésion des équipes biomédicales ne participant pas au groupe de travail. Plan de communication territorial à réaliser : réunion de présentation par visioconférence en Septembre - Temps ingénieur nécessaire pour mener ces projets. Partage du pilotage des missions indispensable pour l'équilibrage des charges de travail.
Indicateurs	**Axe 1** - Evaluation du niveau de maturité sur la mission selon le référentiel utilisé initialement. Augmentation de la moyenne (>70%) et diminution de l'écart type (<10%). - Taux réalisé / défini dans la politique. - Taux réalisé / obligatoire. **Axe 2** - Nombre d'utilisateurs formés / années précédentes. - Nombre de formations techniciens (en j) réalisées dans le cadre du GHT. **Axe 3** - Nombre de réunions auxquelles les ingénieurs biomédicaux ont participé dans l'élaboration du projet médical de territoire. - Nombre de projets médicaux initiés / terminés à l'échelle territoriale, en lien avec le projet médical de territoire **Axe 4** - Le projet de service est rédigé, présenté et validé par le COPIL GHT. **Axe 5** - Chaque site dispose des 2 modèles de documents adéquats. - Nombre de fiches échangées entre les biomédicaux dans 1 année.
Calendrier	**Axe 1** - Validation de la politique de maintenance territoriale en décembre 2017. - Déploiement sur l'année 2018. **Axe 2** - Communication aux équipes biomédicales sur les projets septembre 2017. - Démarrage automne 2017. **Axe 3** - Démarré. **Axe 4** - Automne 2017. **Axe 5** - Automne 2017.

CULTURE	
Intitulé	**Proposer une démarche culturelle avec des axes communs sur l'ensemble des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire**
Etat des lieux	Hormis un établissement, l'ensemble des établissements sanitaires de la GHT Savoie/Belley sollicités en avril dernier ont répondu au questionnaire « l'action culturelle en milieu hospitalier sur le territoire savoyard » L'état des lieux indique : ➢**une présence d'actions diverses** : - expositions permanentes ou temporaires, - des ateliers animés par des artistes ou non, - des accueils de spectacles. Des actions allant de l'intervention ponctuelle au projet culturel inscrit dans un projet d'établissement. ➢**Une disparité des budgets alloués à l'action** : pour certains établissements aucun budget identifié ; d'autres ont un budget identifié complété par des demandes de subventions (Région et /ou Département) ➢**un portage de projet différent selon les établissements :** - pour deux établissements présence de chargés de projets d'actions culturelles identifiés (entre 50% et 80% du temps de travail) - pour d'autres un complément à leur mission d'animateur - et des temps de directeur adjoint - présence pour 3 établissements d'un groupe de réflexion sur les projets (ouverts aux partenaires de l'établissement) ➢**des partenariats locaux pour le montage de projets :** Quasiment l'ensemble des établissements ont des partenariats pour le montage de projet : ces partenariats peuvent être de nature institutionnelle (communes) financier (public et/ou privé) et culturel (association de développement culturel local, institutions culturelles…) Pour certains établissements des conventions de partenariats ont été signées. Plus globalement, existence entre 2006 et 2012 d'un **Comité Local Culture Santé** sur les territoires savoyard et haut savoyard. Ce collectif, représenté par des établissements sanitaires et culturels volontaires était co-piloté par le CHS et le Diapason 73 (aujourd'hui DDAC). Il a mené quelques actions communes (Cinéma et Santé//De Vives voix //Musiques en terres hospitalières) Depuis 2016, le CLCS est sur un périmètre Savoyard. Son co-pilotage reste le même, mais nécessiterait d'être formalisé et structuré. Le CLCS est un regroupement d'établissements volontaires à l'échelle du département. Il est alors un échelon du dispositif Culture et Santé en Auvergne Rhône Alpes porté par l'association Interstices. Pour mémoire, le CHS participe au fonctionnement de l'association Interstices : - Déléguée communication culture participe à la relecture des dossiers et groupe de travail - Directrice adjointe membre du Conseil d'Administration.

Objectifs	**Axe 1** ↳ **Ouvrir une réflexion sur une définition commune de la culture en milieu de santé** **Axe 2** ↳ **Définir une gouvernance et structurer le fonctionnement** **Axe 3** ↳ **Se fédérer autour d'un objet culturel commun** **Axe 4** ↳ **Favoriser une démarche culturelle collective au sein des établissements**
Déclinaison des objectifs	**Axe 1 : Ouvrir une réflexion sur une définition commune de la culture en milieu de santé** Proposer une rencontre avec une personnalité qualifiée permettant de faire le point sur la notion de Culture en milieu hospitalier. Rédiger un « vade-mecum » sur ce thème à destination des professionnels de la santé et de la culture, en complément des fiches proposées par l'association Interstices Favoriser les ponts entre le monde de la santé et le monde culturel en ouvrant les temps de rencontres aux acteurs culturels identifiés Entamer une réflexion sur les enjeux d'un territoire euro-régional en termes d'échanges culturels. **Axe 2 : Définir une gouvernance et structurer le fonctionnement** Définir la gouvernance, pouvant être co-portée par les deux établissements repérés pour leur expertise dans le domaine culturel (CHMS et CHS), en lien étroit avec le *Comité Local Culture Santé.* Réactiver le *Comité Local Culture Santé* et l'intégrer au volet culturel de la GHT (présence du Conseil Départemental : connaissance accrue du territoire et des partenaires) Etablir collectivement un fonctionnement cohérent, avec une charte d'engagements des établissements *Propositions* • *soit centré sur un établissement ou un pôle expert et ressource* • *soit éclaté par établissement* Proposer des « Echanges de pratiques », entraide pour le montage de projets culturels voire la constitution de dossiers de demandes de subvention (Comité Local Culture Santé interstices) **Axe 3 : Se fédérer autour d'un objet culturel commun** Proposer une programmation dès 2017, en définissant des objectifs partagés et des axes d'interventions autour des arts vivants et visuels contemporains

	pour se faire : prévoir en 2016 2 temps de rencontre afin de structurer le dispositif et déterminer les axes d'une programmation cohérente sur le territoire **Axe 4 : Favoriser une démarche culturelle collective au sein des établissements**
Forces du GHT	• Deux établissements de référence sur la région Rhône-Alpes • Une expertise forte dans le montage de projets culturels hospitaliers • La présence d'un réseau de partenaires culturels engagés • La présence de partenaires financiers engagés (Culture & Santé) • La présence d'un réseau d'artistes issus de la scène contemporaine (
Faiblesses du GHT	• Risque de désengagement des établissements (RH et ress. financières) • Risques financiers liés à la pérennité des aides (Culture & Santé) • Distance importante du territoire
Indicateurs	Formalisation d'un projet culturel commun Nombre d'actions partagées mises en œuvre
Calendrier	2016-2021

2.7. Mise en œuvre du projet médical partagé

Les réflexions conduites pour l'élaboration du présent projet médical partagé ont retenu un calendrier général de mise en œuvre adossé à la durée légale du projet médical partagé, soit 5 ans.
Toutefois, en fonction des thématiques et des priorités fixés, la mise en œuvre des actions retenues s'échelonnera selon un calendrier plus précis sur lequel les membres du GHT s'engagent à travailler au cours du 2nd semestre 2017. Pour chaque thématique et chaque projet retenu, un pilote sera ainsi identifié ainsi qu'une date d'instruction et de mise en œuvre. Ce calendrier pourra évidemment être amené à évoluer en fonction des opportunités qui pourraient se présenter au cours des 5 prochaines années. Les membres du GHT font donc le choix de ne pas intégrer ce calendrier à la convention constitutive du groupement.