

# Groupement Hospitalier de Territoire du Cher Avenant 2 Convention Constitutive



|  |    |
|--|----|
| RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS .....   | 9  |
| PARTIE I : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE .....  | 11 |
| Titre 1 : CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE .....   | 11 |
| Article 1 : Composition du groupement hospitalier de territoire.....   | 11 |
| 1.1 Établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire.....                                       | 11 |
| 1.2 Adhésion d'établissements au groupement hospitalier de territoire.....   | 11 |
| Article 2 : Dénomination du groupement hospitalier de territoire .....   | 11 |
| Article 3 : Objet du groupement hospitalier de territoire.....   | 12 |
| Article 4 : Désignation de l'établissement support .....   | 12 |
| Article 5 : Droits et obligations des établissements parties.....  | 12 |
| Titre 2 : ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT<br>HOSPITALIER DE TERRITOIRE ..... | 13 |
| Article 6 : Conclusion de conventions d'association et de partenariat .....  | 13 |
| Article 7 : Association du groupement hospitalier de territoire à un centre hospitalier<br>universitaire .....         | 14 |
| Titre 3 : GOUVERNANCE .....  | 14 |
| Article 8 : Comité stratégique .....   | 14 |
| 8.1 Composition.....   | 14 |
| 8.2 Présidence .....   | 15 |
| 8.3 Compétences.....   | 15 |
| 8.4 Fonctionnement.....  | 15 |
| 8.5 Mise en place d'un bureau restreint .....  | 15 |
| Article 9 : Collège médical.....   | 15 |
| 9.1 Composition.....   | 16 |
| 9.2 Présidence .....   | 16 |
| 9.3 Compétences.....   | 16 |
| 9.4 Fonctionnement.....  | 17 |
| Article 10 : Comité des Usagers.....   | 17 |
| 10.1 Composition .....   | 17 |
| 10.2 Présidence .....  | 17 |
| 10.3 Compétences.....  | 18 |
| 10.4 Fonctionnement .....  | 18 |

|   |    |
|---|----|
| Article 11 : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement | 18 |
| 11.1 Composition  | 18 |
| 11.2 Présidence   | 19 |
| 11.3 Compétences  | 19 |
| 11.4 Fonctionnement   | 20 |
| Article 12: Comité Territorial des Élus Locaux  | 20 |
| 12.1 Composition  | 20 |
| 12.2 Présidence   | 21 |
| 12.3 Compétences  | 21 |
| 12.4 Fonctionnement   | 21 |
| a- Les convocations   | 21 |
| b- L'ordre du jour  | 21 |
| c - Le déroulement des séances  | 22 |
| d- Le secrétariat des séances.  | 22 |
| e- Le quorum  | 22 |
| f- Les votes  | 22 |
| Article 13 : Conférence territoriale de dialogue social   | 23 |
| 13.1 Composition  | 23 |
| 13.2 Présidence   | 23 |
| 13.3 Compétences  | 23 |
| 13.4 Fonctionnement   | 24 |
| Titre 4 : FONCTIONNEMENT  | 24 |
| Article 14 : Fonctions mutualisées  | 24 |
| 14.1 La coordination des instituts et écoles de formation paramédicale du GHT                   | 24 |
| 14.2 Les achats   | 25 |
| 14.3 Le système d'information hospitalier   | 26 |
| 14.4 Le département de l'information médicale de territoire                                     | 26 |
| Titre 5 : PROCEDURE DE CONCILIATION   | 27 |
| Article 15 : Conciliation   | 27 |
| Titre 6 : DUREE ET RECONDUCTION   | 27 |
| Article 16 : Durée de la convention constitutive  | 27 |

### PARTIE II: PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GHT DU CHER 2017 - 2022 29

|  |    |
|--|----|
| Titre 1 : LE PROJET MEDICAL PARTAGE .....  | 29 |
| Le préambule .....   | 29 |
| La méthodologie d'élaboration du Projet Médical Partagé. ....                              | 30 |
| Les caractéristiques de la population du département du Cher .....                         | 32 |
| Les caractéristiques de l'offre dans le département du Cher .....                          | 33 |
| Les données relatives au GHT .....   | 34 |
| Les taux de recours .....  | 34 |
| Les parts de marché du GHT .....   | 37 |
| 1- Les objectifs médicaux .....  | 39 |
| 2- Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ..... | 41 |
| 3- L'organisation par filière d'une offre de soins graduée .....                           | 43 |
| A- La filière oncologie .....  | 43 |
| 1) L'état des lieux de la filière oncologie .....  | 43 |
| a) L'offre existante au sein du GHT .....  | 43 |
| b) Les données d'activité .....  | 45 |
| c) L'offre départementale hors GHT .....   | 47 |
| 2) Les enjeux de la filière oncologie .....  | 47 |
| 3) Les orientations et objectifs de la filière oncologie .....                             | 47 |
| B- La filière Soins de Suite et de Réadaptation .....                                      | 53 |
| 1) L'état des lieux de la filière SSR .....  | 53 |
| a) L'offre existante au sein du GHT .....  | 53 |
| b) Les données d'activité .....  | 54 |
| c) L'offre départementale hors GHT .....   | 55 |
| 2) Les enjeux de la filière SSR .....  | 55 |
| 3) Les orientations et objectifs de la filière SSR .....                                   | 56 |
| C- La filière Urgences .....   | 59 |
| 1) L'état des lieux de la filière Urgences .....   | 59 |
| a) L'offre existante au sein du GHT .....  | 59 |
| b) Les données d'activité .....  | 62 |
| c) L'offre départementale hors GHT .....   | 65 |

|  |    |
|--|----|
| 2) Les enjeux de la filière urgences-----                                | 65 |
| 3) Les orientations et objectifs de la filière urgences-----             | 65 |
| D- La filière Prélèvements Multi-Organes (PMO)-----                      | 73 |
| 1) L'état des lieux de la filière Prélèvements Multi-Organes (PMO) ----- | 73 |
| a) L'offre existante au sein du GHT -----                                | 73 |
| b) Les données d'activité -----  | 74 |
| 2) Les enjeux de la filière PMO -----                                    | 74 |
| 3) Les orientations et objectifs de la filière PMO -----                 | 74 |
| E- La filière Soins Palliatifs -----                                     | 77 |
| 1) L'état des lieux de la filière soins palliatifs -----                 | 77 |
| a) L'offre existante au sein du GHT -----                                | 77 |
| b) Les données d'activité -----  | 78 |
| c) L'offre départementale hors GHT-----                                  | 79 |
| 2) Les enjeux de la filière soins palliatifs -----                       | 79 |
| 3) Les orientations et objectifs de la filière soins palliatifs -----    | 80 |
| F- La filière chirurgie -----  | 83 |
| 1) L'état des lieux de la filière chirurgie -----                        | 83 |
| a) L'offre existante au sein du GHT -----                                | 83 |
| b) Les données d'activité -----  | 84 |
| c) L'offre départementale hors GHT-----                                  | 86 |
| 2) Les enjeux de la filière chirurgie -----                              | 86 |
| 3) Les objectifs par spécialités chirurgicales-----                      | 86 |
| G- La filière cardio-vasculaire-----                                     | 91 |
| 1) L'état des lieux de la filière cardio-vasculaire -----                | 91 |
| a) L'offre existante au sein du GHT -----                                | 91 |
| b) Les données d'activité -----  | 92 |
| 2) Les enjeux de la filière cardio-vasculaire -----                      | 92 |
| 3) Les orientations et objectifs de la filière cardio-vasculaire -----   | 92 |
| H- La filière psychiatrie-----   | 95 |
| 1) L'état des lieux de la filière psychiatrie -----                      | 95 |
| a) L'offre existante au sein du GHT -----                                | 95 |

|    |  |     |
|----|--|-----|
| b) | Les données d'activité -----   | 96  |
| c) | L'offre départementale hors GHT -----                                  | 96  |
| 2) | Les enjeux de la filière psychiatrie -----                             | 96  |
| 3) | Les orientations et objectifs de la filière psychiatrie -----          | 97  |
| I- | La filière gynécologie/obstétrique/pédiatrie -----                     | 99  |
| 1) | L'état des lieux de la filière gynécologie/obstétrique/pédiatrie ----- | 99  |
| a) | L'offre existante au sein du GHT -----                                 | 99  |
| b) | Les données d'activité -----   | 101 |
| c) | L'offre départementale hors GHT -----                                  | 101 |
| 2) | Les enjeux de la filière gynécologie/obstétrique/pédiatrie -----       | 101 |
| 3) | Les objectifs de la filière gynécologie/obstétrique/pédiatrie -----    | 101 |
| J- | La filière néphrologie-hémodialyse -----                               | 103 |
| 1) | L'état des lieux de la filière néphrologie-hémodialyse -----           | 103 |
| a) | L'offre existante dans le GHT du Cher -----                            | 103 |
| b) | Les données d'activité -----   | 103 |
| c) | L'offre départementale hors GHT -----                                  | 104 |
| 2) | Les enjeux de la filière néphrologie-hémodialyse -----                 | 104 |
| 3) | Les objectifs de la filière néphrologie-hémodialyse -----              | 104 |
| K- | La filière gériatrique -----   | 106 |
| 1) | L'état des lieux de la filière gériatrique -----                       | 108 |
| a) | L'offre existante au sein du GHT -----                                 | 108 |
| b) | Les données d'activité -----   | 109 |
| 2) | Les enjeux de la filière gériatrique -----                             | 110 |
| 3) | Les orientations et objectifs de la filière gériatrique -----          | 110 |
| L- | La filière AVC -----   | 116 |
| 1) | L'état des lieux de la filière AVC -----                               | 116 |
| 2) | Les enjeux de la filière AVC -----                                     | 117 |
| 3) | Les objectifs de la filière AVC -----                                  | 118 |
| M- | La filière addictologie -----  | 119 |
| 1) | L'état des lieux -----   | 119 |
| 2) | Les enjeux de la filière -----   | 119 |

|  |     |
|--|-----|
| 3) Les objectifs de la filière addictologie -----  | 120 |
| N- Le projet antibiothérapie/hygiène hospitalière-----   | 121 |
| 1) L'état des lieux -----  | 121 |
| 2) Les objectifs du projet antibiothérapie/hygiène hospitalière -----  | 121 |
| 4- Les principes d'organisation des activités-----   | 125 |
| A- La permanence et la continuité des soins -----  | 125 |
| B- Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées -----                     | 126 |
| 1) Les consultations externes -----  | 126 |
| 2) Les consultations avancées -----  | 128 |
| C- Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle -----                          | 128 |
| D- Les plateaux techniques -----   | 129 |
| E- L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles-----                               | 130 |
| F- Les activités d'hospitalisation à domicile -----  | 133 |
| 1) L'état des lieux de l'hospitalisation à domicile. -----   | 133 |
| a) L'offre existante au sein du GHT -----  | 133 |
| b) Les données d'activité -----  | 133 |
| c) L'offre départementale hors GHT-----  | 134 |
| 2) Les enjeux de la filière HAD -----  | 134 |
| 3) Les orientations et objectifs de la filière HAD -----   | 134 |
| G- Les activités de prise en charge médico-sociale -----   | 138 |
| 5- Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ----- | 139 |
| A- Projet de biologie-----   | 139 |
| 1) L'état des lieux de la biologie-----  | 139 |
| 2) Les enjeux du projet de biologie-----   | 139 |
| 3) L'organisation en concertation de la biologie entre les CH JACQUES CŒUR et de VIERZON.<br>-----           | 139 |
| B - Projet d'imagerie-----   | 140 |
| 1) L'état des lieux du projet imagerie-----  | 140 |
| a) L'offre existante au sein du GHT -----  | 140 |
| b) Les données d'activité -----  | 142 |
| c) L'offre départementale hors GHT-----  | 142 |

|  |     |
|--|-----|
| 2) Les enjeux de la mise en place du projet imagerie-----  | 142 |
| 3) Les orientations et objectifs du projet imagerie-----   | 143 |
| C- Projet de pharmacie -----   | 146 |
| 1) L'état des lieux de la pharmacie -----  | 146 |
| a) L'offre existante au sein du GHT -----  | 146 |
| b) Les données d'activité -----  | 147 |
| 2) Les enjeux de la mise en place du projet de pharmacie -----                                   | 148 |
| 3) Les orientations et objectifs du projet pharmacie -----                                       | 148 |
| 6 - Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire----- | 151 |
| 7- Les modalités de suivi du projet médical partagé : mise en œuvre et évaluation. -----         | 152 |
| 8- Les thématiques transversales-----  | 152 |
| A- Éducation thérapeutique du patient-----   | 152 |
| B- Télémédecine-----   | 153 |
| C- Prévention-----   | 156 |
| Titre 2 : LE PROJET DE SOINS PARTAGE -----   | 156 |
| Annexe 1: Liste des membres des Groupes de travail-----  | 158 |
| Annexe 2 : Lexique -----   | 166 |
| Annexe 3 : Différents regroupements de racines de GHM -----                                      | 169 |

### RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS

Vu les articles L 6132-1 à L 6132-6 du code de la Santé Publique instituant les groupements hospitaliers de territoire,

Vu le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,

Vu le décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L 6132-3 du code de la Santé Publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire,

Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région CENTRE-VAL DE LOIRE,

Vu l'arrêté n°2016-OSMS-0059 du 1<sup>er</sup> juillet 2016 portant composition du groupement hospitalier de territoire du Cher,

Vu l'arrêté n°2016-OSMS-0067 du 18 juillet 2016 portant désignation du centre hospitalier JACQUES CŒUR de BOURGES comme établissement support du groupement hospitalier de territoire du Cher,

Vu l'arrêté n°2016-OSMS-0069 du 30 août 2016 portant approbation de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire du Cher,

Vu la convention constitutive du GHT du Cher signée le 30 juin 2016,

Vu l'avis du 23 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du CH JACQUES CŒUR relatif à la mise en place de l'instance médicale commune,

Vu l'avis du 6 octobre 2016 de la commission médicale d'établissement du CH GEORGE SAND relatif à la mise en place de l'instance médicale commune,

Vu l'avis du 15 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du CH de SAINT AMAND MONTROND relatif à la mise en place de l'instance médicale commune,

Vu l'avis du 10 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du CH de SANCERRE relatif à la mise en place de l'instance médicale commune,

Vu l'avis du 15 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du CH de VIERZON relatif à la mise en place de l'instance médicale commune,

Vu l'avis du 4 octobre 2016 de la commission des usagers du CH JACQUES CŒUR relatif à la mise en place de l'instance commune des usagers,

Vu l'avis du 27 septembre 2016 de la commission des usagers du CH GEORGE SAND relatif à la mise en place de l'instance commune des usagers,

Vu l'avis du 11 octobre 2016 de la commission des usagers du CH de SAINT AMAND MONTROND relatif à la mise en place de l'instance commune des usagers,

Vu l'avis du 23 septembre 2016 de la commission des usagers du CH de SANCERRE relatif à la mise en place de l'instance commune des usagers,

Vu l'avis du 20 septembre 2016 de la commission des usagers du CH de VIERZON relatif à la mise en place de l'instance commune des usagers,

Vu l'avenant 1 à la convention constitutive du GHT du Cher,

Vu l'avis émis par le Comité Stratégique du GHT du Cher le 15 juin 2017,

Vu l'avis émis par le Collège Médical du GHT du Cher le 15 juin 2017,

Vu l'avis émis par le Comité des Usagers du GHT du Cher le 16 juin 2017,

Vu l'avis émis par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement du GHT du Cher le 19 juin 2017,

Vu l'avis émis par le Comité Territorial des Elus Locaux le 20 juin 2017,

Vu l'avis émis par la Conférence Territoriale de Dialogue Social le 26 juin 2017,

Il est convenu la création d'un groupement hospitalier de territoire entre les établissements sous désignés :

Le CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR, dont le siège est situé 145 avenue François Mitterrand - CS 30010 – 18020 BOURGES CEDEX, représenté par sa Directrice, Madame Agnès CORNILLAULT,

Et

Le CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND, dont le siège est situé 77 rue Louis Mallet – BP 6050 – 18024 BOURGES CEDEX, représenté par son Directeur, Monsieur Jean-Paul SERVIER,

Et

Le CENTRE HOSPITALIER de SAINT AMAND MONTROND, dont le siège est situé 44 avenue Jean Jaurès – 18206 SAINT AMAND MONTROND CEDEX, représenté par sa Directrice, Madame Fatiha ZIDANE

Et

Le CENTRE HOSPITALIER de SANCERRE, dont le siège est situé 260 rempart des augustins – 18300 SANCERRE, représenté par sa Directrice, Madame Marion RAVET

Et

Le CENTRE HOSPITALIER de VIERZON, dont le siège est situé 33 rue Léo Mérigot – 18100 VIERZON, représenté par son Directeur, Monsieur Florent FOUCARD

## **PARTIE I : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

### **Titre 1 : CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

#### **Article 1 : Composition du groupement hospitalier de territoire**

##### **1.1 Établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire**

Les établissements publics de santé suivants sont parties au groupement hospitalier de territoire :

Le Centre Hospitalier JACQUES CŒUR de Bourges  
Le Centre Hospitalier GEORGE SAND, Etablissement intercommunal de santé mentale du Cher  
Le Centre Hospitalier de SAINT AMAND MONTROND  
Le Centre Hospitalier de SANCERRE  
Le Centre Hospitalier de VIERZON

##### **1.2 Adhésion d'établissements au groupement hospitalier de territoire**

Tout établissement ou service médico-social public, situé sur le territoire de santé du Cher peut adhérer à la présente convention ultérieurement à sa signature, dès lors qu'il accepte sans réserve les stipulations de la présente convention, et qu'il n'est partie à aucun autre groupement hospitalier de territoire.

Son adhésion doit préalablement recueillir l'avis favorable du Comité Stratégique du groupement et donne lieu à un avenant à la présente convention.

#### **Article 2 : Dénomination du groupement hospitalier de territoire**

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :  
« Groupement Hospitalier de Territoire du Cher »

### Article 3 : Objet du groupement hospitalier de territoire

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il vise à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé élaboré par les établissements.

Le GHT s'applique à améliorer les modes de gestion et organise la mise en commun de fonctions ou des transferts d'activités entre établissements.

Le groupement hospitalier de territoire du Cher permettra le maintien et le développement d'une offre de soins de proximité à travers le renforcement de coopérations existantes et la création de nouvelles coopérations.

Les complémentarités entre les établissements parties au groupement vont être développées pour assurer une fluidification du parcours du patient d'un établissement à l'autre, et pour mieux répondre à ses besoins de santé.

Le développement d'une véritable stratégie commune permettra à chaque patient de bénéficier d'une prise en charge coordonnée et de qualité.

De plus, le partage de compétences et d'expertises au niveau des fonctions supports permettra de sécuriser les procédures et d'harmoniser les pratiques.

### Article 4 : Désignation de l'établissement support

Après avoir recueilli l'avis du Comité Territorial des Élus Locaux, Mme la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé CENTRE-VAL DE LOIRE a désigné l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire du Cher par arrêté en date du 18 juillet 2016.

L'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire du Cher est le CH JACQUES CŒUR de BOURGES.

### Article 5 : Droits et obligations des établissements parties

Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à une seule convention de groupement hospitalier de territoire.

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. La qualité d'établissement partie à un groupement hospitalier de territoire n'entraîne pas la disparition des coopérations existantes.

Le groupement hospitalier de territoire n'a pas vocation à devenir le cadre exclusif de partenariat des établissements publics de santé ou des établissements ou services médico sociaux publics qui le composent.

Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention.

Les responsabilités inhérentes à l'exécution des missions confiées par la loi aux établissements de santé demeurent à la seule charge des établissements signataires, notamment vis-à-vis de leurs patients respectifs.

Les instances des établissements signataires restent compétentes, sous réserve des délégations de compétences qu'elles accordent, par délibération, aux instances du groupement.

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. A ce titre, la stratégie du groupement en matière de santé mentale se fait dans le respect du projet médical de l'établissement spécialisé. Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement et perçoit à la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé.

## **Titre 2 : ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

---

### **Article 6 : Conclusion de conventions d'association et de partenariat**

Les établissements et services parties à la présente convention délèguent à l'établissement support la compétence de conclure, pour leur compte, les conventions de partenariat et association avec le groupement hospitalier de territoire prévues à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique avec :

- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile

- Les établissements privés.

### Article 7 : Association du groupement hospitalier de territoire à un centre hospitalier universitaire

Le groupement hospitalier de territoire s'associe au centre hospitalier universitaire de TOURS au titre des activités hospitalo-universitaires suivantes :

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

Le centre hospitalier universitaire de TOURS coordonne au bénéfice des établissements parties au groupement hospitalier de territoire auquel il est associé les activités hospitalo-universitaires citées ci-dessus.

Une attention particulière sera portée aux missions de gestion de la démographie médicale eu égard à la problématique de désertification médicale impactant le département du Cher.

L'association entre le groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire de TOURS sera traduite dans le projet médical partagé du groupement ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement et ce centre hospitalier universitaire.

## Titre 3 : GOUVERNANCE

---

### Article 8 : Comité stratégique

#### 8.1 Composition

Le comité stratégique comprend :

- les directeurs des établissements parties au groupement ou leurs représentants,
- les présidents des commissions médicales des établissements parties au groupement ou leurs représentants,
- les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement,
- le président du collège médical,
- le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire.

Le président du Comité Stratégique est assisté des professionnels de son choix.

### **8.2 Présidence**

Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support.

### **8.3 Compétences**

Le comité stratégique est chargé :

- de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire,
- de proposer au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé,
- de conseiller le directeur de l'établissement support sur l'ensemble des sujets en lien avec le groupement hospitalier de territoire,
- de se prononcer sur l'adhésion et l'exclusion d'un établissement au groupement hospitalier de territoire,
- d'émettre un avis sur les états des prévisions de recettes et de dépenses et les plans globaux de financement pluriannuel des établissements parties au groupement.

### **8.4 Fonctionnement**

Il se réunit au moins six fois par an sur convocation de son président.

Il élabore et adopte son règlement intérieur qui constituera l'un des volets du règlement intérieur du groupement hospitalier de territoire.

### **8.5 Mise en place d'un bureau restreint**

Il n'est pas mis en place de bureau restreint.

## **Article 9 : Collège médical**

Les commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire du Cher ont à la majorité choisi de mettre en place un Collège Médical.

### 9.1 Composition

Le Collège Médical est composé de membres ayant voix délibérative :

- les Présidents des Commissions Médicales d'Établissement des établissements parties au Groupement,
- les vice-Présidents des Commissions Médicales d'Établissement des établissements parties au Groupement,
- les chefs de pôles de l'ensemble des pôles des établissements parties au Groupement,
- le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire.

Assistent avec voix consultative aux séances du Collège Médical :

- les directeurs des établissements parties au Groupement ou leurs représentants,
- les Présidents des Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques des établissements parties au Groupement,
- Monsieur le Doyen de la faculté de médecine de TOURS, au titre des liens et partenariats existants entre les établissements membres du GHT du Cher et la faculté de médecine de TOURS.

### 9.2 Présidence

Le président et le vice-président du Collège Médical sont élus parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Le président coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

La fonction de président est incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

### 9.3 Compétences

Le Collège Médical :

- anime la réflexion médicale de territoire de groupement. A ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement,
- donne un avis sur le projet médical partagé du groupement,
- est tenu informé, chaque année, de la mise en œuvre et du bilan du projet médical partagé dressé par son président.

### 9.4 Fonctionnement

Le Collège Médical se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président.

Le Collège Médical élabore et adopte son règlement intérieur qui constituera l'un des volets du règlement intérieur du groupement hospitalier de territoire

### Article 10 : Comité des Usagers

Les commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire du Cher ont à la majorité choisi de mettre en place un Comité des Usagers.

#### 10.1 Composition

Le Comité des Usagers est composé :

- de membres ayant voix délibérative :
  - le médiateur médical de la commission des usagers de chacun des établissements parties au groupement
  - le médiateur non médical de la commission des usagers de chacun des établissements parties au groupement
  - deux représentants des usagers titulaires de la commission des usagers de chacun des établissements parties au groupement
  
- d'un membre ayant voix consultative :
  - le directeur de l'établissement support du groupement

Assistent avec voix consultative aux séances du Comité des Usagers:

- les directeurs des établissements parties au Groupement ou leurs représentants,
- le Président de la CSIRMTG ou son représentant,
- le Président du Collège Médical ou son représentant.

#### 10.2 Présidence

Le Comité des Usagers est présidé par le directeur de l'établissement support.

### 10.3 Compétences

Les compétences du Comité des Usagers sont les suivantes :

- mise en œuvre d'une communication commune sur les droits des usagers
- examen des bilans des Commissions des Usagers des établissements parties au GHT en matière de satisfaction des usagers
- élaboration et suivi d'une fiche spécifique de recueil des évènements indésirables graves sur les ruptures et/ou les difficultés des parcours patients entre établissements parties au GHT et suivi des fiches
- examen des plaintes et réclamations en lien avec le parcours du patient et/ou sa prise en charge au sein d'au moins deux établissements membres du GHT, et propositions d'amélioration
- émission d'un avis sur les avenants à la convention constitutive (comprenant le projet médical partagé) et sur le projet de soins partagé

Il est également informé :

- des modifications du règlement intérieur du GHT
- des évolutions de l'organisation du GHT

### 10.4 Fonctionnement

Le Comité des Usagers se réunit deux fois par an sur convocation de son président.

Il élabore et adopte son règlement intérieur qui constituera l'un des volets du règlement intérieur du groupement hospitalier de territoire

## Article 11 : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement

### 11.1 Composition

La CSIRMTG est composée :

- des Présidents des CSIRMT des établissements parties au Groupement,
- d'un représentant de chacun des trois collèges des CSIRMT des établissements de santé parties au Groupement,

- le cas échéant, d'un représentant des professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au Groupement.

Participent aux séances de la CSIRMTG avec voix consultative :

- le coordonnateur des instituts et écoles de formation paramédicale du GHT
- les directeurs chargés des instituts et écoles paramédicales du Cher
- les directeurs des établissements parties au Groupement
- les Présidents des Commissions Médicales des établissements parties au Groupement ou leurs représentants

### 11.2 Présidence

Le président est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement.

### 11.3 Compétences

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins partagé du GHT
- Le volet du règlement intérieur relatif à la CSIRMTG
- La convention constitutive du GHT et ses avenants
- Lorsque cela implique au moins deux établissements parties au GHT et s'inscrit dans le projet médical partagé ou dans le projet de soins partagé du GHT :
  - L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades
  - La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins
  - Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers
  - Les innovations dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques développées en coopération par des établissements parties au GHT
  - La politique de DPC non médical du GHT

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est informée :

- Des modifications de filières au sein du GHT
- Des actions organisées dans le cadre du GHT concernant la formation

- De l'évolution des organisations au sein du GHT
- De l'état d'avancement des projets partagés conduits au sein du GHT

### 11.4 Fonctionnement

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement se réunit deux fois par an sur convocation de son président.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement élabore et adopte son règlement intérieur qui constituera l'un des volets du règlement intérieur du groupement hospitalier de territoire.

## Article 12: Comité Territorial des Élus Locaux

### 12.1 Composition

Le Comité Territorial des Élus Locaux est composé de membres ayant voix délibérative et de membres ayant voix consultative :

- avec voix délibérative
  - Collège 1 : des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement
  - Collège 2 : des maires des communes sièges des établissements parties au groupement
  - Collège 3 : le cas échéant, des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement
  - Collège 4 : des présidents de conseil de surveillance qui ne siègent pas dans le comité territorial des élus locaux à un autre titre

Leur mandat prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

- avec voix consultative
  - des directeurs des établissements parties au groupement
  - du président du Collège Médical ou son représentant
  - du président du Comité Stratégique

Le Président de la CSIRMTG peut assister aux séances du Comité Territorial des Élus Locaux.

### 12.2 Présidence

Le Président du Comité Territorial des Élus Locaux est élu parmi les membres des collèges 1 -2 et 3 pour une durée de cinq ans.

Il est élu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

### 12.3 Compétences

Il est chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

### 12.4 Fonctionnement

#### a- Les convocations

Le Comité Territorial des Élus Locaux se réunit en séance ordinaire deux fois par an, sur convocation de son Président ou à la demande du Président du Comité Stratégique.

Il peut être convoqué en séance extraordinaire à la demande de son Président, du Président du Comité Stratégique ou des 2/3 de ses membres. Dans ce dernier cas, la demande est adressée par écrit au Président du Comité Territorial des Elus Locaux en précisant les questions devant être inscrites à l'ordre du jour.

#### b- L'ordre du jour

Les convocations sont adressées au moins quinze jours à l'avance à l'ensemble des membres du Comité Territorial des Élus Locaux par voie électronique.

Les documents relatifs à l'ordre du jour sont adressés prioritairement par voie électronique, et pourront l'être par voie postale si la voie électronique ne peut être utilisée.

En cas de séance extraordinaire du Comité Territorial des Élus Locaux, le délai de transmission de l'ordre du jour peut être inférieur à quinze jours.

### c - Le déroulement des séances

Les séances du Comité ne sont pas publiques.

Le « chargé de mission GHT » participe aux séances du Comité Territorial des Élus Locaux.

Les réunions ont lieu dans l'un des établissements membres du GHT.

En cas d'empêchement du président, il désigne l'un des membres du comité pour présider à sa place la séance.

### d- Le secrétariat des séances.

Le secrétariat du Comité Territorial des Élus Locaux est assuré par le « chargé de mission GHT ».

Le compte rendu sera transmis par voie électronique aux membres du Comité Territorial des Élus Locaux. Il sera approuvé lors de la séance suivante.

Les avis émis sont transmis au Comité Stratégique.

### e- Le quorum

Le Comité Territorial des Élus Locaux ne peut émettre des avis valablement que lorsque le tiers au moins de ses membres ayant voix délibérative assiste à la séance.

En cas de non atteinte du quorum, une nouvelle réunion portant sur le même ordre du jour a lieu dans un délai de huit jours. Les avis sont alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

### f- Les votes

Seuls les membres ayant voix délibérative peuvent prendre part aux votes.  
Chaque membre ayant voix délibérative dispose d'une voix.

Les votes ont lieu à main levée. Si l'un des membres du Comité Territorial des Élus Locaux le demande, le vote est fait à bulletin secret.

En cas d'égalité des voix, l'avis est réputé avoir été donné, ou la proposition formulée.

Le vote par procuration ou par correspondance n'est pas admis.

### Article 13 : Conférence territoriale de dialogue social

#### 13.1 Composition

La conférence territoriale de dialogue social comprend des membres ayant voix délibérative et des membres ayant voix consultative.

- avec voix délibérative
  - o le président du comité stratégique bénéficie d'un siège,
  - o l'organisation syndicale présente au sein d'au moins un comité technique d'établissement bénéficie d'un siège,
  - o l'organisation syndicale présente dans au moins deux comités techniques d'établissement bénéficie de deux sièges.
- avec voix consultative
  - o le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement
  - o le président de la CSIRMT de groupement
  - o les directeurs des établissements parties au groupement.

Les directeurs des ressources humaines des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ne sont pas membres de la conférence territoriale de dialogue social, toutefois ils sont invités à participer aux séances de ladite conférence.

#### 13.2 Présidence

Le président du comité stratégique est le président de la conférence territoriale de dialogue social.

#### 13.3 Compétences

Elle est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire

### 13.4 Fonctionnement

La conférence se réunit deux fois par an sur convocation de son président.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont définies dans le règlement intérieur du groupement.

## Titre 4 : FONCTIONNEMENT

### Article 14 : Fonctions mutualisées

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire assure pour le compte des établissements parties au groupement :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire, dans le respect des spécificités de l'information médicale appliquée à chaque champ sanitaire (MCO, HAD, SSR, Psychiatrie...)
- La fonction achats
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement
- La coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement

Le directeur de l'établissement support s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement pour la réalisation des activités et fonctions mentionnées ci-dessus.

Des groupes de travail constitués de professionnels de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont mis en place pour proposer des organisations permettant d'atteindre les objectifs prévus dans la présente convention. Ils transmettent leurs travaux au comité stratégique qui arrête les modalités d'organisation des fonctions mutualisées.

### 14.1 La coordination des instituts et écoles de formation paramédicale du GHT

Le GHT du Cher comprend :

- l'IFSI et l'IFAS du CH de VIERZON
- l'IFAS du CH de ST AMAND MONTROND
- l'IFAS de BOURGES

Un poste de « Directeur des soins en charge de l’IFAS de BOURGES et de la coordination des instituts de formation paramédicale du GHT du Cher a été créé par la transformation du poste de directeur de l’IFAS de BOURGES.

Il coordonne les instituts et écoles de formation paramédicale du GHT du Cher à hauteur de 40% de son temps et il est rattaché à l’établissement support du GHT du Cher.

Ce coordonnateur pourra être amené à participer aux instances communes du GHT du Cher.

### 14.2 Les achats

Les établissements s’accordent sur les éléments suivants :

- la représentation de chaque établissement au sein du groupe de travail relatif aux achats
- l’implication de chaque établissement dans l’élaboration du plan d’actions des achats du GHT
- la prise en compte des spécificités de chaque établissement membre du GHT
- la nécessaire proximité entre « clients » et centre de décision
- l’organisation en commun des fonctions d’expertise dont la veille juridique et le conseil en matière de marchés publics
- le caractère évolutif du process achats au sein du GHT tendant vers la mise en œuvre d’un process partagé
- l’organisation en commun de la fonction achats du GHT
- l’élaboration de la politique et les stratégies d’achat
- la désignation d’un directeur des achats du GHT
- la désignation d’un référent achat dans les établissements parties au groupement.

Le directeur de la fonction achat du GHT du Cher est désigné par le directeur de l’établissement support du GHT après avis du Comité Stratégique.

Il met en œuvre la fonction achat pour le compte des établissements parties pour les segments achats identifiés et validés par le Comité Stratégique, et met en œuvre le plan d’actions des achats du groupement.

Il rend compte régulièrement de ses travaux au Comité Stratégique et aux directeurs des établissements parties au GHT du Cher.

Afin de mettre en œuvre la mutualisation de la fonction achats, les établissements du GHT du Cher créent un groupement de commandes destiné aux membres du GHT du Cher.

Par ailleurs, les membres du GHT élaborent annuellement un plan d’actions achat.

### 14.3 Le système d'information hospitalier

Le directeur du système d'information du CH JACQUES COEUR est désigné par le directeur de l'établissement support comme directeur du système d'information du GHT du Cher, conformément à l'article R6132-15 du CSP.

Les établissements membres du GHT du Cher s'engagent conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur à la mise en œuvre progressive d'un système d'information hospitalier convergent.

Cette mise en œuvre prendra en compte les spécificités du CH GEORGE SAND et du CH de SANCERRE, et n'a pas vocation à remettre en cause des systèmes performants et adaptés à la prise en charge de leurs patients. Toutefois, ces systèmes pourront être amenés à évoluer en fonction des orientations arrêtées de manière concertée au sein du GHT.

L'état des lieux réalisé montre une hétérogénéité dans les systèmes d'information de chacun des établissements (notamment pour le dossier patient informatisé et les systèmes de gestion administrative), qui ne facilite pas la mise en œuvre de la convergence attendue.

L'élaboration du schéma directeur du système d'information du GHT du Cher fait l'objet, pour sa première rédaction, d'un accompagnement par un prestataire extérieur. Le chef de ce projet est le directeur du système d'information du GHT du Cher.

Le Comité Stratégique du GHT est l'instance stratégique qui valide le SDSI du GHT.

Les directeurs des établissements parties au GHT s'engagent à ce que les professionnels de leurs établissements participent à ces travaux.

Un règlement intérieur spécifique précise l'organisation de la Direction du Système d'Information à l'échelle du GHT en s'appuyant sur les ressources humaines informatiques disponibles dans chaque établissement partie au groupement, afin de réussir la convergence du SI du GHT, en faisant si besoin appel à des compétences extérieures. Ce règlement intérieur définit les conditions de mutualisation des équipes informatiques parties au groupement

### 14.4 Le département de l'information médicale de territoire

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support du GHT du Cher sur proposition du président du Collège Médical.

Le département d'information médicale de territoire assure les missions citées à l'article R. 6113-11-3 du Code de la Santé Publique.

Un règlement intérieur spécifique précise l'organisation du département d'information médicale et les relations de ce dernier avec les instances des établissements membres en tenant compte des spécificités de chacun.

Le département d'information médicale s'appuie sur les moyens (humains et matériels) disponibles dans chaque établissement et se dotera de moyens supplémentaires (humains et matériels) autant que de besoin.

### **Titre 5 : PROCEDURE DE CONCILIATION**

---

#### **Article 15 : Conciliation**

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à deux conciliateurs qu'elles auront désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de deux mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS de la région CENTRE-VAL DE LOIRE.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

### **Titre 6 : DUREE ET RECONDUCTION**

---

#### **Article 16 : Durée de la convention constitutive**

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016 et est renouvelée par tacite reconduction.

Le projet médical partagé est établi pour 5 ans.

Toute modification de la convention constitutive fait l'objet d'avenants élaborés par le Comité Stratégique.

Les avenants à la convention constitutive du GHT du Cher sont soumis :

→ Pour avis

- Au Collège Médical
- Au Comité des Usagers
- A la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Techniques de Groupement
- Au Comité Territorial des Elus Locaux
- A la Conférence Territoriale de Dialogue Social

→ Pour information

- Aux instances internes de chacun des établissements parties au GHT : Directoire, Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement, Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques, Conseil de Surveillance.

### PARTIE II: PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GHT DU CHER 2017 - 2022

#### Titre 1 : LE PROJET MEDICAL PARTAGE

Il est élaboré pour une période de 5 ans.

#### Le préambule

Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2012-2016 des établissements publics de santé du Cher comprenaient tous un objectif de création d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT). En 2013, M DAMIE, alors Directeur Général de l'ARS, a missionné Mme CORNILLAUD, directrice du CH JACQUES COEUR de BOURGES pour que les travaux relatifs à cette création débutent.

Ainsi dès la fin de l'année 2013, la réflexion a été initiée, entre les cinq établissements publics du Cher, afin d'aboutir à la constitution de cette communauté. De multiples réunions ont eu lieu concernant l'élaboration d'un projet médical commun.

Les premières versions du projet de loi de modernisation de notre système de santé substituaient les groupements hospitaliers aux communautés hospitalières, c'est pourquoi les travaux menés entre les établissements publics se sont réorientés et intensifiés.

La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire du Cher a été signée par les directeurs des établissements parties le 30 juin 2016 et approuvée le 30 août 2016 par Mme Anne BOUYGARD, Directrice de l'Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire. Cette dernière a également, après avis du Comité Territorial des Élus Locaux, désigné le CH JACQUES COEUR comme établissement support du groupement.

Les cinq établissements parties au GHT du Cher sont :

- Le CH JACQUES COEUR
- Le CH GEORGE SAND
- Le CH de SAINT AMAND MONTROND
- Le CH de SANCERRE
- Le CH de VIERZON

### La méthodologie d'élaboration du Projet Médical Partagé.

Afin de mettre en place le groupement et d'élaborer le projet médical partagé, un comité de pilotage du GHT du Cher a été constitué en octobre 2015. Celui-ci se voulait préfigurateur du futur Comité Stratégique du groupement. Il réunissait les cinq directeurs, les cinq présidents de commissions médicales d'établissement et les cinq présidents de commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au futur groupement.

Lors de ces comités, des thématiques médicales, apparaissant comme prioritaires pour notre département, ont été arrêtées pour être traitées dans le cadre de l'élaboration du projet médical. Il a été acté que seraient tout d'abord constitués des groupes de travail sur cinq thématiques que sont les urgences, le SSR, la cancérologie, la filière gériatrique et l'imagerie. Ceux-ci se sont réunis à partir de janvier 2016.

Une fois que ces groupes ont avancé dans leur réflexion, le comité a décidé la constitution de cinq nouveaux groupes de travail relatifs à la pharmacie, aux soins palliatifs, à la gynécologie-obstétrique-pédiatrie, à la psychiatrie et à l'addictologie.

Enfin, en début d'année 2016, une troisième vague de cinq thématiques a été arrêtée : l'hospitalisation à domicile, la néphrologie/hémodialyse, l'antibiothérapie/hygiène hospitalière, le cardio-vasculaire et la chirurgie.

Ces quinze thématiques ont été abordées soit sous forme de groupes de travail, soit sous forme de réunions.

Les données chiffrées présentées lors des réunions proviennent de multiples sources, notamment une étude effectuée par l'UREH (Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière) en 2015, les données transmises par les DIM et les données issues des rapports d'activité et des projets d'établissement des parties au groupement.

#### 1- Les groupes de travail

Les groupes de travail ont été pilotés, pour la majorité des groupes, par un binôme médico-administratif : un directeur ou un directeur adjoint d'un établissement partie et un praticien, tous deux issus d'un établissement différent.

Afin d'avoir une vision complète et large de la thématique, les groupes ont réuni des professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs. Les cinq établissements n'étaient pas tous représentés, ils ne l'ont été que lorsque la thématique les intéressait. De plus, des représentants de deux EHPAD publics autonomes ont été associés aux réflexions relatives à la filière gériatrique : l'EHPAD DES RESIDENCES DE BELLEVUE (étant en direction commune avec le CH JACQUES CŒUR) dont un des

sites est situé à BOURGES et l'autre à SAINT DOULCHARD et l'EHPAD DES CEDRES situé à HENRICHEMONT.

Le déroulement de chacune des premières réunions a été calqué sur le même modèle : un point relatif au groupement hospitalier de territoire avec un focus sur le projet médical partagé, puis un état des lieux de la thématique, principalement constitué de données chiffrées, complété en séance par des données qualitatives relevées par les professionnels.

Au fil de leurs réflexions, les membres des groupes ont arrêté des orientations et des objectifs pour la filière identifiée.

Il est à noter que les pilotes du groupe de travail relatif à la cancérologie ont rencontré des représentants de la CLINIQUE DES GRAINETIERES, de l'HOPITAL PRIVE GUILLAUME DE VARYE et du CENTRE SAINT JEAN, afin de leur exposer les travaux du groupe et d'échanger sur les coopérations qui pourraient être envisagées.

#### 2- Les réunions

L'hospitalisation à domicile et la néphrologie/hémodialyse ont fait l'objet d'une réunion pour chacune de ces deux spécialités. Ces réunions ont associé les acteurs privés du Cher que sont l'HAD KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES pour l'hospitalisation à domicile et l'ARAUCO pour la néphrologie/hémodialyse.

La chirurgie a quant-à elle été abordée dans sa globalité lors d'une réunion entre les professionnels concernés dont les chefs de pôle de chirurgie des CH JACQUES COEUR et VIERZON.

Une réunion relative aux prélèvements multi-organes s'est également tenue.

#### 3- Les accompagnements dont le GHT du Cher a bénéficié dans le cadre de l'élaboration du projet médical partagé.

Le GHT du Cher a bénéficié de deux accompagnements dans le cadre du plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT. L'un relatif à la filière gériatrique dispensé par les cabinets NEERIA et SPH CONSEIL et l'autre relatif à des thématiques transversales (PDSes – télémédecine – prévention – éducation thérapeutique du patient – prise en charge du handicap) et à l'approfondissement de deux filières (addictologie et gynécologie/obstétrique/pédiatrie) délivré par deux intervenants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

Le GHT bénéficie également d'un accompagnement pour l'élaboration de son schéma directeur des systèmes d'information. Ce schéma sera en lien avec le projet médical partagé.

### Les caractéristiques de la population du département du Cher

(Source INSEE)

La population du Cher en 2015 est de 308 891 habitants, soit 11.9% de la population de la région CENTRE-VAL DE LOIRE (CVDL).

Elle est structurée ainsi :

- part des 0 à 24 ans : 26.1% (28.9% en région CVDL – 30% en France METROPOLITAINE)
- part des 25 à 59 ans : 42.6% (43.4% en région CVDL – 44.9% en France METROPOLITAINE)
- part des plus de 60 ans : 31.3% (27.7% en région CVDL – 25.2% en France METROPOLITAINE)

En 2015, l'espérance de vie dans le Cher à la naissance est de :

- 78 ans pour les hommes (78.9 ans en région CVDL - 79 ans en FRANCE METROPOLITAINE)
- 84.2 ans pour les femmes (85 ans en région CVDL - 85.1 ans en FRANCE METROPOLITAINE)

En 2015, le taux brut de mortalité dans le Cher pour 1 000 habitants est de :

- 12/1 000 (10.2/1 000 en région CVDL - 9/1 000 en France METROPOLITAINE)

En 2015, le taux brut de natalité dans le Cher pour 1 000 habitants est de

- 9.1/1 000 (10.7 en région CVDL - 11.8/1 000 en FRANCE METROPOLITAINE)

L'évolution des naissances dans le département entre 2010 et 2014 est de -7.2%. Cette évolution est également négative pour la région CENTRE-VAL DE LOIRE.

Les principales causes médicales de décès des hommes dans le Cher pour 2012 sont :

- Les tumeurs
- Les maladies de l'appareil circulatoire
- Les causes externes de blessures et empoisonnements
- Les symptômes, états morbides mal définis et autres causes

Les principales causes médicales de décès des femmes dans le Cher pour 2012 sont :

- Les maladies de l'appareil circulatoire
- Les tumeurs
- Les symptômes, états morbides mal définis et autres causes
- Les maladies du système nerveux et des organes des sens

Les bénéficiaires de la CMU de base représentent 2.7% de la population du Cher contre 3.1% en FRANCE METROPOLITAINE.

Les bénéficiaires de la CMU-C représentent 7.4% de la population du Cher contre 7.1% en FRANCE METROPOLITAINE.

### En synthèse :

- la part des 0 – 59 ans est inférieure aux données régionales et nationales
- la part des plus de 60 ans est supérieure aux données régionales et nationales
- l'espérance de vie est inférieure à l'espérance de vie régionale et nationale
- le taux brut de mortalité est supérieur aux taux bruts régionaux et nationaux
- le taux brut de natalité est inférieur aux taux bruts régionaux et nationaux

### Les caractéristiques de l'offre dans le département du Cher

(Source ARS et STATISS)

Au 1<sup>er</sup> mars 2017, les densités de professionnels pour 100 000 habitants sont :

- 70.59 médecins généralistes (76.05 en région CVDL)
- 58.72 médecins spécialistes (66.83 en région CVDL)
- 44.28 chirurgiens dentistes (41.55 en région CVDL)
- 91.51 IDE (88.11 en région CVDL)
- 55.83 masseurs-kinésithérapeutes (64.19 en région CVDL)

Les taux d'équipements pour 1 000 habitants (lits et places publics et privés) au 1<sup>er</sup> janvier 2015 sont :

| Source STATISS   | Cher  | Centre-Val de Loire | France |
|--|-------|---------------------|--------|
| <b>Médecine</b>  | 1.7   | 2                   | 2.1    |
| <b>Chirurgie</b>   | 1.3   | 1.3                 | 1.4    |
| <b>Gynécologie-Obstétrique</b>   | 0.8   | 0.8                 | 0.8    |
| <b>HAD</b>   | 0.2   | 0.3                 | 0.2    |
| <b>SSR</b>   | 1.3   | 1.7                 | 1.8    |
| <b>Psychiatrie infanto-juvénile (0 à 16 ans inclus)</b>  | 1.6   | 0.9                 | 0.9    |
| <b>Psychiatrie générale (16 ans et plus)</b>   | 2.8   | 1.6                 | 1.4    |
| <b>EHPAD (pour les personnes âgées de 75 ans et plus)</b>  | 112.6 | 106.6               | 100.4  |
| <b>Places de services de soins à domicile (pour personnes âgées de 75 ans et plus - SSIAD et SPASAD)</b> | 19.9  | 20                  | 19.8   |

Les établissements de santé non parties au GHT, implantés dans le département du Cher sont :

- L'hôpital privé GUILLAUME DE VARYE
- La clinique des GRAINETIERES
- Le centre SAINT JEAN (oncologie)
- La SELARL JEAN DE BERRY (imagerie)
- VITALIA EXPANSION 3 (TEP SCAN)
- L'ARAUCO (Néphrologie-Hémodialyse)
- La clinique de la GAILLARDIERE (psychiatrie)

- HAD KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES

Le département compte notamment :

- 26 EHPAD publics et 16 EHPAD privés (soit un total de 4 150 places)
- 17 SSIAD (soit 804 places)
- 8 logements-foyers (soit 467 places)
- 6 maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie – MARPA - (soit 104 places)
- 2 foyers d'hébergement temporaire pour personnes dépendantes (soit 29 places)
- 3 MAIA - Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

### Les données relatives au GHT

(Source HOSPIDIAG)

|  | GHT du Cher - 2015 |
|--|--------------------|
| Nbre de RSA de médecine (HC)                           | 22 253             |
| Nbre de RSA de chirurgie(HC)                           | 5 991              |
| Nbre de RSA d'obstétrique (HC)                         | 2 713              |
| Nbre de RSA de médecine (ambulatoire)                  | 5 283              |
| Nbre de RSA de chirurgie (ambulatoire)                 | 4 686              |
| Nbre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)                | 1 119              |
| Nbre de séances de chimiothérapie                      | 5 332              |
| Nbre d'actes d'endoscopies                             | 4 269              |
| Nbre de dialyse  | 13 441             |
| IP DMS Médecine (hors ambulatoire)                     | 1.146              |
| IP DMS Chirurgie (hors ambulatoire)                    | 1.148              |
| IP DMS Obstétrique (hors ambulatoire)                  | 1.059              |
| Taux de chirurgie ambulatoire                          | 43.85%             |
| Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire  | 81.87%             |
| Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire | 62.5%              |

### Les taux de recours

(Source FHF- BDHF)

Les taux de recours sont calculés à partir de l'activité constatée dans les bases PMSI pour des résidents du département étudié quel que soit le lieu géographique d'hospitalisation.

Les taux standardisés expriment les taux de recours tels qu'ils seraient dans le département si celui-ci avait une structure de population identique à la structure nationale. Ils ont tendance à être plus élevés que les taux bruts dans les départements jeunes et inversement moins élevés que les taux bruts dans les départements âgés.

### MCO TOTAL

#### Taux de recours en 2015

|                     | Total (HC + hdj)      |                               | hospit. 1 nuit et +   |                               | hospit. 0 nuit        |                               |
|---------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
|                     | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. |
| 18-Cher             | 321,7                 | 296,5                         | 167,7                 | 155,7                         | 154,0                 | 140,8                         |
| Centre-Val-de-Loire | 312,5                 | 300,6                         | 166,5                 | 160,0                         | 146,0                 | 140,6                         |
| France              | 324,0                 | 324,0                         | 164,6                 | 164,6                         | 159,4                 | 159,4                         |

\*standardisation par sexe et âge

sources : PMSI 2015 - Atih - FHF-BDHF

### Médecine

#### Taux de recours en 2015

|                     | Total (HC + hdj)      |                               | hospit. 1 nuit et +   |                               | hospit. 0 nuit        |                               |
|---------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
|                     | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. |
| 18-Cher             | 204,9                 | 184,7                         | 101,9                 | 92,8                          | 102,9                 | 91,9                          |
| Centre-Val-de-Loire | 200,1                 | 190,2                         | 102,1                 | 96,6                          | 98,0                  | 93,5                          |
| France              | 206,3                 | 206,3                         | 99,5                  | 99,5                          | 106,7                 | 106,7                         |

\*standardisation par sexe et âge

sources : PMSI 2015 - Atih - FHF-BDHF

### Chirurgie

#### Taux de recours en 2015

|                     | Total (HC + hdj)      |                               | hospit. 1 nuit et +   |                               | hospit. 0 nuit        |                               |
|---------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
|                     | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. |
| 18-Cher             | 101,7                 | 93,2                          | 54,4                  | 49,0                          | 47,2                  | 44,1                          |
| Centre-Val-de-Loire | 95,8                  | 92,2                          | 51,3                  | 48,9                          | 44,5                  | 43,3                          |
| France              | 98,8                  | 98,8                          | 50,3                  | 50,3                          | 48,5                  | 48,5                          |

\*standardisation par sexe et âge

sources : PMSI 2015 - Atih - FHF-BDHF

### Obstétrique

#### Taux de recours en 2014

|                     | Total (HC + hdj)      |                               | hospit. 1 nuit et +   |                               | hospit. 0 nuit        |                               |
|---------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
|                     | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. | Taux brut / 1000 hab. | Taux standardisé* / 1000 hab. |
| 18-Cher             | 15,2                  | 18,7                          | 11,3                  | 14,0                          | 3,85                  | 4,70                          |
| Centre-Val-de-Loire | 16,6                  | 18,3                          | 13,1                  | 14,5                          | 3,46                  | 3,82                          |
| France              | 18,9                  | 18,9                          | 14,7                  | 14,7                          | 4,25                  | 4,25                          |

\*standardisation par sexe et âge

sources : PMSI 2015 - Atih - FHF-BDHF

### HAD TOTAL

#### Taux de recours en 2015 (en journées)

|                     | Total (HC + hdj)      |                               |
|---------------------|-----------------------|-------------------------------|
|                     | Taux brut j/1000 hab. | Taux standardisé* j/1000 hab. |
| 18-Cher             | 46,8                  | 40,2                          |
| Centre-Val-de-Loire | 67,3                  | 62,8                          |
| France              | 70,5                  | 70,5                          |

\*standardisation par sexe et âge

sources : PMSI 2015 - Atih - FHF-BDHF

### SSR TOTAL

#### Taux de recours en 2015 (en journées)

|                     | Total (HC + hdj)      |                               |
|---------------------|-----------------------|-------------------------------|
|                     | Taux brut j/1000 hab. | Taux standardisé* j/1000 hab. |
| 18-Cher             | 667                   | 548                           |
| Centre-Val-de-Loire | 626                   | 571                           |
| France              | 626                   | 626                           |

\*standardisation par sexe et âge

sources : PMSI 2015 - Atih - FHF-BDHF

### PSY TOTAL

Taux de recours en 2015 (en nombre d'individus - file active)

|                     | Total (HC + hdj)                 |  |
|---------------------|----------------------------------|--|
|                     | Taux brut nb individus/1000 hab. | Taux standardisé* nb individus/1000 hab. |
| 18-Cher             | 7,68                             | 7,69                                     |
| Centre-Val-de-Loire | 6,00                             | 6,03                                     |
| France              | 6,48                             | 6,48                                     |

*sources : RIM-Psy 2015 - Atih - FHF-BDHF*

\*standardisation par sexe et âge

### Les parts de marché du GHT

(Source FHF- BDHF)

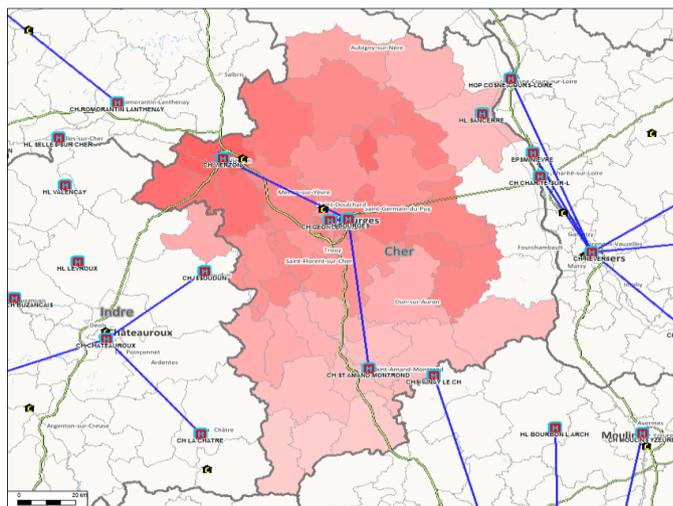
La carte « Part de marché du GHT (zone principale d'influence) » représente la part de marché du GHT analysé dans la zone « zone d'influence du GHT » (zone calculée une fois pour toute pour toute l'activité du GHT hors séjours). Toutes les zones coloriées appartiennent à la zone d'influence du GHT, toutes les zones non coloriées sont en dehors.

Les établissements reliés par des traits gras bleus sont les établissements d'un GHT.

### Chirurgie, tous séjours (avec ou sans nuitées)



Part de marché du GHT (zone principale d'influence)



| Part de marché du GHT |  |
|-----------------------|--|
|                       | 6.5% (pdm mini sur la zone : 18270 CULAN)    |
|                       | 40.2% (pdm 18000 BOURGES)                    |
|                       | 53.8% (pdm maxi sur la zone : 18100 VIERZON) |

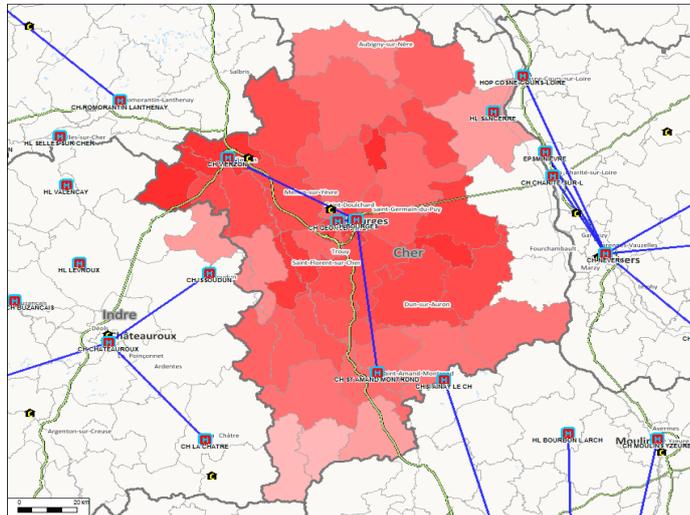
PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

|   |       |                |
|---|-------|----------------|
| <b>Pdm GHT en 2015</b>                                    | 33.1% | 9 638 séjours  |
| <b>PdM concurrence locale en 2015</b>                     | 38%   | 11 063 séjours |
| <b>Fuite (résidents pris en charge hors zone) en 2015</b> | 28.9% | 8 403 séjours  |
| <b>Marché total</b>                                       | 100%  | 29 104 séjours |

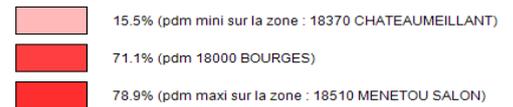
### Médecine, tous séjours (avec ou sans nuitées)



Part de marché du GHT (zone principale d'influence)



Part de marché du GHT



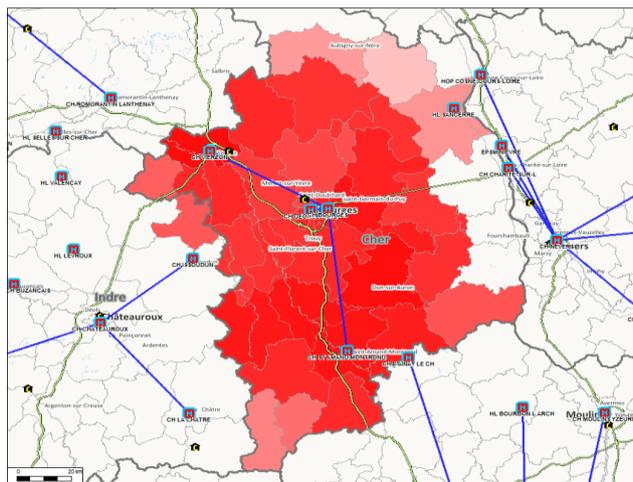
PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

|   |       |                |
|---|-------|----------------|
| <b>Pdm GHT en 2015</b>                                    | 59.9% | 43 391 séjours |
| <b>PdM concurrence locale en 2015</b>                     | 15.3% | 11 077 séjours |
| <b>Fuite (résidents pris en charge hors zone) en 2015</b> | 24.8% | 18 009 séjours |
| <b>Marché total</b>                                       | 100%  | 72 477 séjours |

### Obstétrique, tous séjours (avec ou sans nuitées)



Part de marché du GHT (zone principale d'influence)



Part de marché du GHT



PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

|   |       |               |
|---|-------|---------------|
| <b>Pdm GHT en 2015</b>                                    | 79%   | 3 521 séjours |
| <b>PdM concurrence locale en 2015</b>                     | 10.1% | 449 séjours   |
| <b>Fuite (résidents pris en charge hors zone) en 2015</b> | 10.9% | 486 séjours   |
| <b>Marché total</b>                                       | 100%  | 4 456 séjours |

## 1- Les objectifs médicaux

---

Les objectifs médicaux du GHT du Cher ont été arrêtés par les membres du comité de pilotage du groupement, comité préfigurateur du comité stratégique. Les directeurs d'établissements, les présidents des commissions médicales d'établissement et les directeurs des soins ont tous contribué à leur définition. Ces objectifs s'inscrivent dans le contexte départemental de l'offre de soins, de la population prise en charge et de l'évolution de notre système de santé.

### **Objectif médical 1 : Maintenir et renforcer l'offre de soins actuelle dans le contexte départemental de désertification médicale**

Notre département souffre depuis plusieurs années de désertification médicale tant au niveau des médecins généralistes que spécialistes, qu'au niveau des médecins libéraux et hospitaliers. En effet, les établissements publics du GHT du Cher sont confrontés à des difficultés pour recruter de nouveaux praticiens, ainsi qu'à des départs de praticiens en poste (retraite et mutation). Certaines compétences sont également, soit absentes du GHT, soit présentes mais reposant sur peu d'effectifs. Les centres hospitaliers sont pour certains dans l'obligation de recourir à l'intérim médical, ce qui engendre des coûts importants. Notre GHT, pour pouvoir maintenir et renforcer son offre de soins, doit recruter de nouveaux praticiens et accueillir plus d'internes et d'assistants spécialistes partagés. La coopération entre établissements contribuera au maintien de l'offre actuelle, mais le renforcement de cette dernière passera nécessairement par un accroissement des effectifs en poste.

### **Objectif médical 2 : Développer l'attractivité et les complémentarités des établissements publics de santé du Cher en les inscrivant dans un même groupement hospitalier de territoire, tout en renforçant les relations avec les autres acteurs de santé**

L'un des défis de notre GHT est d'attirer de nouveaux professionnels médicaux et à cette fin, des conditions d'exercice nouvelles doivent leur être proposées. Le développement des coopérations entre établissements du GHT permettra de proposer aux professionnels une activité sur plusieurs sites, la réalisation de consultations avancées, l'accès à l'ensemble des plateaux techniques, la constitution d'équipes médicales communes ou encore de pôles interétablissements. Les complémentarités entre établissements publics permettent la mise en œuvre d'une offre graduée au service du patient et plus largement, les coopérations avec les autres acteurs de santé participeront au décloisonnement du parcours du patient. Les établissements parties au GHT, afin notamment de mettre en œuvre leur projet médical partagé, renforceront leurs relations avec les acteurs de santé privés, la médecine de ville, les réseaux, le secteur associatif et le secteur médico-social. L'évolution du système hospitalier et du rôle des hôpitaux implique que l'hôpital s'ouvre aux autres acteurs, dans la mesure où la prise en charge du patient ne se réduit pas à l'hospitalisation.

#### **Objectif médical 3 : Accroître les liens entre les établissements sanitaires et médico-sociaux afin de décloisonner les parcours**

Près d'un tiers des habitants du Cher a plus de 60 ans. Le profil des patients doit donc être pris en compte dans la déclinaison d'une offre de soins graduée et dans l'évolution des prises en charge hospitalières. Le parcours du patient âgé constitue un enjeu majeur pour garantir la prise en charge la plus adaptée à ces personnes. Les patients pris en charge au sein des centres hospitaliers sont majoritairement très âgés et polyopathologiques. Ils arrivent soit du domicile mais ne pourront pas y retourner à l'issue de leur prise en charge hospitalière ou viennent d'un établissement médico-social. A ce jour, aucun EHPAD n'est membre du GHT, ni associé au GHT du Cher, toutefois des travaux en commun devront être menés pour fluidifier les parcours des patients âgés. Le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social pourra être formalisé par des conventions entre établissements.

#### **Objectif médical 4 : Formaliser des filières de soins afin d'offrir aux patients une offre de santé complète et graduée**

L'un des objectifs du GHT est « *de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient* ». Cela passe notamment par la formalisation de filières de soins sur notre territoire de santé. Au vu de l'offre disponible au sein de notre groupement, la gradation des soins ne soulève pas de difficulté particulière, dans la mesure où les activités proposées par les établissements sont fonction de leur positionnement à la fois dans l'offre de soins et sur le territoire. En effet, les deux communes les plus éloignées de notre département sont à plus de 178km l'une de l'autre, ce qui confirme la nécessité de conforter des offres de proximité sur le territoire. Les filières non formalisées le seront donc le cadre du projet médical partagé.

#### **Objectif médical 5 : Rendre lisible au sein du territoire de santé, l'offre proposée par le groupement tant pour les patients que pour les professionnels de santé.**

Les professionnels des établissements parties au GHT du Cher ont contribué à l'élaboration du projet médical partagé et à la définition d'objectifs à décliner sur notre territoire de santé. L'ensemble de leurs contributions permet d'avoir une vision actuelle et future de l'offre de soins proposée. La formalisation de filières contribuera à mailler l'ensemble de notre territoire, afin que le groupement remplisse pleinement les missions qui sont les siennes et que l'accès aux soins au niveau territorial soit garanti. L'ensemble des filières et plus largement de l'offre proposée devra être connue tant des patients que des professionnels de santé. Les patients doivent savoir quelles sont les activités de soins disponibles au plus proche de leur domicile, ainsi que ce qui est proposé au sein du groupement. Il en va de même pour les médecins libéraux qui adressent leurs patients vers les spécialistes des centres hospitaliers. En effet, pour pouvoir inscrire leurs patients au sein des différentes filières, il est indispensable que celles-ci soient lisibles pour ces professionnels.

## 2- Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

---

Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du projet médical du GHT du Cher sont structurés autour de trois axes : éviter les ruptures de parcours des patients pris en charge dans au moins deux établissements parties au groupement hospitalier, développer une culture du partage de l'évaluation interétablissements et identifier les risques de ruptures dans les parcours qui seront formalisés.

### Axe 1 : Éviter les ruptures de parcours des patients (à l'aide des outils de communication existants)

Dans le cadre de la mise en place du GHT et de la formalisation de parcours patients par filière, une attention particulière doit être portée à l'absence de rupture des parcours entre les établissements parties.

- La lettre de liaison, dont le contenu et les modalités de transmission ont été définies par le décret du 20 juillet 2016, est obligatoire dans les établissements depuis le 1er janvier 2017. Chaque établissement partie dispose donc de son propre modèle de lettre et il n'y aurait pas de plus-value à définir une trame uniforme, dans la mesure où les éléments devant y figurer sont listés par le décret précité.  
Toutefois, les établissements s'accordent sur le fait que la transmission de cette lettre le jour même de la sortie, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient, n'est pas toujours possible. En effet, les week-ends, les jours fériés et la nuit, cette lettre n'est pas rédigée, faute de personnel pour le faire.  
Dès lors, il convient de travailler sur l'organisation de la continuité de l'élaboration et de la transmission de la lettre le jour même de la sortie du patient, afin de garantir la continuité des soins, tant en heures ouvrées, que le reste du temps.
- Le logiciel TRAJECTOIRE, qui permet l'orientation d'un patient en SSR, en EHPAD, en HAD et en USLD, constitue l'un des outils permettant d'assurer la continuité du parcours des patients. Or, constat est fait de difficultés liées à son utilisation. En effet, les établissements relèvent des problématiques dans les transferts de patients d'un établissement à un autre. Les patients attendus dans un établissement ne viennent pas, viennent à une heure ou un jour différent de ce qui était attendu ou viennent alors qu'ils n'étaient pas attendus. Le parcours des patients n'est donc ni fluide, ni optimum. Cela peut avoir des conséquences tant sur le patient lui-même que sur l'organisation soignante. Les personnels doivent être sensibilisés à la bonne utilisation de ce logiciel et y faire figurer l'ensemble des informations nécessaires à l'établissement receveur afin qu'il n'y ait pas de perte d'information lors des transferts interétablissements.

- Les dysfonctionnements survenant en cas de transfert d'un patient d'un établissement partie vers un autre établissement partie participent aux ruptures de prises en charge. Bien que chaque centre hospitalier dispose de sa propre procédure relative aux évènements indésirables, il convient d'élaborer une procédure commune et un support unique de déclaration des évènements indésirables liés aux parcours patients interétablissements. Les évènements ainsi déclarés feront l'objet d'un traitement, selon une méthode à définir. Lorsque ce support sera disponible, une communication sera faite auprès des personnels des cinq centres hospitaliers afin que ceux-ci s'approprient le dispositif et l'utilisent.

#### **Axe 2 : Développer une culture du partage de l'évaluation.**

La Haute Autorité de Santé indique que « la méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.»

Dans l'objectif de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements membres du GHT, il est proposé d'appliquer la méthode du patient-traceur aux séjours interétablissements. Un échange d'auditeurs entre les établissements parties pourrait dès lors être mis en place.

#### **Axe 3 : Identifier les risques dans les parcours qui seront formalisés à l'échelle du GHT.**

Ce projet médical a identifié, en fonction des thématiques prioritaires arrêtées par le Comité Stratégique du GHT, un certain nombre de parcours qui devront tous être formalisés d'ici à 5 ans. Au cours du travail relatif à cette formalisation, les risques de rupture de parcours feront l'objet d'une identification.

#### **Synthèse des cinq objectifs que se donne le GHT du Cher :**

1. Garantir la continuité de l'élaboration et de la transmission de la lettre de liaison le jour de la sortie du patient.
2. Garantir à l'établissement receveur la transmission des informations relatives aux patients orientés via TRAJECTOIRE.
3. Garantir un traitement et une analyse communs des évènements indésirables relatifs aux parcours patients à l'échelle du GHT.
4. Développer la méthode du patient traceur interétablissements.
5. Identifier les risques de rupture dans les parcours formalisés dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé du GHT.

### 3- L'organisation par filière d'une offre de soins graduée

#### A- La filière cancérologie

##### 1) L'état des lieux de la filière cancérologie

###### a) L'offre existante au sein du GHT

###### La chimiothérapie

| Chimiothérapie          | Autorisé en chimiothérapie | Associé en chimiothérapie adultes par convention | Associé en chimiothérapie pédiatrique par convention |
|-------------------------|----------------------------|--|--|
| CH JACQUES COEUR        | X                          |  | X<br>(CHRU TOURS)                                    |
| CH ST AMAND<br>MONTROND |                            | X  |  |
| CH VIERZON              |                            | X<br>(HOPITAL PRIVE GUILLAUME<br>DE VARYE)       |  |

Un établissement est autorisé en chimiothérapie adulte et deux sont associés en chimiothérapie adulte.

Le CH JACQUES COEUR est le seul établissement associé en chimiothérapie pédiatrique.

Le CH de VIERZON dispose d'une Unité de Reconstitution des Chimiothérapies (URC) ainsi que d'une convention la concernant avec le CH D'ISSOUDUN.

Le CH JACQUES COEUR dispose également d'une URC.

Les chimiothérapies ambulatoires du CH JACQUES COEUR sont réalisées au sein de l'hôpital de jour médical, en l'absence de service d'oncologie défini. D'autres chimiothérapies sont faites en hospitalisation complète.

L'HAD du CH JACQUES COEUR réalise également des chimiothérapies à domicile.

Les chimiothérapies du CH de VIERZON sont réalisées au sein de l'hôpital de jour.

Le CH de ST AMAND MONTROND ne réalise plus de chimiothérapies.

Aucun établissement du GHT n'est autorisé en radiothérapie ni en curiethérapie.

### La chirurgie des cancers

| Chirurgie des cancers | Mammaire | Digestif | Urologie | Gynécologique | ORL et maxillo-facial | Thoracique |
|-----------------------|----------|----------|----------|---------------|-----------------------|------------|
| CH JACQUES COEUR      | X        | X        | X        | X             | X                     | X          |

Au sein du GHT, seul le CH JACQUES COEUR est titulaire d'autorisations pour l'ensemble des modalités de chirurgie du cancer.

Le CH de ST AMAND MONTROND n'est pas autorisé pour l'activité de soins de chirurgie qui est exercée à la clinique des GRAINETIERES. Ces deux établissements sont situés dans les mêmes locaux et liés par une convention de service public.

### Les consultations d'oncogénétique

Ce sont des consultations avancées effectuées par un praticien détaché du CHU de TOURS, et qui sont réalisées au CH JACQUES COEUR à raison de 16 lundis par an. Elles concernent les patients du CHER et de l'INDRE.

### Les réseaux et les organisations internes de soins

Le **réseau OncoCentre**, créé sous forme de groupement de coopération sanitaire, a été agréé par l'ARH en février 2000. Il a vocation à coordonner l'activité des professionnels et institutions de santé en vue d'optimiser la prise en charge des patients, la qualité et la sécurité des soins et l'organisation structurelle du dispositif de soins en cancérologie. Il rayonne sur les six départements de la région CENTRE-VAL DE LOIRE, toutefois les CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON n'en sont pas adhérents. Au sein du GHT, seul le CH JACQUES COEUR en est adhérent.

Le **réseau Oncoberry**, créé sous la forme d'une association loi 1901, couvre les départements du CHER et de l'INDRE et a pour objectif la coordination des intervenants impliqués dans la prise en charge du cancer dans le domaine de l'aide aux patients et leurs proches. Il est financé par l'Agence Régionale de Santé. Les CH JACQUES COEUR, de ST AMAND MONTROND et de VIERZON en sont membres.

Les **centres de coordination en cancérologie** (circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie)

Les **3C du CH de BOURGES**. Le Centre est chargé des actions d'évaluation en cancérologie et organise des revues de morbi-mortalité en cancérologie. Le CH JACQUES CŒUR en est le seul membre.

Les **3C de ST DOULCHARD** dont est membre le CH de VIERZON. Les autres membres sont l'hôpital privé GUILLAUME DE VARYE, la Clinique des GRAINETIERES et le Centre St JEAN.

#### Les coopérations en chirurgie

Convention du 13 janvier 2014 entre le CH JACQUES COEUR et le CH de VIERZON. Elle a pour objet la mise à disposition du CH JACQUES COEUR, d'un chirurgien viscéral du CH de VIERZON. Ce praticien vierzonnais réalise une activité de chirurgie cancérologique au CH JACQUES COEUR.

Convention du 5 janvier 2016 entre le CH JACQUES COEUR et le CH de VIERZON. Elle a pour objet la mise à disposition du CH JACQUES COEUR, d'un chirurgien urologique du CH de VIERZON. Ce praticien vierzonnais réalise une activité de chirurgie cancérologique au CH JACQUES COEUR.

#### b) Les données d'activité

##### Chimiothérapies Non tumorales (2014)

Total de 2 232 séjours pour des patients domiciliés dans le CHER  
40,3% prises en charge au sein du GHT (899) dont :  
754 séjours au CH JACQUES COEUR  
87 séjours au CH de ST AMAND MONTROND  
65 séjours au CH de VIERZON

##### Chimiothérapies tumorales (2014)

Total de 12 995 séjours pour des patients domiciliés dans le CHER  
32,4 % des chimiothérapies tumorales sont prises en charge au sein du GHT (4 215) dont :  
3 227 séjours au CH JACQUES COEUR  
1 169 séjours au CH de VIERZON  
31 séjours au CH de ST AMAND MONTROND

##### Consultations d'oncogénétiques

Le nombre de consultations effectuées en 2014 est de 128 contre 96 en 2013.

### Unité de Reconstitution des chimiothérapies

#### CH de VIERZON

En 2015, l'URC a réalisé 2 635 préparations de chimiothérapies : 2 210 pour le CH de VIERZON et 425 pour le CH de la TOUR BLANCHE à ISSOUDUN

#### CH JACQUES COEUR

En 2015, l'URC a réalisé 8 642 préparations.

### Chirurgie des cancers

| Chirurgie des cancers 2014  | Mammaire | Digestif  | Thoracique | Gynécologique | ORL et thyroïde | Urologique |
|---|----------|---|------------|---------------|-----------------|------------|
| Nbre de patients domiciliés ds le CHER pris en charge au sein du GHT          | 68       | 88<br>(75 patients CH JACQUES COEUR + 13 Patients CH VIERZON) | 6          | 34            | 21              | 23         |
| Seuils d'activité   | 30       | 30  | 30         | 20            | 20              | 30         |
| Taux de patients domiciliés ds le CHER pris en charge au sein du GHT          | 19.6%    | 24.4%   | 4.8%       | 31%           | 17.5%           | 13%        |
| Taux de fuite de patients domiciliés ds le CHER et pris en charge hors du GHT | 80.4%    | 75.6%   | 95.2%      | 69%           | 82.5%           | 87%        |

Aucun établissement du GHT ne détenant d'autorisation pour la chirurgie des cancers thoraciques en 2014, ce chiffre de six patients s'explique par des prises en charge en urgence ou par le diagnostic de cette pathologie à l'issue de la prise en charge opératoire.

### c) L'offre départementale hors GHT

L'offre départementale hors GHT est constituée par deux cliniques privées appartenant au même groupe, ELSAN. L'une est située sur la commune de SAINT DOULCHARD et l'autre sur la commune de ST AMAND MONTROND. Elles réalisent des activités de chimiothérapie et de chirurgie des cancers pour certaines modalités.

Les activités de radiothérapie et de curiethérapie sont uniquement exercées au CENTRE SAINT JEAN situé à ST DOULCHARD.

#### Autorisations détenues en chirurgie des cancers

| Chirurgie des cancers            | Mammaire | Digestif | Thoracique | Gynécologique | ORL et maxillo-facial | Urologique |
|----------------------------------|----------|----------|------------|---------------|-----------------------|------------|
| Hôpital privé GUILLAUME DE VARYE | X        | X        |            | X             | X                     | X          |
| Clinique des GRAINETIERES        | X        | X        |            |               |                       | X          |

### 2) Les enjeux de la filière cancérologie

- Proposer aux patients une offre globale de proximité et de qualité au sein du GHT
- Créer de nouvelles coopérations entre établissements parties au GHT au service du patient
- Conforter et améliorer les organisations existantes et en formaliser de nouvelles afin de rendre l'offre lisible

### 3) Les orientations et objectifs de la filière cancérologie

**Orientation stratégique 1:** Améliorer la prise en charge du patient en proximité afin de réduire les taux de fuite.

Il s'agit de proposer aux patients un accès à une offre publique de cancérologie sur le territoire du CHER, pour les modalités de chimiothérapie, de chirurgie ou d'oncogériatrie. En effet, l'étude des taux de fuite hors des établissements parties au GHT montre que ceux-ci sont relativement élevés. Or, par une offre structurée, de qualité et de proximité, connue à la fois des professionnels de santé et des patients, ces taux de fuite importants pourraient tendre à diminuer. La réalisation d'un

nombre d'actes minimum en chirurgie des cancers, définie règlementairement, nous impose de travailler au développement de cette chirurgie.

#### Objectif 1 : Formaliser des parcours patients en hématologie – sénologie – ORL et digestif

Les filières oncologiques dans le CHER ne sont pas formalisées, hormis le parcours du patient en chirurgie des cancers urologiques reposant sur la convention conclue entre le CH JACQUES COEUR et le CH de VIERZON en janvier 2016.

Ainsi, il convient de développer les parcours patients entre les établissements parties au GHT dans certaines spécialités que sont : l'hématologie, la sénologie, l'ORL et le digestif, en prenant en compte le fait que les cancers ne sont pas tous traités au moyen de la chirurgie. Ces spécialités ont été retenues en tenant compte de leur incidence et du périmètre des autorisations existantes.

Les données 2014 concernant la chirurgie du cancer du sein indiquent que le taux de fuite hors des établissements du GHT est de 80.4% quand bien même une offre existe au CH JACQUES COEUR. Il en va de même pour la chirurgie du cancer digestif qui accuse un taux de fuite hors des établissements du GHT de 75.6% et pour la chirurgie des cancers ORL et thyroïdes un taux de fuite de 82.5%. Cela signifie que les patients sont pris en charge soit dans un établissement privé du département du CHER, soit en région CENTRE VAL DE LOIRE, ou encore hors région. Pour exemple, le taux de patients domiciliés dans le CHER et pris en charge pour une chirurgie du cancer du sein en 2014, dans un établissement hors de la région CENTRE-VAL DE LOIRE était de 38%.

La formalisation des parcours en cancérologie s'avère indispensable pour proposer, aux patients nécessitant une chimiothérapie ou une chirurgie, une offre complète et structurée au sein des centres hospitaliers parties au GHT. Il s'agit d'une démarche venant en complément de l'offre existante dans le département et non venant en concurrence de l'offre existante.

En effet, la prise en charge de proximité, quelle qu'elle soit, devra être développée et privilégiée et notamment devra être privilégiée la réalisation des chimiothérapies dans l'établissement situé au plus près du domicile du patient. L'HAD du CH JACQUES COEUR pourra réaliser des chimiothérapies à domicile, dans la zone pour laquelle elle est autorisée.

Les patients du département du CHER, tout en conservant la liberté de choisir leur praticien et leur établissement pourront ainsi s'inscrire s'ils le souhaitent, au sein de filières départementales publiques.

Les praticiens intéressés par les disciplines qui feront l'objet de parcours patient spécifiques, devront être associés à l'élaboration de ces parcours, car sans leur adhésion cette formalisation n'aurait aucun sens. De même que les soignants doivent prendre part à cette réflexion, dans la mesure où certaines pratiques de soins pourraient être amenées à évoluer.

Il conviendra également que chacun des établissements partage les dossiers des patients et échange des informations au moyen d'outils existants tel le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) dont l'utilisation devra être totalement effective.

#### Indicateurs :

- Nombre de parcours formalisés
- Nombre annuel de patients par parcours
- Évolution des taux de fuite dans ces spécialités

**Objectif 2 :** Mettre en œuvre l'activité de soins de traitement du cancer pour la modalité de chirurgie thoracique et formaliser cette filière.

---

Par arrêté du 2 mai 2017, la directrice générale de l'ARS a accordé au CH JACQUES CŒUR, l'autorisation d'activité de traitement du cancer pour la modalité de chirurgie thoracique.

En effet, cette autorisation était préalablement détenue par l'hôpital privé GUILLAUME DE VARYE et constituait la seule modalité de prise en charge qui n'était pas autorisée au sein du GHT.

Cette filière thoracique manquait au sein du GHT, des besoins existants dans cette spécialité.

Pour l'année 2014, 126 patients domiciliés dans le CHER ont eu recours à une telle chirurgie et plus de 75% d'entre eux ont effectué cette opération hors du département du CHER. Les seules opérations de ce type ayant été pratiquées au sein du CH de VIERZON ou du CH JACQUES COEUR relèvent soit de l'urgence, soit d'un diagnostic posé a posteriori.

L'objectif de cette activité sera de réduire les taux de fuite et de renforcer l'offre de proximité. La prise en charge de l'ensemble des modalités de chirurgie des cancers, ainsi que l'égal accès à des soins en cancérologie sont donc effectifs au sein du GHT, maillant ainsi notre territoire.

#### Indicateurs :

- Formalisation d'un parcours en chirurgie des cancers thoraciques
- Nombre annuel de patients pris en charge en chirurgie des cancers thoraciques

**Objectif 3 :** Communiquer auprès des professionnels de santé et des représentants des usagers sur l'existence de filières oncologiques au sein du GHT

---

Dans la majorité des cas, lorsqu'un diagnostic de cancer est posé, le médecin traitant oriente son patient vers un praticien ou une structure qu'il connaît. Le patient se repose alors souvent sur les indications de son médecin traitant. L'absence d'inscription du patient dans une filière de soins publique peut ainsi résulter d'une méconnaissance de l'existant.

L'enjeu de la mise en place d'une communication spécifique auprès de l'ensemble des professionnels de santé et des représentants des usagers sur ce qui peut être proposé en oncologie est primordial pour faire connaître les filières et lever toutes craintes. En effet, si ces filières restaient méconnues, leur formalisation n'aurait eu que peu de sens.

Celle-ci s'inscrit donc dans une démarche de soins gradués permettant notamment de conserver les liens avec les centres hospitaliers universitaires et les centres de référence en cancérologie qui doivent être informés de l'offre proposée à proximité du lieu du domicile des patients du Cher.

Lorsque l'ensemble du travail de formalisation des filières aura été effectué, il conviendra de faire connaître et de rendre cette offre lisible, tant pour le grand public que pour les professionnels de santé.

Il sera également communiqué sur la filière des cancers urologiques qui est déjà formalisée.

Les modalités de cette communication seront définies ultérieurement.

#### Indicateurs :

- Mise en œuvre d'une démarche de communication
- Nombre d'outils de communications mis en place

#### **Orientation stratégique 2** : Développer les coopérations entre établissements

Les centres hospitaliers sont d'ores et déjà parties à des conventions en matière d'oncologie, toutefois le GHT impose par son objet de renforcer les partenariats existant et d'en formaliser de nouveaux. Il s'agit d'exploiter l'ensemble des complémentarités existants entre eux et ceci au bénéfice d'une prise en charge plus efficiente du patient.

#### **Objectif 4** : Mettre en place des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et des Revues de Mortalité et de Morbidité (RMM) entre le CH JACQUES COEUR et le CH de VIERZON.

---

Le CH de VIERZON effectue aujourd'hui des RCP avec le CENTRE SAINT JEAN situé à ST DOULCHARD. Dans le cadre du GHT, la conclusion d'une convention sera réalisée entre les deux établissements, tout en conservant les liens existants avec le CENTRE SAINT JEAN. En effet, l'objet de cette nouvelle coopération n'est pas de déconstruire un système fonctionnant depuis de nombreuses années, mais de créer de nouveaux partenariats.

Des RCP de spécialités ont lieu chaque semaine au CH JACQUES COEUR, et en fonction des spécialités, les praticiens du CH de VIERZON pourront y participer via la visioconférence.

La mise en place de ces RCP communes permettrait notamment de développer les liens et la coopération entre les praticiens des deux établissements, de faire bénéficier les praticiens du CH de

VIERZON de l'expertise des praticiens du CH JACQUES COEUR et d'inscrire le patient dans une véritable filière de soins publique.

Cette coopération paraît notamment pertinente et justifiée au regard des coopérations déjà existantes entre le CH JACQUES COEUR et le CH de VIERZON concernant la chirurgie des cancers digestifs et urologiques.

Dans le cadre de ces RCP communes, le CH de VIERZON utilisera le Dossier Communicant de Cancérologie, avec le soutien du CH JACQUES COEUR.

Le développement de RCP communes s'inscrit donc dans la continuité des coopérations déjà existantes entre ces deux établissements et les renforce. Le CH de VIERZON devra dès lors être associé au 3C de BOURGES.

Concernant les RMM, seront organisées des RMM communes entre le CH JACQUES COEUR et le CH de VIERZON. Au CH JACQUES COEUR, les RMM concernant la chimiothérapie sont trimestrielles et celles concernant la chirurgie sont faites dans le cadre des pôles de chirurgie.

Les RCP et les RMM communes s'effectueront dans le respect des référentiels et des recommandations en vigueur.

#### Indicateurs :

- Conclusion d'une convention de coopération
- Nombre de dossiers du CH de VIERZON vus en RCP et RMM communes
- Nombre de RCP et RMM communes
- Nombre de professionnels formés à l'utilisation du DCC

#### Objectif 5 : Développer des consultations d'oncogériatrie.

La ressource d'oncogéatrie souffrant elle aussi des problématiques de démographie médicale, cette compétence est recherchée au sein des établissements du GHT. Le CH JACQUES CŒUR, le CH de VIERZON et le CH de ST AMAND MONTROND ne disposent d'aucune consultation d'oncogériatrie, alors que la plupart des patients pris en charge sont âgés.

Au cours de la réalisation de l'état des lieux, le besoin de consultations en oncogériatrie a émergé. En effet, tout malade atteint d'un cancer et ayant plus de 75 ans nécessite une évaluation de sa fragilité à l'aide de la grille G8, suivie si nécessaire d'une consultation d'oncogériatrie.

L'estimation du besoin pour le CH de VIERZON serait d'environ deux consultations par semaine et celle du CH JACQUES COEUR serait d'environ trois à quatre consultations par semaine.

Cet objectif étant dépendant de la ressource médicale, il pourrait dans un premier temps être envisagé une centralisation au CH JACQUES COEUR. Cela pourrait permettre d'ajuster le dispositif et de l'évaluer. A terme, les consultations seront effectuées sur chacun des sites, à charge pour l'oncogériatre de se déplacer. Cette démarche s'inscrit totalement dans la prise en charge de proximité qui doit être offerte au patient et permet d'éviter le déplacement des personnes âgées.

#### Indicateurs :

- Conclusion d'une convention
- Nombre de plages horaires de consultations d'oncogériatrie
- Nombre de patients par site bénéficiant d'une consultation d'oncogériatrie

#### Objectif 6 : Engager une réflexion sur la réalisation des examens anatomopathologiques du CH de VIERZON par les anatomopathologistes du CH JACQUES COEUR

---

Actuellement les examens anatomopathologiques du CH de VIERZON sont effectués au CHRO. Cela fait suite à la remise en cause, il y a plusieurs années, d'une convention existante entre le CH JACQUES COEUR et le CH de VIERZON liée à des mouvements de praticiens. A ce jour, le CH JACQUES COEUR compte deux anatomopathologistes.

Dans le cadre du GHT, du développement de coopérations entre les établissements et de la mise en place de filières en oncologie la réflexion autour de la réalisation de ces examens au CH JACQUES COEUR va être menée. De plus, il convient de rappeler que les anatomopathologistes du CH JACQUES COEUR participent aux RCP, ce qui s'inscrirait dans le parcours de soins du patient.

Il conviendra d'étudier tous les aspects d'une possible coopération sur ce sujet, notamment concernant l'égalité qualitative des prestations proposées par le CH JACQUES COEUR et l'avantage économique que cela pourrait apporter au CH de VIERZON.

Le CH de VIERZON devra communiquer la convention existante entre avec le CHRO, afin qu'elle puisse être étudiée et que des propositions puissent être faites par le CH JACQUES COEUR.

#### Indicateur :

- Réalisation d'une étude

### B- La filière Soins de Suite et de Réadaptation

#### 1) L'état des lieux de la filière SSR

##### a) L'offre existante au sein du GHT

|  | CH JACQUES<br>CŒUR   | CH ST AMAND<br>MONTROND | CH SANCERRE | CH VIERZON                            | GHT                   |
|--|--|-------------------------|-------------|---------------------------------------|-----------------------|
| <b>SSR Polyvalent</b>  | -  | 21 lits                 | -           | 18 lits                               | 39 lits               |
| <b>SSR Affections de la<br/>personne âgée<br/>polyopathologique<br/>dépendante ou à<br/>risque de<br/>dépendance</b> | 105 lits (dont 50<br>sur le site CH JC<br>et 55 sur le site<br>de TAILLEGRAIN)<br>8 places | 17 lits<br>5 places     | 30 lits     | 33 lits<br>10 lits d'UCC<br>12 places | 195 lits<br>25 places |
| <b>SSR Affections du<br/>système nerveux</b>   | -  | 18 lits<br>2 places     | -           | 20 lits                               | 38 lits<br>2 places   |
| <b>SSR Affections de<br/>l'appareil<br/>locomoteur</b>   | -  | 18 lits<br>3 places     | -           | 5 lits                                | 23 lits<br>3 places   |
| <b>SSR Affections<br/>cardiovasculaire</b>   | 20 lits<br>10 places   | -                       | -           | -                                     | 20 lits<br>10 places  |
| <b>SSR Affections des<br/>systèmes digestif,<br/>métabolique et<br/>endocrinien</b>                                  | Autorisation<br>accordée le 2<br>mai 2017 pour<br>de l'HJ (5 places)                       |                         |             |                                       |                       |
| <b>SSR Affections<br/>respiratoires</b>  | Autorisation<br>accordée le 2<br>mai 2017 pour<br>de l'HJ (5 places)                       |                         |             |                                       |                       |
| <b>Total de l'existant</b>   | 125 lits<br>18 places  | 74 lits<br>10 places    | 30 lits     | 86 lits<br>12 places                  | 315 lits<br>40 places |

Le GHT du Cher propose quatre mentions de prises en charge spécialisées mises en œuvre et compte au total 315 lits de SSR et 40 places installés.

Au sein des établissements du GHT, seul le CH GEORGE SAND ne propose pas de prise en charge en soins de suite et de réadaptation.

Les mentions de prises en charge spécialisées suivantes ne sont pas proposées au sein des établissements du GHT :

- affections onco-hématologiques
- affections des brûlés

-affections liées aux conduites addictives

b) Les données d'activité

| ANNÉE 2014<br><i>Source établissements</i>                        |                      | CH JACQUES CŒUR                             | CH ST AMAND<br>MONTROND | CH SANCERRE | CH VIERZON   |
|---|----------------------|---|-------------------------|-------------|--|
| <b>SSS PAP HJ</b>   | Taux<br>d'occupation | 73.9 %                                      | 84.65 %                 | -           | 83.53 %  |
| <b>SSR PAP HC</b>   | Taux<br>d'occupation | SSR JC : 101.4%<br>SSR Taillegrain : 97.6%  | 96.74 %                 | 89.07 %     | SSR 1 : 96.28%<br>SSR 2 : 96.86 %<br>UCC : 96.60 % |
|   | DMS                  | SSR JC : 35.3 j<br>SSR Taillegrain : 36.1 j | 35.87 j                 |             | SSR 1 : 40.90j<br>SSR 2 : 39.68 j<br>UCC : 42.48 j |
| <b>SSR CARDIO HJ + HC</b>   | Taux<br>d'occupation | 101.7%                                      | -                       | -           | -  |
|   | DMS                  | 15.12 j                                     | -                       | -           | -  |
| <b>SSR Polyvalent</b>   | Taux<br>d'occupation | -   | 88.06 %                 | -           | 78.56 %  |
|   | DMS                  | -   | 33.92 j                 | -           | 49.98 j  |
| <b>SSR Système nerveux<br/>et de l'appareil<br/>locomoteur HC</b> | Taux<br>d'occupation | -   | 77.35 %                 | -           | SSR Neuro : 88.34 %<br>SSR Loco : 55.78%           |
|   | DMS                  | -   | 35.83 j                 | -           | SSR Neuro : 74.13 j<br>SSR Loco : 36.36 j          |
| <b>SSR Système nerveux<br/>et de l'appareil<br/>locomoteur HJ</b> | Taux<br>d'occupation | -   | 103.43 %                | -           | -  |

⇒ Le taux de prise en charge des patients par le GHT – 2013 (source UREH)

Le taux de patients domiciliés dans le Cher et pris en charge dans un service de SSR :

- du GHT représentent 43.6%
- de la région représentent 38.8%
- hors région représentent 17.6 %

⇒ les modes d'admissions et de sorties – 2013 (source UREH)

Les **modes d'admissions** en hospitalisation complète dans les services de soins de suite et de réadaptation du GHT sont constitués majoritairement :

- de mutations MCO (60%)
- de transferts MCO (26%)
- d'arrivées du domicile (11%)

Les **modes de sorties** en hospitalisation complète depuis les services de soins de suite et de réadaptation du GHT se font majoritairement :

- au domicile (60%)
- en hébergement médico-social (12%),
- par un décès (10%)
- par mutation MCO (7%)
- par mutation long séjour (4%)
- par transfert MCO (4%)

⇒ les catégories majeures – 2013 (source UREH)

86% des journées en SSR du GHT sont dans les catégories majeures suivantes :

- 31% pour les affections du système nerveux
- 27% pour les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire
- 12% pour d'autres motifs de recours aux services de santé
- 8 % pour les affections de l'appareil circulatoire
- 8 % pour les troubles mentaux et du comportement

#### c) L'offre départementale hors GHT

L'hôpital privé GUILLAUME DE VARYE est titulaire d'une autorisation de SSR. Elle est mise en œuvre sur le site du Blaudy et comprend 75 lits.

Une autorisation a été accordée le 5 décembre 2014 pour de l'hospitalisation de jour pour l'affection de l'appareil locomoteur.

## 2) Les enjeux de la filière SSR

- Assurer au patient la pertinence de son hospitalisation en SSR, afin que celle-ci ne soit pas réalisée de manière systématique, notamment suite à une hospitalisation en court séjour, ou réalisée à défaut d'autre réponse disponible immédiatement
- Garantir une prise en charge adaptée et de proximité
- Faciliter les sorties de SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée dépendante ou à risque de dépendance lorsque la prise en charge n'est plus justifiée

### 3) Les orientations et objectifs de la filière SSR

**Orientation stratégique 1:** Fluidifier les entrées en SSR en fonction du besoin du patient en favorisant une prise en charge de proximité.

**Objectif 1:** Établir un maillage territorial pour l'orientation des patients en SSR.

---

Bien que la prise en compte des données géographiques permette d'identifier les établissements proches du domicile de la personne ou de celui de sa famille dans le logiciel TRAJECTOIRE, les professionnels s'accordent sur la nécessaire définition d'un maillage territorial de l'admission en SSR. Afin de garantir une prise en charge de proximité – au plus près du domicile du patient – il convient d'envisager que chaque service de SSR détermine la répartition géographique la plus adaptée, avec toutefois une certaine souplesse au cas par cas.

Une délimitation du « recrutement » des patients devra être définie, afin de prioriser la prise en charge des patients du secteur géographique le plus proche du centre hospitalier. Cette proximité entre le centre hospitalier et le domicile du patient participe de sa rééducation.

La majorité des centres hospitaliers du Cher prennent en compte un critère géographique concernant l'admission ou le refus d'admission d'un patient, mais ces critères ne sont pas véritablement formalisés. Pour exemple concernant le SSR gériatrique, le CH de VIERZON se réfère à une carte du département lors des réunions d'admission.

L'utilisation de critères géographiques devra être modulée en fonction notamment de la disponibilité des lits au sein de l'ensemble des établissements.

**Indicateur:**

- Définition des zones géographiques

**Objectif 2:** Communiquer auprès des professionnels de santé MCO sur les missions des différents types de SSR

---

Constat a été établi que les patients se trouvant en service de SSR avec mention de prise en charge spécialisée de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance, ne relevaient pas systématiquement soit de ce type de SSR, soit d'un service de SSR. En effet, pour certains patients, les indications de SSR sont minces voire inexistantes.

La circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, dans son annexe 3 comporte des "fiches de prises en charge spécialisées en SSR". Il s'agit d'outils d'aide à la décision qui décrivent de façon synthétique les principaux éléments discriminants des prises en charge spécialisées en SSR par rapport à une prise en charge en SSR polyvalent.

Ces éléments feront l'objet d'une communication auprès des professionnels adressant des patients vers des services de SSR. Ainsi les prises en charge seront les plus adaptées possible aux besoins des patients.

Indicateur:

- Nombre de professionnels sensibilisés

Objectif 3: Objectiver l'indication du passage MCO vers le SSR

---

Une plus-value doit être apportée au patient qui suite à une hospitalisation en court séjour est orienté en SSR. Ainsi le passage systématique d'un service de MCO en service de SSR ne doit pas s'effectuer. Or il existe aujourd'hui des parcours patients qui ne sont pas adaptés au regard de leur pathologie et le SSR apparait alors comme un substitut à l'absence d'une autre forme de prise en charge.

Le besoin de prise en charge et la pertinence de l'admission en service de SSR doivent de manière systématique être évalués par les professionnels qui adressent le patient en SSR. L'orientation doit être rationalisée et ainsi certains séjours de patients en SSR seront évités car non efficaces.

La HAS a élaboré un "outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR" – juillet 2013. Les professionnels pourront s'appuyer sur ce document en tant que de besoin.

Indicateur:

- Taux de patients en services de MCO orientés vers un SSR et le type de SSR

Objectif 4: Identifier des référents TRAJECTOIRE dans les services de MCO pour faciliter l'orientation des patients vers les services de SSR.

---

TRAJECTOIRE est un logiciel de demande d'admission en service de SSR utilisé entre autres par les professionnels de santé MCO des centres hospitaliers.

Les établissements parties au GHT du Cher s'accordent sur les difficultés liées à l'utilisation de cet outil dont l'absence de remplissage de certains critères et le fait que les patients dont l'admission a été validée dans ce logiciel n'arrivent pas systématiquement au centre hospitalier où une place leur a été réservée.

Une partie des entrées dans les services de SSR se fait directement, indépendamment du logiciel.

Les demandes faites via ce logiciel doivent faire l'objet d'un suivi régulier, voire de relance. Elles n'empêchent pas le contact téléphonique direct entre professionnels d'établissement différents.

De plus, les référents TRAJECTOIRE devront s'assurer que sont complétés les champs suivants: motif de l'hospitalisation, histoire clinique détaillée, bactéries multi-résistantes, projet du SSR, traitement détaillé et posologie, existence de troubles du comportement, lésions cutanées, autonomie.

L'identification de référents permettrait également de pallier l'absence de formation à l'outil des professionnels et de garantir un suivi individualisé des patients.

Indicateurs:

- Nombre de services ayant un référent TRAJECTOIRE
- Nombre de référents TRAJECTOIRE

**Objectif 5:** Assurer le transfert d'un patient victime d'AVC vers le SSR MPR le plus proche de son domicile

---

Le service de neurologie du CH JACQUES CŒUR, composé de 30 lits dont 4 lits de soins intensifs de l'UNV, est le seul du territoire de santé et a donc une vocation départementale. Toutefois, le CH JACQUES CŒUR ne détient pas d'autorisation de SSR MPR.

Afin de fluidifier la filière, les établissements parties au GHT et disposant de ce type de SSR doivent y accueillir de manière prioritaire les patients habitant près de ces centres hospitaliers dès lors que l'hospitalisation dans le service de neurologie n'est plus justifiée.

Indicateurs:

- Nombre de patients du CH JACQUES COEUR transférés vers un SSR MPR
- DMS avant transfert vers un SSR MPR
- Délais entre la demande de SSR MPR et le transfert du patient

**Orientation stratégique 2:** Fluidifier les sorties de SSR en lien avec les professionnels de la personne âgée

---

**Objectif 6:** Anticiper l'organisation de la sortie du patient pour augmenter le turn-over des patients

---

Constat est fait que certains patients restent dans des lits de SSR quand bien même leur hospitalisation n'est plus médicalement justifiée, faute de solution d'aval. L'occupation de ces lits retarde donc toute nouvelle entrée et bloque la filière d'amont.

Bien que la date précise de la sortie du patient du service de SSR ne puisse être arrêtée lors de son entrée, celle-ci peut être évaluée en début de séjour, puis à mi-séjour afin que les formalités relatives à la sortie puissent être anticipées. Ceci permettra d'avoir une visibilité sur les lits disponibles et de pouvoir programmer de nouvelles entrées.

Indicateur:

- Evaluation des délais de prise en charge à l'entrée, à mi-séjour et à la sortie

#### Objectif 7: Développer les liens avec les structures intervenant au domicile des patients sortant de SSR

---

Les patients rentrant à domicile après une hospitalisation en SSR peuvent nécessiter l'intervention de professionnels à leur domicile. La coordination entre la sortie du patient et son retour à domicile doit s'effectuer de manière systématique, dans le cas où la mise en place d'aides serait nécessaire. L'absence d'anticipation de la mise en place de ces aides ne doit pas retarder la sortie d'un patient dont l'hospitalisation n'est plus médicalement justifiée. Les structures intervenant au domicile des patients, ainsi que leur champ d'intervention doivent être connus des professionnels des services de SSR et des liens doivent se créer entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de la prise en charge à domicile.

#### Indicateur:

- Organisation de temps de rencontres entre professionnels

### **C- La filière Urgences**

#### **1) L'état des lieux de la filière Urgences**

##### a) L'offre existante au sein du GHT

##### ⇒ Structures d'Accueil des Urgences – SAU

Le département du Cher compte trois centres hospitaliers autorisés pour **l'activité de soins de médecine d'urgence** :

- le CH JACQUES COEUR
- le CH de SAINT AMAND MONTROND
- le CH de VIERZON

Il n'existe pas de structures d'accueil des urgences pédiatriques dans le Cher

Le centre hospitalier JACQUES COEUR réalise des **entrées directes** dans ses services concernant :

- les urgences en cardiologie
- les urgences en ophtalmologie
- les urgences en gynécologie/obstétrique
- les urgences en pédiatrie

Les **capacités en UHTCD** sont de :

- 17 lits dont 4 de soins continus au CH JACQUES CŒUR

- 5 lits au CH de SAINT AMAND MONTROND
- 4 lits au CH de VIERZON

### ⇒ Ressources humaines

Les CH JACQUES CŒUR et SAINT AMAND MONTROND rencontrent des difficultés d'effectifs médicaux et ont recours à de l'intérim médical, de manière très importante pour le CH JACQUES CŒUR et ponctuellement pour le CH de ST AMAND MONTROND.

Le CH de VIERZON dispose d'effectifs complets dans son service d'accueil des urgences.

### ⇒ SAMU et SMUR

Le CH JACQUES CŒUR est siège du SAMU départemental. Il accueille une **plateforme commune de régulation SAMU-SDIS**.

La plateforme est le centre de réception des appels d'urgence 15 – 18 et 112 et en janvier 2018, le 116 117 pour les appels concernant la médecine de ville en période de permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Les appels sont régulés par un médecin régulateur 24h/24.

Une régulation libérale est assurée sur les périodes de PDSA par des médecins libéraux regroupés au sein d'une association : l'association des médecins régulateurs libéraux du Cher –AMRLC.

Le SAMU implanté au CH JACQUES CŒUR gère les **trois SMUR primaires** :

- 1 SMUR au CH JACQUES CŒUR
- 1 SMUR au CH de ST AMAND MONTROND
- 1 SMUR au CH de VIERZON

Il gère également **une équipe de SMUR secondaire** assurant les transferts intra et interdépartementaux.

Par convention entre le CH JACQUES CŒUR et le CH de CHATEAUROUX, le SAMU 18 peut faire appel au SMUR hélicoptéré du SAMU 36, essentiellement pour des transferts.

Il n'existe pas de SMUR pédiatrique dans le Cher.

Le dispositif **Médecins Correspondants du SAMU – MCS** – a été mis en place pour que ces médecins interviennent hors de leur cabinet à la demande de la régulation départementale, en attente de l'arrivée du SMUR, en raison de l'éloignement du lieu d'intervention. Deux médecins ont terminé leur formation (un seul médecin est opérationnel) et exercent leur activité libérale dans le nord du Cher.

Un **Centre de Formation de Soins d'Urgence** – CESU- dispense des formations aux situations et gestes d'urgence. Elles sont assurées par un médecin (0.20 ETP) et deux IDE (1 ETP). Il s'agit de formations NRBC- AFGSU- PSC – PSE – PAE – intubation difficile – urgences vitales en intra hospitalier – EBOLA – Damage control.

En 2016, 728 personnes ont été formées.

⇒ **Conventions de coopération** (liste non exhaustive)

Des coopérations font l'objet **de conventions**, dont :

- Convention entre les SAMU du Cher et de l'Indre relative aux missions du SMUR de VIERZON
- Convention entre le CH JACQUES COEUR et le CH de Nevers relative à l'intervention du SMUR de NEVERS et de COSNE dans le département du CHER
- Convention entre le CH de ST AMAND MONTROND et le CH de MONTLUÇON pour les urgences pédiatriques et les transferts néonataux
- Convention de coopération entre le CH JACQUES COEUR et le CHRU de TOURS pour la prise en charge des urgences neurovasculaires et neurochirurgicales.
- Convention entre le SAMU Centre 15 et le pôle d'expertise du CHRU de TOURS pour les transferts in utéro
- Convention entre le SAMU Centre 15 et la régulation néonatale de TOURS pour les transferts de nouveaux nés.
- Convention pour l'intervention du SMUR de GIEN dans le Nord du département du Cher
- Convention entre le CH de ST AMAND MONTROND et le CHRU de TOURS pour la prise en charge des urgences neurovasculaires et de la traumatologie rachidienne

⇒ **Le Centre d'Accueil et d'Orientation Départemental - CAOD**

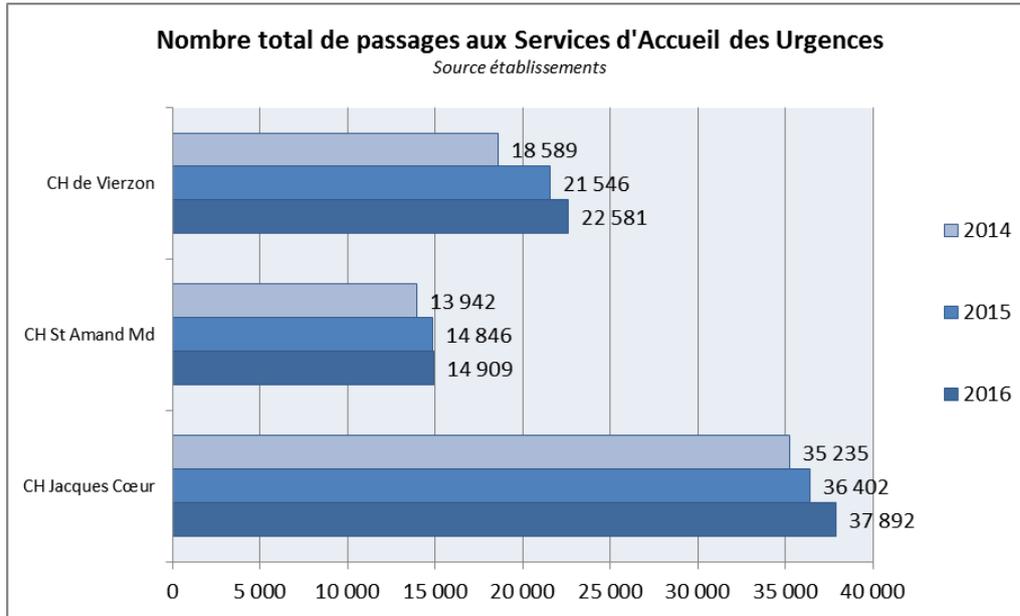
Le CH George Sand dispose d'un site d'accueil des **urgences psychiatriques** sur Bourges, nommé Centre d'Accueil et d'Orientation Départemental.

Il est le seul centre hospitalier autorisé en psychiatrie. Le CAOD dispose de **14 lits** ayant vocation à accueillir les patients en première instance.

Les IDE du centre hospitalier interviennent au sein des services d'accueil des urgences générales. Pour les CH de SAINT AMAND MONTROND et de VIERZON un IDE du CMP se déplace en fonction des demandes des services d'urgences.

### b) Les données d'activité

#### ⇒ Nombre de passages aux SAU

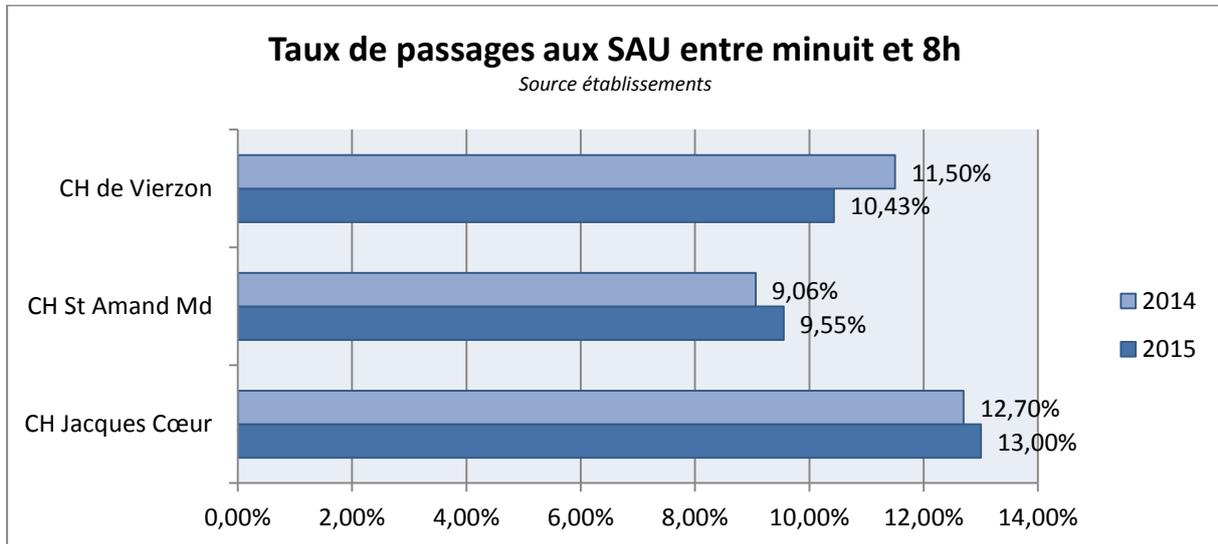


#### Pour l'année 2016 :

- les établissements du GHT ont réalisé **75 382 passages** aux urgences. A ce chiffre doivent être ajoutés ceux des entrées directes réalisées par le CH JACQUES COEUR.
- le CH JACQUES COEUR a réalisé :
  - 2 941 entrées directes en pédiatrie
  - 2 354 entrées directes en cardiologie
  - 4 566 entrées directes en gynécologie-obstétrique
  - 4 511 entrées directes en ophtalmologie

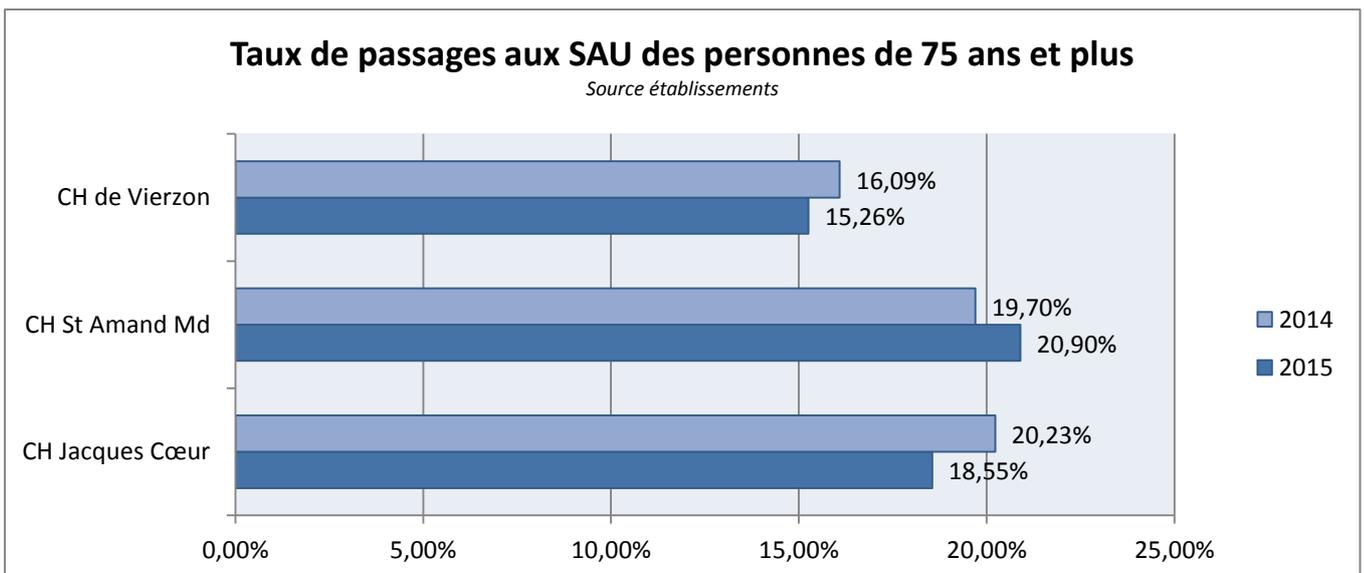
A titre indicatif cela correspond en moyenne, par jour pour le CH JACQUES COEUR à une centaine de passages, pour le CH de VIERZON à une soixantaine de passages et pour le CH de SAINT AMAND MONTROND à une quarantaine de passages. Le nombre de passages varie en fonction des jours de la semaine.

⇒ Taux de passages aux SAU en nuit profonde



En 2015, pour l'ensemble des établissements du GHT, près de 11,5% des passages s'effectuent en nuit profonde, c'est-à-dire entre minuit et huit heures.

⇒ Taux de passages aux SAU des personnes âgées de 75 ans et plus



En 2015, le taux global de personnes âgées de 75 ans et plus prises en charge se situe entre 15 et 20% du nombre total de passages.

⇒ Taux d'occupation et DMS 2015 de l'HTCD - 2015

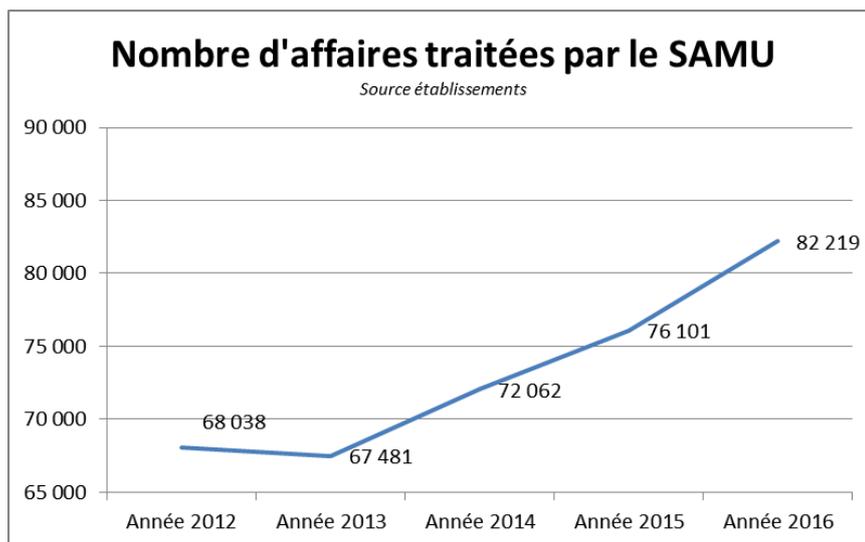
| Source établissements            | CH JACQUES<br>COEUR | CH ST AMAND<br>MONTROND | CH VIERZON |
|----------------------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| <b>Taux occupation<br/>UHTCD</b> | 173.33%             | 129.42%                 | 158.63%    |
| <b>DMS</b>                       | 2.2j                | 0.96j                   | 1.05j      |

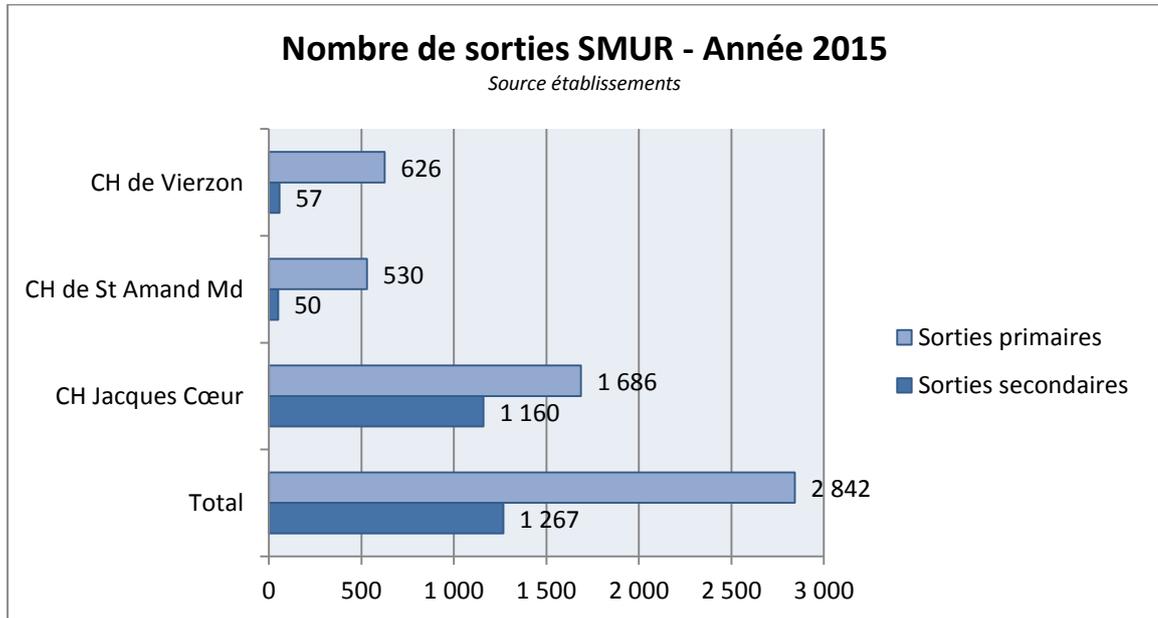
Pour chaque établissement le taux d'occupation de l'HTCD dépasse les 100%.

⇒ Données 2015 du CAOD

| Source établissement   | CH GEORGE SAND (CAOD) |
|--|-----------------------|
| <b>Taux d'occupation</b>   | 97.71%                |
| <b>DMS</b>   | 2.87                  |
| <b>File active de patients<br/>(patients vus au moins une fois sur la période)</b> | 2 958                 |

⇒ Nombre d'affaires traitées au SAMU et de sorties SMUR





### c) L'offre départementale hors GHT

Aucune autorisation de médecine d'urgence n'est détenue par un établissement privé dans le Cher.

## 2) Les enjeux de la filière urgences

- Faire face aux difficultés de démographie médicale en adaptant les organisations existantes
- Renforcer la coopération entre les services d'urgence et maintenir leur existence
- Développer de nouvelles pratiques au bénéfice des patients

## 3) Les orientations et objectifs de la filière urgences

**Orientation stratégique 1** : Optimiser le parcours du patient

**Objectif 1** : S'appuyer sur la médecine de ville pour faire face à l'afflux de patients aux urgences ne relevant pas de soins urgents

En mars 2016, le Cher compte 224 médecins généralistes, soit une densité médicale de 71.87 pour 100 000 habitants contre 79.20 pour la région CENTRE VAL DE LOIRE.

De plus, près de 55% des médecins généralistes du Cher ont plus de 55 ans.

Cette désertification médicale a un impact non négligeable sur les services d'accueil des urgences du Cher qui doivent prendre en charge des patients pour des demandes de soins non urgents, faute de médecin traitant ou de réponse immédiate à leur demande. Elle contribue donc à l'augmentation du

nombre de passages aux urgences relevée ces dernières années, les patients se dirigeant spontanément vers les services d'urgences.

D'autres ressources pour prendre en charge certaines demandes de soins non programmés devraient pouvoir être mobilisées, au vu de la situation départementale. Une réponse non hospitalière serait alors apportée à ces sollicitations et permettrait d'éviter un engorgement des urgences qui retrouveraient ainsi leur vocation première. En effet, les centres hospitaliers dans le cadre de leur mission de service public sont tenus d'accueillir tous les patients se présentant aux urgences quand bien même ces services sont également confrontés à des problématiques d'effectifs d'urgentistes.

Il conviendrait de mettre en place des coopérations entre le SAMU/les services d'urgences et la médecine de ville notamment en s'appuyant sur les structures d'exercice regroupé et sur les médecins correspondants du SAMU.

Ainsi une articulation spécifique entre les structures hospitalières et la médecine de ville pour répondre aux besoins des patients du territoire pourrait être proposée.

Le département du Cher compte sept maisons de santé pluridisciplinaires, dont certaines disposent d'une « salle d'urgence » et de plages de consultations non programmées. Un travail, dont les modalités seraient à définir, pourrait dès lors être engagé avec celles-ci.

#### Indicateurs :

- Réalisation d'une enquête auprès des MSP
- Nombre de nouveaux MCS formés
- Nombre de réunions entre les urgentistes et les acteurs de l'ambulatoire

#### Objectif 2 : Mener une réflexion sur la présence d'un médecin généraliste au sein d'un ou de plusieurs services d'accueil des urgences

Une part importante du nombre de passages dans les services d'accueil des urgences ne relève pas des soins urgents. Ainsi, en période de permanence des soins, les patients qui se présentent spontanément aux urgences peuvent être redirigés vers les maisons médicales de garde quand elles existent. Dans le cas où les patients appellent la régulation, celle-ci peut les orienter directement vers un médecin généraliste de garde ou vers une maison médicale de garde. Toutefois, il a été identifié que certains patients attendaient minuit (heure de fermeture de ces maisons médicales et fin de la permanence des soins ambulatoires) pour se présenter aux services des urgences afin de ne pas avoir à avancer les frais liés aux soins.

Partant de ces deux constats, pourrait être envisagée sur certaines plages horaires, la présence d'un médecin généraliste au sein du ou des services d'accueil des urgences, en fonction du besoin

identifié. Cela devrait être transparent pour le patient qui serait orienté, soit vers ce médecin généraliste, soit vers un urgentiste par l'infirmière d'accueil et d'orientation.

Il ne s'agit pas de proposer des consultations de médecine générale non programmées, mais bien d'orienter au mieux un patient se présentant aux urgences et ainsi de participer au désengorgement des urgences et de laisser les urgences « réelles » aux urgentistes.

Ce type de poste pourrait être ouvert à tout médecin généraliste, incluant les médecins libéraux en ville qui pourraient effectuer des vacations dans le(s) service(s) d'accueil des urgences et qui ainsi diversifieraient leur activité.

Les modalités de financement d'un tel poste ainsi que la facturation des actes devront être expertisées.

#### Indicateurs :

- Nombre de réunions
- Nombre de médecins généralistes intervenant dans un service d'urgences

#### Objectif 3 : Formaliser ou fluidifier certaines filières de prise en charge spécifique.

---

Des filières sont déjà organisées au sein des centres hospitaliers et d'autres doivent être améliorées ou formalisées. Actuellement des filières sont déjà en place : les consultations urgentes de cardiologie, la cardiologie interventionnelle, la neurologie.

Ainsi plusieurs filières doivent être formalisées :

- La filière **pédiatrique**. Le SAMU régule beaucoup de pédiatrie, toutefois les parents ne suivent pas toujours les conseils donnés et se présentent aux SAU.
- La filière **gériatrique**. Les personnes âgées polypathologiques sont surreprésentées aux SAU et nécessitent une prise en charge spécifique.
- La filière **psychiatrique**.
- La filière **traumatologique**.

D'autres filières devraient être formalisées avec le CHU de Tours :

- La filière **neurochirurgie**.
- La filière **neurovasculaire**. L'analyse 2012-2013 (établie par l'UREH) par code postal de domicile des patients atteints d'AVC montre une concentration plus élevée dans le sud du Cher.

Les modalités seront à définir.

#### Indicateurs :

- Nombre de filières formalisées
- Nombre de prises en charge au sein de ces filières

#### Objectif 4 : Former à la gestion de l'urgence le personnel de nuit des EHPAD

---

En l'absence de personnel médical et d'IDE la nuit dans les EHPAD, il convient de former les personnels présents (aide-soignant et/ou agent des services hospitaliers) à l'échange téléphonique avec le Centre 15. L'EHPAD public autonome LES RESIDENCES DE BELLEVUE est le seul à bénéficier d'une présence infirmière la nuit.

En effet, certains agents appelant le Centre 15 peuvent se trouver en difficulté et ne pas être en mesure de répondre aux questions posées par le régulateur médical. De plus, certains appels ne nécessitent pas de transfert vers les urgences, mais un conseil téléphonique qui permettra également de rassurer les agents se trouvant devant une situation urgente ou ressentie comme urgente.

Des formations leur seront proposées afin de leur indiquer quelles sont les informations attendues et nécessaires en cas d'appel d'urgence.

Une fiche réflexe à destination des personnels sera élaborée pour les aider.

Ces formations participeraient également au décloisonnement du sanitaire et du médico-social et permettraient aux différents acteurs de se connaître et d'apprendre le fonctionnement du Centre 15 (qui est souvent mal connu voire inconnu).

Cela contribuerait à faire baisser l'appréhension ressentie par ces personnels lors d'un appel vers la régulation et permettrait au régulateur d'avoir rapidement les informations utiles.

#### Indicateurs :

- Nombre d'agents formés
- Nombre d'EHPAD concernés
- Nombre de formations réalisées

**Orientation 2** : Développer et renforcer la coopération entre les services d'urgences.

**Objectif 5** : Développer les recrutements partagés d'urgentistes entre les trois services d'urgence

---

Le rapport GRALL de juillet 2015 préconisait la mise en place d'équipes d'urgentistes de territoire qui impliquerait l'obligation pour ces derniers d'intervenir dans les établissements du territoire et qui permettrait notamment d'éviter le recours à des intérimaires. Cela n'est pas envisageable dans notre territoire de santé, au vu des effectifs existants. De plus, le CH JACQUES COEUR et le CH de ST AMAND MONTROND ont déjà recours à l'intérim.

Toutefois, les recrutements partagés d'urgentistes entre deux établissements au minimum devront être développés. Proposer ainsi un exercice sur plusieurs sites assorti d'une prime d'exercice territorial pourrait renforcer l'attractivité des postes. Il s'agirait de volontariat pour les nouveaux praticiens et non pas d'une obligation. De même l'activité multi-sites ne sera pas imposée aux agents déjà en poste.

En effet, cela ne devra pas contraindre les établissements à imposer des postes partagés qui pourraient freiner le recrutement d'un urgentiste refusant la mobilité.

Ces recrutements partagés vont également entraîner une réflexion sur l'harmonisation des rémunérations entre les centres hospitaliers. Pour exemple, le temps de travail additionnel n'est pas indemnisé de la même manière dans les trois hôpitaux.

Il conviendra d'avoir des logiciels identiques pour faciliter l'activité multi-sites.

**Indicateur :**

- Nombre de recrutements partagés

**Objectif 6** : Réfléchir collectivement à la mise en œuvre du référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence

---

En l'absence de ligne de conduite régionale sur l'application de ce référentiel et bien que certains centres hospitaliers de la région CENTRE VAL DE LOIRE l'aient d'ores et déjà mis en œuvre, aucun établissement membre du GHT ne doit l'appliquer de manière unilatérale sans concertation avec les membres du GHT.

En effet, il s'agit de développer une position commune entre les trois établissements du GHT.

L'application de ce référentiel contraindrait tous les établissements à augmenter leurs effectifs ce qui n'est pas envisageable dans le contexte de pénurie d'urgentistes du Cher.

De plus, il existe une importante disparité entre les hôpitaux, notamment concernant le temps dédié aux activités non postées cliniques ou non qui serait trop important ou insuffisant en fonction de chaque établissement.

Les modalités du déploiement du référentiel sont à réfléchir au sein du GHT, en lien avec la réflexion sur l'harmonisation de l'indemnisation du temps de travail additionnel.

### Indicateurs :

- Nombre de réunions
- Nombre de participants aux réunions
- Mise en œuvre du référentiel

### Objectif 7 : Harmoniser les pratiques des trois services d'urgence

---

Cela permettra notamment de renforcer les liens entre les urgentistes et de savoir que les pratiques sont les mêmes dans chacun des trois établissements. Le recrutement partagé d'urgentistes implique que cette harmonisation soit effective.

Les protocoles existants seront partagés et travaillés ensemble, afin d'aboutir à l'application de protocoles communs.

Cette harmonisation implique de connaître le fonctionnement détaillé de chaque service d'accueil des urgences des centres hospitaliers et également d'organiser des rencontres entre les urgentistes. Ce lieu d'échange devra également être celui d'un partage d'expériences et de pratiques entre urgentistes et permettre de résoudre les difficultés survenues entre services.

### Indicateurs :

- Nombre de protocoles communs
- Nombre de réunions

### Objectif 8 : Mener une réflexion sur la mise en place d'une ligne d'astreinte ou de garde de SMUR secondaire départementale mutualisée

---

A ce jour, il existe au CH JACQUES COEUR une ligne de SMUR secondaire sous forme d'astreinte. Pour 2015, l'ensemble des sorties SMUR secondaires au CH JACQUES COEUR était de 1 160.

Dans le cadre du GHT sera menée la réflexion autour de la transformation de cette ligne d'astreinte, en ligne d'astreinte ou en ligne de garde départementale mutualisée. Ainsi, chaque établissement pourrait participer à cette ligne de SMUR secondaire.

Les modalités seront à définir : volontariat ou participation de l'ensemble des urgentistes avec répartition des tours de garde ou d'astreinte en fonction des effectifs départementaux d'urgentistes, clarification des missions du SMUR secondaire, plages horaires définies la nuit et les week-ends, financement via la MIG...

Il conviendra notamment de s'interroger sur le nombre de sorties que cela représenterait, sur le nombre d'urgentistes aujourd'hui mobilisés et sur l'impact que cette mutualisation aurait sur les CH de SAINT AMAND MONTROND et de VIERZON.

Le financement de cette ligne départementale mutualisée sera étudié en concertation avec l'ARS.

#### Indicateurs :

- Nombre de réunions faites sur ce sujet
- Mise en place de ce dispositif
- Nombre d'urgentistes participants au dispositif

**Orientation 3** : Utiliser la télémédecine pour optimiser la prise en charge des patients.

**Objectif 9** : Apporter une aide à la régulation médicale pour les résidents des EHPAD.

---

Comme déjà évoqué, aucun EHPAD du Cher ne compte d'infirmier la nuit dans ses murs excepté un. Ainsi, la quarantaine d'EHPAD ne dispose la nuit que d'aide-soignant ou d'agent des services hospitaliers, dont le nombre varie en fonction des capacités en lits.

De ce fait, ces personnels se trouvent en difficulté en cas de problème de santé urgent d'un résident se produisant la nuit.

Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine indique que relève de la télémédecine la réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale.

Le déploiement d'un dispositif de télémédecine entre SAMU et EHPAD permettrait ainsi d'éviter les transferts évitables de personnes âgées aux urgences, de réduire l'angoisse des personnels, de mieux prendre en charge le patient et de pouvoir échanger sur l'état de santé du patient entre professionnels.

Cela nécessite notamment l'établissement d'un protocole commun entre les EHPAD et le SAMU, l'achat du matériel dédié et la formation des agents à l'utilisation d'un matériel spécifique.

Les modalités de cette mise en œuvre, dépendante de l'adhésion des EHPAD à ce projet, devront être définies lorsque débutera la réflexion sur ce sujet.

Contact sera pris avec les établissements ayant déjà mis en œuvre cette modalité d'application de la télé-médecine.

#### Indicateurs :

- Nombre de réunion sur ce sujet
- Etablissement de documents de cadrage
- Nombre d'EHPAD adhérents au projet
- Nombre d'utilisation de cet outil

#### Objectif 10 : Mettre en place des téléconsultations de psychiatre au sein des services d'accueil des urgences

---

Cet objectif veut répondre partiellement à la pénurie de psychiatres dans le Cher et de ce fait aux difficultés rencontrées par les urgentistes lorsqu'un patient relevant de la psychiatrie est présent aux urgences.

Dans chacun des trois centres hospitaliers, un infirmier en psychiatrie intervient selon différentes modalités, mais il n'est pas toujours possible qu'un psychiatre intervienne au sein du service des urgences.

L'importance de leur présence est soulignée tant pour les patients que pour les personnels.

Pour exemple, au CH de VIERZON, lorsqu'un patient nécessite une consultation psychiatrique, celui-ci doit patienter jusqu'au passage du psychiatre vers 14h, ce qui est source de tensions au sein du service pour le patient et cela mobilise du personnel.

Il pourrait être envisagé dans certains cas la réalisation d'une téléconsultation, les patients étant pour beaucoup déjà familiarisés avec les écrans. Cela pourrait notamment se faire pour l'entretien d'évaluation du risque suicidaire. De plus, cela pourrait éviter les transferts au CAOD.

#### Indicateurs :

- Rédaction d'un protocole
- Nombre de téléconsultations réalisées

### D- La filière Prélèvements Multi-Organes (PMO)

#### 1) L'état des lieux de la filière Prélèvements Multi-Organes (PMO)

##### a) L'offre existante au sein du GHT

Les prélèvements multi-organes sont uniquement réalisés par le CH JACQUES CŒUR. Les patients sont hospitalisés dans le service de réanimation qui comprend 12 lits.

Une Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus comprenant un médecin, un cadre et deux IDE de coordination est située au CH JACQUES CŒUR. Elle est joignable par les professionnels de tous les établissements du territoire de santé.

Il existe le CREDOT (réseau de prélèvement d'organes et de tissus de la région Centre) regroupant BOURGES – CHATEAUROUX – BLOIS – TOURS – ORLEANS – DREUX – CHARTRES.

L'outil « CRISTAL ACTION » permet, en analysant la potentialité du don et la prise en charge des donneurs dans chaque hôpital ou dans chaque réseau de prélèvement, de mettre en place si nécessaire des actions adaptées. Il est en place au sein des établissements du GHT.

Des visites régulières par la coordination ont lieu aux urgences de ST AMAND MONTROND et de VIERZON, afin de rencontrer les urgentistes et les infirmiers. Toutefois, il est à noter pour certains établissements l'important recours à l'intérim, qui ne permet pas de former tous les intérimaires. La coordination ne se déplace ni au CH GEORGE SAND ni au CH de SANCERRE.

Une IDE de coordination effectue des formations/informations auprès des professionnels paramédicaux des CH JACQUES CŒUR – ST AMAND MONTROND et VIERZON. De plus, des actions de sensibilisation sont menées dans des lycées, dans les IFSI et dans les IFAS.

Il existe des flyers à destination des professionnels comprenant un protocole relatif aux patients pouvant être d'éventuels donneurs.

Les appels à la coordination permettent de refaire le point concernant l'éligibilité d'un patient à un PMO et de rechercher des places en réanimation si besoin. De plus, en l'absence de places en réanimation, la coordination régionale est contactée.

Le réanimateur du CH JACQUES CŒUR peut être appelé directement, sans passer par la coordination.

La coordination ne se déplace pas pour l'entretien préemptif avec les proches. Il a été arrêté que l'abord préemptif ne devait pas se faire dans le Cher.

### b) Les données d'activité

Pour l'année 2015, 12 donneurs ont été recensés et 5 prélèvements ont été réalisés. De plus, 20 prélèvements de cornées ont été effectués, ce qui correspond à 40 cornées.

Pour l'année 2016, 2 prélèvements de tendons ont été effectués, ce qui représente 14 tendons.

## 2) Les enjeux de la filière PMO

- Augmentation du nombre de donneurs et du nombre de prélèvements
- Améliorer la connaissance du dispositif par les professionnels des établissements du GHT

## 3) Les orientations et objectifs de la filière PMO

**Orientation stratégique 1**: Développer les liens entre les professionnels susceptibles d'être concernés par un prélèvement multi-organes et faciliter la prise en charge en réanimation.

### Objectif 1 : Permettre aux professionnels paramédicaux de venir à la coordination

---

Les professionnels paramédicaux des CH de ST AMAND MONTROND et VIERZON auront la possibilité de venir en journées de formation à la coordination du CH JACQUES COEUR, afin d'accroître leurs connaissances et d'appréhender le déroulement concret de la procédure. Cela permettra de connaître à la fois l'environnement et les équipes.

#### Indicateurs :

- Nombre de professionnels
- Nombre de formations

### Objectif 2 : Permettre aux chirurgiens n'exerçant pas au CH JACQUES CŒUR de participer aux PMO

---

Au sein du GHT, seuls des chirurgiens du CH JACQUES CŒUR réalisent des PMO sur ce site. Toutefois, depuis 18 mois, faute de disponibilité d'urologue local, la convention signée avec le CHRU de TOURS est mise en œuvre, pour bénéficier d'un de leurs chirurgiens. Or, afin de donner une dimension véritablement territoriale à cette activité, des chirurgiens des établissements parties au GHT du Cher pourront y prendre part. Cette intervention sera réfléchiée et formalisée en concertation avec les professionnels intéressés, dans le cadre d'un projet spécifique.

#### Indicateurs :

- Nombre de chirurgiens hors CH JACQUES CŒUR souhaitant participer aux PMO
- Nombre de chirurgiens hors CH JACQUES CŒUR ayant effectivement participé à un PMO

#### Objectif 3 : Identifier des référents PMO dans les CH de SAINT AMAND MONTROND et de VIERZON

Il n'y a ni référents médicaux, ni référents paramédicaux pour les PMO au sein des CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON. Ces deux établissements désigneront chacun deux référents : l'un médical et l'autre paramédical. Ils seront les référents PMO au sein de leur établissement, mais ils seront aussi le contact de la coordination.

#### Indicateur:

- Noms des référents par établissement

#### Objectif 4 : Mise en place d'un 13<sup>ème</sup> lit dédié aux PMO, au CH JACQUES CŒUR, dans le service de réanimation

Le service compte 12 lits de réanimation, or il conviendrait que ce service dispose d'un 13<sup>ème</sup> lit pour accueillir un patient susceptible de répondre aux critères d'un PMO. Ce lit serait préinstallé, mais ne serait utilisé qu'en cas d'indisponibilité des autres lits du service. Cela permettrait de ne jamais refuser un potentiel PMO, faute de lit vacant. Un protocole sera établi quant au retour des patients ne passant pas en mort encéphalique, vers les centres hospitaliers d'origine que sont les CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON. Des critères de retour vers l'établissement d'origine seront définis dans ce protocole.

#### Indicateurs :

- Installation effective d'un 13<sup>ème</sup> lit
- Taux d'occupation annuel de ce 13<sup>ème</sup> lit
- Nombre de patients renvoyés

**Orientation stratégique 2:** Accroître la connaissance des professionnels et des usagers sur le thème des PMO.

#### Objectif 5 : Améliorer l'information des intérimaires sur l'existence et le rôle de la coordination

Comme déjà précisé, les CH JACQUES CŒUR et ST AMAND MONTROND ont recours à des intérimaires dans leur structure des urgences. Or, il convient que l'ensemble des intérimaires

exerçant dans l'un des trois services des urgences du Cher connaisse l'existence de la coordination, les missions qu'elle exerce et les modalités pratiques pour la contacter. Ce travail de communication pourra être effectué par les référents PMO identifiés au sein des centres hospitaliers de ST AMAND MONTROND et de VIERZON et directement par la coordination auprès des intérimaires du CH JACQUES CŒUR. Les modalités seront à définir.

Indicateurs :

- Nombre d'intérimaires informés
- Nombre d'appels annuels reçus de la part d'un intérimaire

Objectif 6 : Développer des actions d'information et de formation dans la région de SANCERRE

---

La coordination n'a pas de lien avec le CH de SANCERRE et ne se déplace pas dans ce territoire. Des actions d'information et de formation à destination des professionnels de santé seront mises en place. De plus, des actions d'information et de sensibilisation pourront être poursuivies et développées à destination de publics non professionnels de santé, notamment les actions mises en œuvre dans les lycées depuis 4 ans.

Indicateurs :

- Nombre d'information/formation réalisées annuellement
- Nombre de personnes informées/ formées annuellement.

Objectif 7 : Renforcer les interventions des professionnels de la coordination au sein des services d'urgences

---

Des déplacements de la coordination auprès des professionnels médicaux et paramédicaux sont déjà effectués dans les services des urgences des CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON. A ces occasions sont rencontrés, soit des professionnels médicaux, soit des professionnels paramédicaux. La formalisation de ces déplacements sera faite, afin notamment que cette organisation soit clarifiée, planifiée et plus lisible. Des actions de formations et/ou d'information seront réalisées lors de ces déplacements. Un questionnaire pour connaître le niveau d'information des professionnels sur la thématique des PMO et de leur prise en charge dans le Cher sera élaboré, afin de pouvoir adapter le contenu des formations et des informations.

Indicateurs :

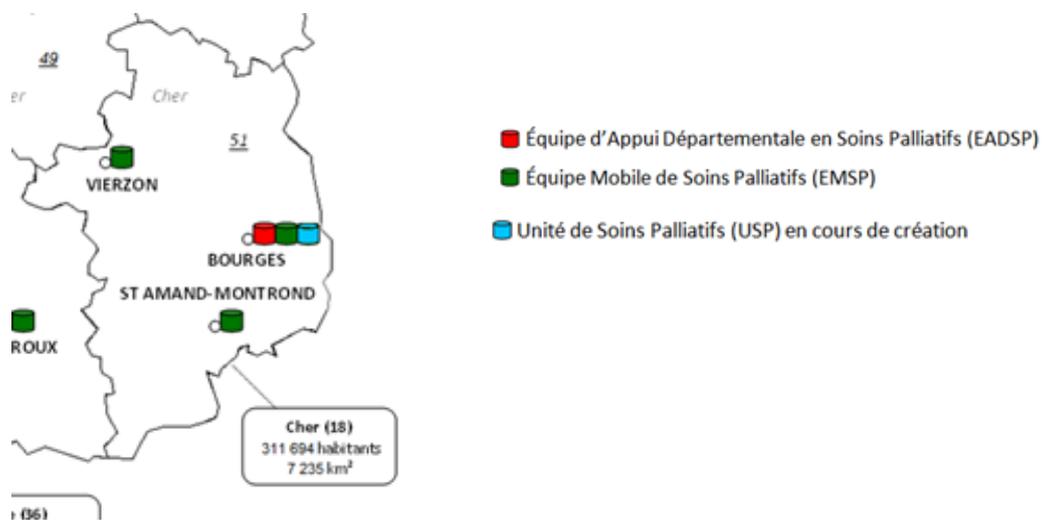
- Nombre d'interventions annuel, par type d'intervention, par site
- Nombre de personnes concernées par ces interventions

### E- La filière Soins Palliatifs

#### 1) L'état des lieux de la filière soins palliatifs

##### a) L'offre existante au sein du GHT

La cartographie des soins palliatifs dans le Cher (Source Bilan d'activité du réseau SP en région CVDL 2015)



- Les Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP)

Le GHT comprend 43 lits identifiés en soins palliatifs (LISP):

- 18 au CH Jacques Cœur dont 6 en SSR, 3 en pneumologie, 3 en hématologie clinique, 6 en médecine polyvalente et gériatrique
- 12 au CH de Vierzon, en médecine polyvalente
- 8 au CH de Saint Amand, en médecine
- 5 au CH de Sancerre, en SSR

En 2015, le taux d'équipement en LISP dans le Cher (GHT + HORS GHT) était de 16.36 pour 100 000 habitants contre 12.99 pour 100 000 habitants en région CVDL.

En 2015, la densité de LISP MCO dans le Cher (GHT + HORS GHT) était de 12.8 pour 100 000 habitants contre 9.6 pour 100 000 habitants en région CVDL (source UREH).

Le taux de fuites hors du département pour des séjours MCO (GHT + HORS GHT) était de 7.7%.

- L'unité de soins palliatifs

Cette unité sera localisée au CH JACQUES CŒUR et comptera 11 lits dont 10 seront utilisés en permanence.

Cette unité desservira les parties sud et est de la région, soit un bassin de population d'environ 560 000 personnes. Il s'agit en effet d'un projet élaboré en collaboration entre des professionnels de santé du Cher et de l'Indre.

- Les équipes de soins palliatifs

Le GHT compte :

Une Équipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs – EADSP 18 – qui couvre l'ensemble du département du Cher et peut intervenir soit au domicile, soit en institution.

Trois Équipes Mobiles de Soins Palliatifs – EMSP – situées au sein des CH JACQUES CŒUR- ST AMAND MONTROND et VIERZON.

- Les réseaux de soins palliatifs

Le réseau des soins palliatifs en région Centre-Val de Loire. Il vise aux soins et à l'accompagnement des patients en phase palliative ou terminale de maladie grave, qu'ils vivent en institution ou à domicile.

Le Comité Départemental des Soins Palliatifs – CD 18

- Les consultations douleur

Le CH JACQUES CŒUR réalise des consultations douleur.

- Le service d'HAD du CH JACQUES COEUR

Le GHT compte un service d'HAD au sein du CH JACQUES COEUR:

Le service d'HAD du CH JACQUES CŒUR comptant 22 places, et qui intervient dans la zone de BOURGES

#### b) Les données d'activité

- **L'EADSP 18**

Pour l'année 2015, l'EADSP 18 a pris en charge 285 patients dont 220 nouveaux patients.

L'âge moyen des patients est de 74 ans.

Les pathologies pour lesquelles l'équipe intervient sont réparties ainsi : 72% oncologie – 13% neurologie – 15% autres.

Les trois principales modalités d'intervention sont : les contacts téléphoniques, les courriers, les visites.

- **L'EMSP du CH JACQUES CŒUR**

Pour l'année 2015 :

520 patients ont été suivis

75% des patients sont atteints de cancer.

La moyenne d'âge des patients est de 70 ans.

- **L'EMSP du CH de ST AMAND MONTROND**

Pour l'année 2015 :

- 93 patients ont été suivis
- 76% des patients sont atteints de cancer, 11 % de pathologie neurologique.

- **L'EMSP du CH de VIERZON**

Pour l'année 2015 :

316 patients ont été suivis

81% des patients sont atteints de cancer, 6% de pathologie neurologique.

La moyenne d'âge des patients se situe à 67 ans.

Elle assure des prises en charge dans les EHPAD, dans les établissements des PEP, et à domicile.

- **Les consultations douleur**

Pour l'année 2015, le CH JACQUES CŒUR a réalisé 2 272 consultations médicales externes, et 1 068 patients ont été vus en consultation.

### c) L'offre départementale hors GHT

Des LISP existent au sein d'autres établissements du Cher :

- 6 à l'hôpital privé GUILLAUME DE VARYE – ST DOULCHARD
- 2 à la clinique des GRAINETIERES – ST AMAND MONTROND

L'HAD KORIAN compte 43 places et intervient dans le reste du département (VIERZON- AUBIGNY- SANCERRE- ST AMAND MONTROND), hors BOURGES.

## 2) Les enjeux de la filière soins palliatifs

- Assurer aux patients des soins palliatifs de qualité
- Faciliter la prise en charge des patients et la continuité des soins
- Proposer des prises en charge de proximité

### 3) Les orientations et objectifs de la filière soins palliatifs

**Orientation stratégique 1: Garantir l'accès aux soins palliatifs à l'ensemble des patients le nécessitant**

**Objectif 1 : Développer les interventions des équipes mobiles au sein des structures médico-sociales**

---

Le bilan d'activité de l'EADSP montre que peu d'interventions ont eu lieu au sein d'une structure médico-sociale. En effet, pour l'année 2014, l'EADSP n'a suivis que 11.8% de patients en structures médico-sociales.

Or, le développement de ce type d'intervention pourrait avoir un impact sur les transferts aux urgences des personnes âgées, ou encore les conseils prodigués par l'équipe pourraient permettre aux résidents de programmer leur hospitalisation en services aigus.

Ces interventions constitueraient également un soutien pour les équipes des structures médico-sociales.

Le développement des interventions passera par la communication auprès des structures sur l'existence des équipes mobiles, leurs missions et la plus-value apportée à la fois aux résidents mais aussi aux équipes soignantes qui peuvent se trouver en difficulté dans la prise en charge d'un patient en soins palliatifs. Une expertise palliative pourra alors leur être apportée à travers du conseil et de l'accompagnement.

L'intervention de l'équipe pourra également éviter une hospitalisation et permettre au patient de rester dans son lieu de vie.

Indicateurs :

- Nombre de patients suivis en structures médico-sociales
- Nombre d'intervention en structures médico-sociales
- Type de structures d'intervention

**Objectif 2: Communiquer auprès des professionnels libéraux sur le rôle des équipes mobiles de soins palliatifs**

---

Les équipes mobiles de soins palliatifs peuvent être amenées à intervenir au domicile du patient, qu'il s'agisse d'un domicile privé ou d'un établissement médico-social. Elles peuvent notamment le faire sur demande du médecin traitant ou encore d'un IDE.

Les professionnels amenés à orienter un patient vers une équipe mobile doivent connaître leur rôle et les modalités d'intervention de ces équipes.

Un interlocuteur privilégié au sein de chaque EMSP sera identifié pour les professionnels libéraux.

#### Indicateurs :

- Identification d'un référent de chaque EMSP
- Élaboration d'une communication auprès des professionnels

#### Objectif 3 : Développer des consultations douleur sur les sites des CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON

---

Le CH JACQUES CŒUR est le seul établissement du Cher à proposer des consultations douleur. Celles-ci ne reposent actuellement que sur un seul praticien qui effectue un volume de consultations important. Ainsi le délai moyen pour en bénéficier est d'environ 5 mois.

Sont pris en charge des patients du Cher, mais également de la Nièvre du fait d'une consultation douleur se trouvant à DIJON. Il existe donc un réel besoin tant de consultations initiales, que de consultations de suivi pour les patients du Cher.

En 2013, un travail de mise en place de consultations avancées a été initié entre les CH JACQUES CŒUR et CH de VIERZON, mais il n'a pas abouti à ce jour.

L'une des conditions indispensables à la mise en place de ces deux consultations douleur avancées est le recrutement d'un praticien supplémentaire, l'unique praticien du CH JACQUES CŒUR ne pouvant dégager du temps pour intervenir dans d'autres centres hospitaliers.

Ces consultations, tout en répondant au besoin identifié des patients du Cher, permettrait de réduire l'envoi de patients hors du département, voire de la région pour en bénéficier. L'usage des outils de télémédecine pourra être étudié.

#### Indicateurs :

- Recrutement d'un praticien
- Mise en place de consultations avancées
- Nombre de patients bénéficiant d'une consultation

#### Orientation stratégique 2 : Garantir une prise en charge adaptée à tous les patients

#### Objectif 4 : Intégrer des compétences sociales au sein de l'EADSP 18

---

La circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, dans son annexe II relative au référentiel d'organisation des soins relatif aux équipes mobile de soins palliatifs, indique concernant la composition des effectifs un temps d'assistant de service social.

Bien que cela soit inscrit à titre indicatif et non obligatoire, il a été constaté par les membres de l'EADSP 18 que cette compétence fait défaut au sein de l'équipe.

En effet, certains patients pour lesquels l'EADSP intervient au domicile nécessiteraient l'intervention d'un assistant de service social, notamment lorsqu'ils se trouvent en situation d'isolement ou du fait de leur âge ou de leur pathologie.

#### Indicateur :

- Intégration d'un assistant social dans l'EADSP 18

#### Objectif 5 : Réaliser des entrées directes dans les services des patients faisant l'objet de soins palliatifs.

---

Les pratiques des centres hospitaliers en matière d'entrées directes sont hétérogènes. Dans certains hôpitaux tels le CH de VIERZON, les professionnels ou les patients déjà suivis au sein du service de médecine le contactent et peuvent y accéder sans passer par le service des urgences. En cas d'absence immédiate de place dans le service, l'hospitalisation est programmée ce qui permet au patient ainsi rassuré de patienter et de ne pas se présenter au service d'accueil des urgences.

En effet le passage par les urgences n'apporte pas de plus-value au patient déjà suivi dans le cadre de soins palliatifs.

Afin de garantir au patient une prise en charge adaptée et de qualité, les entrées directes dans les services doivent être favorisées. De même, si un patient se présente aux urgences, il doit être pris en charge rapidement dans un service d'hospitalisation et ne pas rester au sein du service des urgences.

Plusieurs travaux doivent être menés notamment :

- Une réflexion sur le/les moyen(s) d'identifier un patient relevant des soins palliatifs lors de son arrivée aux urgences ou lors d'un appel au 15
- Un travail avec les professionnels pour favoriser les entrées directes dans les services

#### Indicateurs :

- Indicateurs d'identification des patients
- Rédaction de protocoles sur les entrées directes dans les services

#### Objectif 6 : Poursuivre le développement des liens entre les équipes mobiles

---

La composition des quatre équipes mobiles existant dans le Cher n'est pas homogène, notamment en termes d'ETP par catégorie de professionnels. Toutefois, elles regroupent des professionnels qui

doivent tisser des liens et partager leurs expériences. De même qu'il existe des rencontres inter-équipes de soins palliatifs en région CENTRE-VAL DE LOIRE, ce type de rencontre devra se tenir au niveau du territoire du CHER.

Indicateur:

- Nombre de rencontres entre les équipes

### F- La filière chirurgie

#### 1) L'état des lieux de la filière chirurgie

##### a) L'offre existante au sein du GHT

| CH JACQUES COEUR                            | CH VIERZON  |
|---|---|
| Chirurgie orthopédique: 41 lits             | Chirurgie orthopédique et traumatologique : 8 lits  |
| Chirurgie urologique et digestive : 20 lits | Chirurgie ORL, stomatologie, OPH, urologie : 4 lits |
| Chirurgie viscérale : 22 lits               | Chirurgie viscérale : 5 lits                        |
| Chirurgie vasculaire et thoracique: 8 lits  |   |
| Chirurgie ophtalmologique: 7 lits           |   |
| Chirurgie ORL et cervico-facial: 10 lits    |   |
| Soins continus chirurgicaux: 6 lits         |   |
| HJ chirurgical: 14 places                   |   |

Le GHT compte deux établissements autorisés en chirurgie : le CH JACQUES CŒUR et le CH de VIERZON.

Ceux-ci assurent également la permanence des soins en établissement de santé (PDSE) pour les activités de chirurgie. Le CH JACQUES CŒUR est reconnu comme exerçant la PDSES en anesthésie (garde), en chirurgie orthopédique et traumatologique (astreinte opérationnelle) et en chirurgie viscérale et digestive (astreinte opérationnelle). Le CH de VIERZON assure la PDSES en anesthésie (astreinte opérationnelle) et en chirurgie viscérale et orthopédique (astreinte opérationnelle) à titre dérogatoire au SROS 2012-2016.

Il convient de souligner la fragilité des effectifs de chirurgiens et d'anesthésiste qui peuvent remettre en cause une autorisation d'activité et l'accomplissement de la PDSES, mission de service public. Pour exemple, le CH JACQUES CŒUR en compte qu'un seul chirurgien en chirurgie vasculaire et thoracique

et le CH de VIERZON n'en dispose pas. De même, ces deux CH disposent chacun d'un chirurgien urologique, soit 2 dans le périmètre du GHT pour une population de plus de 310 000 personnes. Le Centre Hospitalier JACQUES CŒUR envisage de revoir à la baisse le nombre de lits installés en chirurgie pour tenir compte de l'évolution des techniques chirurgicales et du développement de la chirurgie ambulatoire.

### b) Les données d'activité

#### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – Toutes chirurgies confondues

| Source DIMBENCH             | Nbre de séjours - 2014 | Nbre de séjours - 2015 |
|-----------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b>      | 5 832                  | 6 563                  |
| <b>CH ST AMAND MONTROND</b> | 109                    | 123                    |
| <b>CH VIERZON</b>           | 2 198                  | 1 975                  |
| <b>TOTAL GHT</b>            | 8 139                  | 8 661                  |

#### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – D01 Digestif

| Source DIMBENCH        | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|------------------------|------------------------|----------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b> | 690                    | 18.76          |
| <b>CH VIERZON</b>      | 350                    | 9.52           |
| <b>TOTAL GHT</b>       | 1 040                  | 28.28          |

#### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – D02 Orthopédie Traumatologie

| Source DIMBENCH        | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|------------------------|------------------------|----------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b> | 1 501                  | 19.49          |
| <b>CH VIERZON</b>      | 795                    | 10.32          |
| <b>TOTAL GHT</b>       | 2 296                  | 29.81          |

#### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – D07 Cardio-vasculaire

| Source DIMBENCH        | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|------------------------|------------------------|----------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b> | 451                    | 28.01          |
| <b>CH VIERZON</b>      | 36                     | 2.24           |
| <b>TOTAL GHT</b>       | 487                    | 30.25          |

### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – D09 Pneumologie

| Source DIMBENCH        | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|------------------------|------------------------|----------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b> | 42                     | 24.14          |

### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – D10 ORL Stomatologie

| Source DIMBENCH        | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|------------------------|------------------------|----------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b> | 322                    | 20.5           |
| <b>CH VIERZON</b>      | 14                     | 0.89           |
| <b>TOTAL GHT</b>       | 336                    | 21.39          |

### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – D11 Ophtalmologie

| Source DIMBENCH        | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|------------------------|------------------------|----------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b> | 1 735                  | 32.69          |
| <b>CH VIERZON</b>      | 158                    | 2.98           |
| <b>TOTAL GHT</b>       | 1 893                  | 35.67          |

### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – D12 Gynécologie - Sein

| Source DIMBENCH             | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|-----------------------------|------------------------|----------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b>      | 464                    | 21.84          |
| <b>CH ST AMAND MONTROND</b> | 94                     | 4.42           |
| <b>CH VIERZON</b>           | 102                    | 4.8            |
| <b>TOTAL GHT</b>            | 660                    | 31.06          |

### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – D15 Uro-Néphrologie et Génital

| Source DIMBENCH        | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|------------------------|------------------------|----------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b> | 539                    | 22.13          |
| <b>CH VIERZON</b>      | 83                     | 3.41           |
| <b>TOTAL GHT</b>       | 622                    | 25.54          |

### Activité chirurgicale – Classification Catégories d'Activités de Soins – D16 Hématologie

| Source DIMBENCH        | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|------------------------|------------------------|----------------|
| <b>CH JACQUES CŒUR</b> | 27                     | 18.24          |

### Activité chirurgicale – Classification Catégories d’Activités de Soins – D19 Endocrinologie

| Source DIMBENCH | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|-----------------|------------------------|----------------|
| CH JACQUES CŒUR | 92                     | 28.4           |

### Activité chirurgicale – Classification Catégories d’Activités de Soins – D20 Tissu cutané et sous-cutané (parages de plaies, greffes de peau, hors brûlures)

| Source DIMBENCH  | Nbre de séjours - 2015 | Part de marché |
|------------------|------------------------|----------------|
| CH JACQUES CŒUR  | 24                     | 3.77           |
| CH VIERZON       | 32                     | 5.03           |
| <b>TOTAL GHT</b> | <b>45</b>              | <b>8.8</b>     |

#### c) L’offre départementale hors GHT

Deux cliniques privées exercent l’activité de soins de chirurgie dans le périmètre du GHT : l’hôpital privé GUILLAUME DE VARYE et la clinique des GRAINETIERES. Cette dernière exerce la mission de PDES pour la chirurgie viscérale et orthopédique. Cela permet au sud du département de bénéficier de cette PDES que ne peut pas exercer le CH de SAINT AMAND MONTROND qui ne dispose pas de l’autorisation de chirurgie.

L’hôpital privé GUILLAUME DE VARYE ne réalise pas de PDES.

### 2) Les enjeux de la filière chirurgie

- Maintenir une offre publique de chirurgie de qualité
- Réduire les taux de fuite des patients domiciliés dans le Cher
- Développer de nouvelles spécialités pour diversifier l’offre proposée.

### 3) Les objectifs par spécialités chirurgicales

#### Filière Chirurgie Viscérale

##### Objectif 1: Formaliser un dispositif d’annonce commun pour la chirurgie carcinologique

Dans le but d’harmoniser les pratiques et de développer des procédures communes permettant notamment de dresser un cadre commun à tous les chirurgiens, un dispositif d’annonce commun à tous les praticiens viscéraux sera formalisé. Ces derniers seront parties prenantes des travaux sur ce dispositif.

Indicateur:

- Formalisation d'une procédure

#### Objectif 2: Conforter les mises à disposition de praticiens

L'état des lieux en chirurgie viscérale met en lumière la fragilité des effectifs de cette spécialité au sein du GHT et le recours des deux centres hospitaliers à des intérimaires même si cela n'est que ponctuel. Le CH de VIERZON vient de recruter un nouveau chirurgien viscéral portant son nombre de chirurgiens à trois.

La mise à disposition d'un chirurgien du CH de VIERZON est déjà effective. En effet, dans le cadre d'une convention de mise à disposition, un chirurgien opère au CH JACQUES CŒUR sous la responsabilité du chef de service et ce depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014. Il assure la prise en charge des patients de VIERZON et participe à l'activité du CH JACQUES CŒUR au minimum deux demi-journées. Une organisation spécifique concernant cette mise à disposition est mise en place.

Les taux de fuite (2014) des patients domiciliés dans le Cher sont importants et la part des séjours réalisés par les établissements privés avoisine les 50%.

Il convient donc de conforter les mises à disposition, soit en augmentant les temps de mise à disposition du chirurgien qui opère déjà au CH JACQUES CŒUR, soit en concluant de nouvelles conventions de mise à disposition entre les CH JACQUES CŒUR et de VIERZON.

#### Indicateurs:

- Nombre de mises à disposition
- Quotité de temps effectuée dans le cadre de la mise à disposition

#### Objectif 3: Formaliser une procédure dégradée de prise en charge des patients en période de PDSSES

Bien que les effectifs de chirurgiens viscéraux soient fragiles au CH de VIERZON, cet établissement est reconnu comme exerçant la permanence des soins dans cette discipline. Afin de sécuriser cette prise en charge et en cas de difficulté qui pourrait survenir en l'absence de praticiens en nombre suffisant pour assurer la permanence, un mode de prise en charge dégradé doit être arrêté avec les chirurgiens du CH JACQUES COEUR.

Ainsi, une prise en charge dans cette discipline sera assurée par les chirurgiens du CH JACQUES COEUR.

#### Indicateur:

- Elaboration d'une procédure de prise en charge dégradée en période de PDSSES

### Filière Chirurgie Ophtalmologique

#### Objectif 1: Mettre à disposition un/des praticien(s) du CH JACQUES COEUR au CH de VIERZON

Le CH de VIERZON ne compte aucun praticien en ophtalmologie, or une demande existe dans ce secteur. De plus, VIERZON ne compte qu'un seul ophtalmologue libéral pour une population intra-muros de plus de 27 000 habitants.

Lorsque les effectifs médicaux du CH JACQUES COEUR étaient suffisants, un ophtalmologue intervenait au CH de VIERZON, toutefois ces interventions ont cessé suite à des départs de praticiens du CH JACQUES COEUR.

La mise à disposition de praticiens du CH JACQUES COEUR au CH de VIERZON sera effective lorsque les effectifs du CH JACQUES COEUR le permettront. Dans un premier temps, seront réalisées des consultations avancées, puis des actes opératoires seront réalisés. Le bloc opératoire du CH de VIERZON devra permettre de réaliser des opérations en toute sécurité et avec un matériel adapté.

#### Indicateurs:

- Nombre de mise(s) à disposition
- Nombre de consultations avancées réalisées
- Nombre d'opérations réalisées

### Filière Chirurgie Orthopédique

#### Objectif 1: Mener une réflexion sur la mise en place d'une permanence des soins mutualisée

Les effectifs d'orthopédistes du CH de VIERZON sont fragiles à court terme et il serait pertinent d'anticiper les difficultés qui pourraient survenir. Le CH de VIERZON dispose d'une reconnaissance pour la PDES en orthopédie qui était dérogatoire aux dispositions du SROS 2012-2016 qui prévoyait une PDES départementale mutualisée. La rédaction du PRS 2 est en cours. Il serait prudent de réfléchir à l'organisation d'une PDES mutualisée entre les deux établissements, réflexion qui associera les chirurgiens concernés.

#### Indicateurs:

- Nombre de réunions
- Elaboration d'une procédure de prise en charge en période de PDES

### Objectif 2: Identifier des spécialités au sein de la filière

---

L'un des objectifs du GHT est de garantir aux patients une offre de soins graduée et de qualité. Ainsi les différents types d'actes de chirurgie orthopédique ne sont pas tous réalisés dans les deux centres hospitaliers. Afin de rendre l'offre proposée lisible et claire, des spécialités seront identifiées pour chacun des deux établissements. Cela permettra tant aux professionnels qu'aux usagers de connaître les actes qui peuvent être faits au sein des établissements membres du GHT.

#### Indicateurs:

- Liste des actes proposés en chirurgie orthopédique par établissement
- Nombre d'actes identifiés réalisés

### Filière Chirurgie Bariatrique

#### Objectif 1: Développer l'activité de chirurgie bariatrique au CH JACQUES COEUR, en collaboration avec le CH de VIERZON

---

Il s'agit de développer au sein du CH JACQUES CŒUR une offre en chirurgie bariatrique. Des travaux en ce sens avaient été initiés et ils seront repris, en y associant des professionnels du CH de VIERZON. En effet, il sera proposé à des chirurgiens du CH de VIERZON d'opérer des patients au CH JACQUES CŒUR. Ce projet s'inscrit dans une réflexion de prise en charge globale non limitée à l'acte opératoire, c'est pourquoi des professionnels paramédicaux seront associés à ces travaux.

#### Indicateurs:

- Nombre de réunions entre professionnels
- Formalisation d'un projet
- Nombre de patients pris en charge
- Nombre de chirurgiens du CH de VIERZON opérant au CH JACQUES COEUR

### Filière Chirurgie ORL

#### Objectif 1: Poursuivre la mise à disposition de chirurgiens entre établissements

---

Une convention entre le CH JACQUES COEUR et le CH de VIERZON relative à l'intervention d'un praticien ORL du CH JACQUES COEUR pour des consultations au CH de VIERZON a été signée en 2013. Un praticien intervient donc à 0.10 ETP. Ces mises à disposition devront se développer, afin qu'une offre ORL puisse être proposée en continu aux patients du secteur de VIERZON.

### Indicateurs:

- Nombre de chirurgiens mis à disposition
- Quotité de temps effectuée au CH de VIERZON

### Objectif 2: Formaliser une filière ORL départementale

---

Il s'agit de structurer sur le département une filière ORL en fonction de l'offre proposée au sein des établissements et des coopérations existantes ou à venir. Afin de formaliser cette filière de prise en charge, des travaux associant des chirurgiens et des cadres seront menés.

### Indicateurs:

- Nombre de réunions
- Formalisation de la filière

### Filière Chirurgie urologique

### Objectif 1: Poursuivre les partenariats entre établissements

---

Une convention de mise à disposition d'un praticien du CH de VIERZON au CH JACQUES COEUR a été signée en janvier 2016. Celui-ci réalise des actes de chirurgie à raison de deux demi-journées hebdomadaires. Les partenariats entre les deux établissements du GHT disposant d'une autorisation en chirurgie sont rendus nécessaires au vu de la démographie des urologues. Cette mise à disposition permet de renforcer l'équipe du CH JACQUES COEUR. Les mises à disposition entre établissements devront se développer.

### Indicateur:

- Nombre de chirurgiens mis à disposition

### Objectif 2: Mettre en place une continuité des soins territoriale en urologie

---

A ce jour, le GHT ne compte que deux urologues, l'un au CH JACQUES COEUR et l'autre au CH de VIERZON. Il conviendrait alors de réfléchir à la mise en place d'une continuité des soins mutualisée afin qu'il y ait toujours un chirurgien de disponible. De plus, il n'existe aucune reconnaissance de ligne de PDSSES en urologie dans la Cher. Les patients relevant de cette discipline en période de PDSSES sont donc transférées vers d'autres établissements non parties au GHT.

### Indicateur:

- Formalisation d'une continuité des soins mutualisée en urologie

#### Objectif 3: Recruter de nouveaux praticiens pour maintenir et développer l'activité d'urologie

Cette discipline, reposant sur un nombre restreint de chirurgiens à l'échelle du GHT, est très fragile, c'est pourquoi de nouveaux praticiens doivent être recrutés. De ces nouveaux recrutements dépendra à moyen terme la pérennité d'une activité. Le GHT constituera un levier pour recruter des praticiens qui auront accès à deux plateaux techniques.

#### Indicateur:

- Nombre de chirurgiens recrutés

## G- La filière cardio-vasculaire

### 1) L'état des lieux de la filière cardio-vasculaire

#### a) L'offre existante au sein du GHT

| CH JACQUES COEUR                          | CH VIERZON   |
|---|--------------|
| 51 lits de cardiologie                    | 5 lits d'USC |
| 12 lits de soins intensifs de cardiologie |              |
| 8 lits d'USC cardiologiques               |              |

L'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques du CH JACQUES CŒUR à une vocation départementale.

Le CH de ST AMAND MONTROND va ouvrir une USC – Unité de Soins Continus –qui permettra de fluidifier la filière entre cet établissement et le CH JACQUES CŒUR. Cette USC permettra la prise en charge de patients ne nécessitant pas une hospitalisation enUSIC, mais nécessitant une surveillance et facilitera les transferts de patients entre établissements. Elle sera gérée par les urgentistes.

Le CH de VIERZON dispose d'une USC qui est gérée par les anesthésistes. Il existe peu de relations entre ce service et l'USIC du CH JACQUES CŒUR.

Les urgences des CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON faxent des ECG à l'USIC. Le fonctionnement entre ces services et l'USIC est satisfaisant. En cas de nécessaire consultation d'urgence, les patients de ces centres hospitaliers sont adressés au CH JACQUES CŒUR.

Des consultations en cardiologie sont proposées par les CH JACQUES CŒUR – ST AMAND MONTROND et VIERZON. Toutefois, les effectifs médicaux sont hétérogènes entre les établissements. En effet, le CH JACQUES CŒUR dispose d'une équipe de 10 cardiologues, toutefois, le CH de ST AMAND ne compte qu'un cardiologue à mi-temps et le CH de VIERZON ne compte que 2 cardiologues.

Le secteur de SANCERRE ne dispose ni de cardiologue hospitalier, ni de cardiologue libéral. Or, il existe un véritable besoin pour la population, qui se tourne donc vers la Nièvre.

### b) Les données d'activité

| Source établissement<br>2015                            | CH JACQUES COEUR | CH VIERZON |
|---|------------------|------------|
| Nbre d'entrées enUSIC                                   | 1 147            | -          |
| Taux d'occupationUSIC                                   | 68.6%            | -          |
| DMSUSIC   | 2.59             | -          |
| Nbre d'entrées enUSC                                    | 588              | 324        |
| Taux d'occupationUSC                                    | 72%              | 72.65%     |
| DMSUSC  | 2.81             | 6.89       |
| Pose de stimulateurs cardiaques                         | 331              | -          |
| Nbre de venues en consultations externes de cardiologie | 15 493           |            |

## 2) Les enjeux de la filière cardio-vasculaire

- Faire face à la fragilité des effectifs de cardiologues
- Renforcer et maintenir une offre de cardiologie sur l'ensemble du territoire pour répondre aux besoins des patients
- Créer un partenariat entre les professionnels

## 3) Les orientations et objectifs de la filière cardio-vasculaire

**Orientation stratégique 1** : Fluidifier les parcours des patients entre les établissements

**Objectif 1** : Réduire les temps de transferts entre le CH de VIERZON et le CH JACQUES CŒUR

Les délais de transferts de patients du CH de VIERZON vers le CH JACQUES CŒUR doivent être réduits, afin que soit optimisée la prise en charge des patients. En effet, lorsqu'un patient se rend au service des urgences du CH de VIERZON ou y est transporté par les pompiers, celui-ci n'est pas, en cas de nécessité, transféré dans des délais permettant l'absence de perte de chances. Ces transports

secondaires sont soit réalisés par le SAMU, soit réalisés par des ambulanciers privés. Les délais de transferts sont donc dépendants de leur disponibilité. Ceci n'est donc pas satisfaisant pour la prise en charge du patient.

Les transferts de patients du CH JACQUES CŒUR vers le CH de VIERZON fonctionnent sans difficulté.

#### Indicateurs :

- Nombre de patients du CH de VIERZON transférés vers le CH JACQUES COEUR
- Nombre de recours au SAMU pour effectuer ces transferts
- Nombre de recours à une ambulance privée pour effectuer ces transferts
- Délais moyen entre la décision de transfert et l'arrivée au CH JACQUES COEUR

#### Objectif 2 : Uniformiser les dosages de troponine entre les trois centres hospitaliers

---

Les dosages de troponine sont identiques au CH JACQUES CŒUR et au CH de ST AMAND MONTROND, mais sont différents au CH de VIERZON. L'uniformisation de ces dosages permettrait d'éviter des transferts de patients du CH de VIERZON vers le CH JACQUES CŒUR. Un travail sera engagé entre les laboratoires pour aboutir à cette uniformisation.

#### Indicateurs :

- Protocole commun sur le dosage de troponine
- Date d'application de ce protocole

#### Objectif 3 : Formaliser la filière rythmologie sur le territoire

---

Par arrêté n°2016-OSMS-0096 de Mme la Directrice Générale de l'ARS Centre-Val de Loire, a été reconnu le besoin exceptionnel d'une implantation supplémentaire d'activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie, pour les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle dans le département du Cher. En effet, le SROS 2012-2016 ne prévoyait aucune implantation de ce type pour le Cher.

Le CH JACQUES CŒUR a donc déposé un dossier d'autorisation fin 2016 pour cette activité et cette autorisation a été accordée le 2 mai 2017. La formalisation de cette filière sera portée par Mme le Dr HEURTEBISE. Il s'agira notamment de simplifier les prises en charge et de réduire les délais. En effet, à ce jour, les patients du Cher étaient pris en charge au CHRU de TOURS par un praticien du CH JACQUES CŒUR.

#### Indicateurs :

- Formalisation de la filière

- Nombre de patients pris en charge

#### Objectif 4 : Interpréter les écho-doppler à distance

---

Les écho-doppler veineux faits aux urgences du CH de ST AMAND MONTROND seront télétransmis au CH JACQUES CŒUR, afin qu'un cardiologue puisse émettre un avis. Une étude de faisabilité sera réalisée et le cas échéant, un protocole sera élaboré.

#### Indicateurs :

- Réalisation d'une étude de faisabilité
- Elaboration d'un protocole
- Nombre d'avis demandés.
- Nombre d'avis reçus.

#### Orientation stratégique 2 : Développer les coopérations entre les professionnels du territoire

#### Objectif 5 : Communiquer un numéro d'appel unique vers un cardiologue de l'USIC

---

Il s'agit de mettre à la disposition des urgentistes des centres hospitaliers de ST AMAND MONTROND et de VIERZON, un numéro d'appel unique vers un cardiologue de l'USIC du CH JACQUES CŒUR, pour les urgences cardiaques aiguës. Cela permettra aux urgentistes de pouvoir joindre directement, sans passer par un tiers, l'un des cardiologues. Les échanges entre professionnels en seront facilités et les urgentistes auront l'assurance de toujours avoir un interlocuteur.

#### Indicateurs :

- Communication d'un numéro d'appel aux urgentistes
- Nombre d'appels annuels vers ce numéro, par établissement

#### Objectif 6 : Offrir des consultations cardiologiques sur l'ensemble du territoire

---

L'équipe du CH JACQUES CŒUR comptant une dizaine de cardiologues, pourraient être mises en place des consultations avancées dans les CH des établissements parties. En effet, les difficultés en termes de démographie médicale de cardiologues sur l'ensemble du territoire ne permettent pas, à jour, de répondre à l'ensemble des besoins de la population du Cher. Un groupe de travail sera constitué pour formaliser l'organisation de ces consultations. Le cardiologue qui effectuera ces consultations ne sera pas à un cardiologue dédié, mais l'ensemble des cardiologues du CH JACQUES CŒUR prendra part au dispositif. Certaines conditions matérielles et organisationnelles seront indispensables au bon fonctionnement du dispositif et à la prise en charge des patients et le temps médical sur place devra être optimisé.

#### Indicateurs :

- Nombre d'établissements receveurs
- Signature de conventions entre établissements.
- Nombre de consultations annuelles par établissement.
- Nombre de cardiologues réalisant des consultations avancées.
- Fréquence des consultations.

#### Objectif 7 : Faire bénéficier les établissements parties au GHT de l'expertise de professionnels du CH JACQUES CŒUR

Le CH de VIERZON souhaite recruter un cardiologue et a déclaré un poste à la vacance. Il conviendrait que des coopérations puissent être développées entre professionnels, notamment le travail sur le profil des candidats. L'expertise du chef de service de cardiologie du CH JACQUES CŒUR est souhaitée pour les recrutements futurs du CH de VIERZON. Ainsi, il pourrait émettre un avis sur les candidatures reçues. Cela s'inscrit parfaitement dans un cadre territorial, car le praticien nouvellement recruté pourrait également avoir accès au plateau technique du CH JACQUES CŒUR.

Concernant le matériel biomédical, le CH de VIERZON ne dispose pas d'ingénieur biomédical et bénéficiera de l'expertise des ingénieurs du CH JACQUES CŒUR. En effet, avec la mise en place de consultations avancées, il serait facilitant et nécessaire que les professionnels disposent de matériels identiques d'un établissement à l'autre. Au préalable, un recensement du matériel disponible dans les établissements d'accueil devra être effectué.

#### Indicateurs :

- Nombre d'avis émis pour des recrutements.
- Nombre de sollicitations de l'ingénieur biomédical.

## H- La filière psychiatrie

### 1) L'état des lieux de la filière psychiatrie

#### a) L'offre existante au sein du GHT

Un seul établissement partie au GHT est autorisé en psychiatrie : le CH GEORGE SAND.

Il comprend trois sites d'hospitalisation complète répartis dans le Cher, ainsi que des Centres Médico-Psychologiques (CMP). Son champ d'action couvre également une partie de l'INDRE.

Il dispose de :

- 299 lits, 112 places en psychiatrie adulte et 245 lits AFT (accueil familial thérapeutique)

- 8 lits et 82 places en psychiatrie infanto-juvénile

Des IDE de liaison interviennent, par convention, au sein de services des CH JACQUES CŒUR – ST AMAND MONTROND et VIERZON.

Un service d'accueil des urgences psychiatriques : le CAOD (Centre d'Accueil et d'Orientation Départemental) est situé à BOURGES.

Il existe 5 secteurs de psychiatrie adulte :

- Le secteur de BOURGES-AUBIGNY
- Le secteur de VIERZON-MEHUN
- Le secteur d'ISSOUDUN-LIGNIERES
- Le secteur de ST AMAND MONTROND-ORVAL
- Le secteur de BOURGES-SANCERRE

### b) Les données d'activité

*(Source établissement)*

File active nombre de patients différents suivis en 2016) :

- Psychiatrie adulte: 11 677
- Psychiatrie Infanto-Juvénile: 1 991
- Psychiatrie en milieu pénitentiaire: 270
- Total psychiatrie (sans double comptage): 13 516

Nbre de journées en psychiatrie adulte HC: 99 354  
Nbre de journées en psychiatrie adulte HJ: 21 823  
Nbre de journées en psychiatrie adulte AFT: 84 401  
Nbre d'actes (grille EDGAR) en psychiatrie adulte: 97 825

Nbre de journées en psychiatrie infanto-juvénile HC: 1 864  
Nbre de journées en psychiatrie infanto-juvénile HJ: 4 214  
Nbre d'actes (grille EDGAR) en psychiatrie infanto-juvénile: 31 769

### c) L'offre départementale hors GHT

La clinique de la GAILLARDIERE située à VIERZON est la seule clinique psychiatrique du Cher. Elle compte 36 lits et 12 places.

## 2) Les enjeux de la filière psychiatrie

- Décloisonner les prises en charge somatiques et psychiatriques

- Répondre aux attentes de la population
- Développer les coopérations et les échanges entre professionnels médicaux
- Maintenir le maillage du territoire avec les effectifs de psychiatres disponibles

### **3) Les orientations et objectifs de la filière psychiatrie**

#### **Orientation 1:** Fluidifier les parcours patients

---

##### **Objectif 1:** Rendre l'offre ambulatoire et intra-hospitalière lisible

---

Le CH GEORGE SAND étant le seul établissement membre du GHT autorisé en psychiatrie, son offre doit être connue et lisible pour l'ensemble des professionnels du groupement. Le CH devra donc établir un état des lieux exhaustif des structures de prises en charge, des prises en charge proposées et des intervenants tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire.

##### **Indicateur:**

- Réalisation d'un état des lieux

##### **Objectif 2 :** Développer différents types de réponses aux sollicitations psychiatriques

---

Les sollicitations émanant des professionnels peuvent concerner à la fois les patients et les équipes. Les intervenants et les types de réponses sont différents selon les cas. Les prises en charge en psychiatrie ne se réduisent pas à des prises en charge effectuées par un psychiatre. Les réponses aux sollicitations peuvent être apportées par d'autres professionnels de santé, qui travaillent en réseau. Ces interventions multiples sont rendues d'autant plus indispensables que le département du Cher fait également face à des difficultés en termes de ressources médicales. La télé expertise peut également être un mode de réponse aux sollicitations. Cela est effectif dans les EHPAD du CH GEORGE SAND.

##### **Indicateur:**

- Nombre et types d'interventions différentes proposées

##### **Objectif 3:** Formaliser le déplacement des équipes de psychiatrie dans les centres hospitaliers

---

Des conventions de partenariats entre les centres hospitaliers généraux et le CH GEORGE SAND, relatives notamment à l'intervention des professionnels psychiatres et infirmiers sont en cours de renouvellement. Ce type de convention existe également avec des établissements médico-sociaux.

Les CH JACQUES COEUR, ST AMAND MONTROND et VIERZON ont conventionné avec le CH GEORGE SAND, mais pas le CH de SANCERRE. Les conventions avec ST AMAND MONTROND et VIERZON sont en cours de renouvellement.

Une attention particulière sera portée à la formalisation des interventions des équipes de psychiatrie.

Indicateur:

- Nombre de conventions signées.

Objectif 4 : Faciliter l'accès aux spécialités somatiques pour les patients du CH GEORGE SAND

---

Les patients hospitalisés en psychiatrie peuvent nécessiter des prises en charge somatiques, or il n'est pas forcément aisé pour eux de se déplacer au sein des centres hospitaliers généraux. L'accès aux spécialités somatiques de l'ensemble des établissements du GHT sera facilité et se fera sur place ou via la télémédecine lorsque cela sera possible.

Des partenariats relatifs à la réalisation des EEG pour les patients du CH GEORGE SAND et à l'interprétation des EEG urgents existent déjà avec le CH JACQUES COEUR.

Les prises en charge prioritaires et l'accès à des bilans permettraient de fluidifier les parcours de ces patients hospitalisés en psychiatrie. Ces prises en charge et ces bilans devront être identifiés et des procédures les concernant seront élaborées.

Indicateurs:

- Nom des prises en charge et des actes prioritaires
- Formalisation de procédures

Objectif 5 : Partager un document de liaison entre le CH GEORGE SAND et les autres centres hospitaliers membres du GHT

---

Les praticiens du CH GEORGE SAND utilisent le logiciel CARIATIDES. Celui-ci est également accessible aux CH JACQUES COEUR et ST AMAND MONTROND, mais pas au CH de VIERZON. Il contient une exhaustivité d'informations qui ne sont pas forcément utiles aux centres hospitaliers généraux, qui ont besoin d'un document synthétique comprenant les informations essentielles à la prise en charge du patient.

Le CH GEORGE SAND travaille actuellement sur la réalisation d'un document de liaison adapté à la psychiatrie et dont le périmètre est en cours de définition. Le lien sera fait avec les systèmes d'information, afin que les établissements aient tous accès à ce document. Il apportera une véritable plus-value aux services d'urgence et à la régulation.

Indicateurs:

- Elaboration d'un document de liaison
- Mise à disposition de ce document de liaison

#### **Orientation 2:** Développer les partenariats entre professionnels

---

#### **Objectif 6 :** Présenter des études de cas cliniques par des psychiatres

---

Afin de sensibiliser les somaticiens aux problématiques psychiatriques, les psychiatres du CH GEORGE SAND proposeront la présentation d'études de cas cliniques. Cela permettra aux praticiens de se connaître et de développer leur approche des pathologies psychiatriques. Les canaux de communication existants seront privilégiés, pour toucher un maximum de professionnels.

Avec l'accord du président des RMCC du CH JACQUES COEUR, ces études de cas cliniques pourraient être présentées lors des RMCC qui sont ouvertes à tous les professionnels du département. Les psychiatres du CH GEORGE SAND seraient sollicités pour y intervenir et cela sensibiliserait les somaticiens aux problématiques psychiatriques.

#### Indicateur:

- Nombre de cas cliniques présentés

#### **Objectif 7 :** Organiser des analyses communes sur les parcours patients

---

Les parcours patients entre le CH GEORGE SAND et les établissements parties au GHT peuvent dysfonctionner ou faire l'objet de rupture. Une analyse commune a déjà été menée entre les acteurs des centres hospitaliers GEORGE SAND et JACQUES CŒUR. Les analyses ont vocation à se poursuivre et à se développer avec d'autres établissements.

#### Indicateur:

- Nombre d'analyses communes

## **I- La filière gynécologie/obstétrique/pédiatrie**

### **1) L'état des lieux de la filière gynécologie/obstétrique/pédiatrie**

#### **a) L'offre existante au sein du GHT**

Le GHT comprend trois établissements titulaires d'une autorisation de gynécologie-obstétrique :

- Le CH JACQUES CŒUR

- Le CH de SAINT AMAND MONTROND
- Le CH de VIERZON

Ces trois centres hospitaliers sont membres du réseau « Périnat Centre Val de Loire ».

|   | CH JACQUES CŒUR  | CH ST AMAND MONTROND | CH VIERZON  |
|---|--|----------------------|---|
| <b>Type de Maternité</b>  | Niveau 2B  | Niveau 1             | Niveau 1  |
| <b>Nombre de lits en GO</b>   | 10 lits gynécologie<br>26 lits obstétrique<br>5 places | 15 lits              | 2 lits gynécologie<br>13 lits obstétrique<br>3 places |
| <b>Néonatalogie</b>   | 15 berceaux dont 3 de soins intensifs                  | -                    | -   |
| <b>Pratique des IVG</b>   | Oui  | Oui                  | Oui   |
| <b>Convention avec un MG - IVG médicamenteuse en cabinet de ville</b> | Non  | Non                  | Oui   |
| <b>Nombre de lits en pédiatrie</b>                                    | 22 lits dont 4 de soins continus<br>3 places           | -                    | 10 lits<br>1 place                                    |
| <b>Réalisation de consultations externes</b>                          | Oui  | Oui                  | Oui   |
| <b>Hospitalisations en pédiatrie</b>                                  | Oui  | Non                  | Oui   |
| <b>Mise en œuvre du PRADO</b>   | Oui  | Non                  | EN COURS  |

Les membres du groupe de travail relatif à cette thématique ont relevé les éléments suivants :

- Des difficultés dans la prise en charge de certaines femmes enceintes présentant des troubles psychiatriques, car les professionnels des centres hospitaliers MCO n'y sont pas formés.
- Des difficultés face à certaines situations complexes mêlant des problématiques médicales et sociales.
- L'absence d'intervention de psychiatre au sein des maternités
- La fragilité des effectifs de gynécologues et de pédiatres et des incertitudes à court terme. Cela influe sur la permanence des soins.
- L'absence d'autorisation pour les urgences pédiatriques dans le Cher
- L'absence de fuites extra-départementales pour les accouchements
- Une baisse des naissances depuis 2013 aux CH JACQUES CŒUR et de ST AMAND MONTROND

### b) Les données d'activité

| Source établissements<br>2015     | CH JACQUES<br>COEUR | CH ST AMAND<br>MONTROND | CH VIERZON | GHT du Cher |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------------|------------|-------------|
| <b>Nombre<br/>d'accouchements</b> | 1 325               | 331                     | 489        | 2 145       |
| <b>Taux de césarienne</b>         | 15.09%              | 18.73%                  | 20.86%     | 16.96%      |
| <b>Taux de péridurale</b>         | 80.98%              | 81.41%                  | 81.91%     | 81.24%      |
| <b>IVG</b>                        | 485                 | 99                      | 145        | 729         |

### c) L'offre départementale hors GHT

L'Hôpital Privé GUILLAUME DE VARYE est le seul établissement privé du territoire autorisé pour l'activité de soins de gynécologie obstétrique. Il s'agit d'une maternité de niveau 1 qui compte 19 lits. Aucune ligne de permanence des soins en gynécologie-obstétrique n'est reconnue en dehors du GHT.

### 2) Les enjeux de la filière gynécologie/obstétrique/pédiatrie

- Maintenir l'activité des trois services de maternité du GHT
- Coordonner les établissements en situation dégradée
- Faire face à la fragilité des effectifs médicaux en gynécologie et en pédiatrie

### 3) Les objectifs de la filière gynécologie/obstétrique/pédiatrie

**Objectif 1** : Mener une réflexion sur l'organisation de l'offre de gynécologie/obstétrique/pédiatrie au sein du GHT du Cher

Depuis 1999 le nombre de naissances dans notre département diminue. Aujourd'hui, les trois établissements publics assurent une prise en charge obstétricale dans l'objectif d'une offre de proximité et de qualité. Néanmoins, les effectifs médicaux de gynécologues et de pédiatres sont fragiles à court terme et les difficultés qui pourraient en découler doivent être anticipées pour la sécurité des parturientes.

Un groupe de travail constitué de professionnels des trois établissements sera chargé de réfléchir aux différents scénarii envisageables et adaptés à notre territoire de santé. Ces propositions seront ensuite soumises au comité stratégique qui proposera une offre graduée en tenant compte des effectifs médicaux. Ces scénarii devront notamment, prendre en compte la possibilité de créer un pôle interétablissements, une activité partagée de certains praticiens ou une équipe médicale commune.

Indicateurs :

- Nombre de réunions
- Nombre de professionnels impliqués dans cette réorganisation
- Effectivité de la nouvelle organisation

Objectif 2 : Formaliser la gestion de situations complexes en lien avec des troubles psychiatriques

---

L'ensemble des professionnels des services de gynécologie/obstétrique et pédiatrie sont parfois en difficulté devant des situations médico-psycho-sociales complexes ou avec des patientes présentant des troubles psychiatriques. La conduite à tenir devra être définie avec les professionnels du CH GEORGE SAND et être formalisée dans un protocole qui sera commun aux établissements du GHT. Ainsi, les prises en charge seront sécurisées et les professionnels ne seront plus démunis devant ces problématiques.

Indicateurs :

- Nombre de réunions
- Elaboration d'une procédure

Objectif 3 : Formaliser l'intervention de gynécologues et de pédiatres du CH JACQUES CŒUR aux CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON

---

Les effectifs médicaux sont fragiles aux CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON. Il s'agit donc que les professionnels du CH JACQUES CŒUR, dont les équipes sont à ce jour, complètes ou quasi-complètes, puissent intervenir dans ces hôpitaux. Les modalités d'intervention seront définies après concertation entre les professionnels (médicaux et directeurs) des établissements.

Indicateurs :

- Nombre de professionnels du CH JACQUES CŒUR intervenant sur un autre site
- Quotité de temps réalisée dans un autre centre hospitalier

Objectif 4 : Développer les liens entre les professionnels des services de gynécologie-obstétrique et de pédiatres des établissements parties

---

Le groupement hospitalier de territoire sera le cadre du développement des liens et de la coopération entre les professionnels médicaux.

Les praticiens des CH de ST AMAND MONTROND, de VIERZON et de JACQUES CŒUR organiseront des staffs en commun.

La communication entre les professionnels sera développée, afin notamment que soient connues les difficultés pouvant être rencontrées par l'un des services et pouvant impacter les autres établissements parties.

Les protocoles médicaux identifiés comme partageables et harmonisables le seront.

Indicateurs :

- Nombre de protocoles partagés
- Nombre de protocoles homogénéisés
- Nombre de staffs communs

### **J- La filière néphrologie-hémodialyse**

#### **1) L'état des lieux de la filière néphrologie-hémodialyse**

##### **a) L'offre existante dans le GHT du Cher**

Une prise en charge dans ce domaine est proposée par le CH JACQUES CŒUR. Celui-ci dispose de 22 postes de dialyse et une extension à 32 postes est prévue.

Il compte également 7 lits de néphrologie et une extension à 12 lits est prévue.

Il est autorisé pour les modalités de dialyse en centre.

Le CH JACQUES CŒUR et l'ARAUCO sont liés par une convention relative à la prise en charge des malades insuffisants rénaux.

Il ressort des échanges entre professionnels les éléments suivants :

- Un nombre de places limités dans l'ensemble du département
- Des carences de prises en charge en néphrologie dans le Cher
- L'augmentation du nombre de personnes dialysées
- L'absence d'UMD sur VIERZON

##### **b) Les données d'activité**

En 2016 (source établissement):

- 341 entrées
- 2 041 venues en consultations externes (activité publique et privée des PH)
- DMS de 9.7j
- Taux d'occupation de 102.5%

#### c) L'offre départementale hors GHT

L'ARAUCO (Association Régionale d'Aide aux Urémiques du Centre Ouest) est détenteur d'une autorisation d'activité. Elle est présente sur trois sites :

- BOURGES : unité de dialyse médicalisée, dialyse péritonéale, autodialyse assistée
- BELLEVILLE SUR LOIRE : autodialyse assistée
- ST AMAND MONTROND : autodialyse assistée
- VIERZON : autodialyse assistée

Une unité d'autodialyse assistée, rattachée au centre de néphrologie de MONTARGIS est située à AUBIGNY-SUR-NERE.

### 2) Les enjeux de la filière néphrologie-hémodialyse

- Développer d'autres modalités de prises en charge pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique
- Renforcer les coopérations entre les acteurs au bénéfice des patients
- Offrir des prises en charge au plus proche du domicile des patients
- Renforcer l'effectif de néphrologues.

### 3) Les objectifs de la filière néphrologie-hémodialyse

**Objectif 1** : Mettre en place des consultations avancées de néphrologie aux CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON

---

Aucun établissement partie au GHT ne propose de consultations de néphrologie excepté le CH JACQUES CŒUR. Ainsi, les patients pourraient bénéficier de consultations sur trois sites différents, effectuées par un praticien de JACQUES CŒUR. Les modalités d'organisation de ces consultations seront à définir.

Indicateurs :

- Signature d'une convention entre établissements
- Nombre de points de consultations avancées
- Nombre de patients vus au moins une fois en consultation avancée

#### Objectif 2 : Orienter directement les patients dialysés qui appellent le centre 15 vers le CH JACQUES CŒUR

---

Une procédure va être formalisée pour que les patients dialysés qui contactent la régulation soient directement orientés vers le CH JACQUES COEUR et le néphrologue de garde. Actuellement, ces patients peuvent être dirigés vers ST AMAND MONTROND ou VIERZON en fonction du lieu où ils se trouvent et doivent ensuite bénéficier d'un transfert. Cela optimisera leur prise en charge, en réduisant notamment les délais. Ce travail associera les néphrologues, les professionnels du SAMU et des informaticiens.

#### Indicateurs :

- Nombre d'orientations directes de patients vers le CH JACQUES CŒUR
- Nombre de transferts d'un service d'urgences vers le CH JACQUES COEUR

#### Objectif 3 : Mener une réflexion sur le développement de la dialyse péritonéale dans le Cher, en lien avec l'ARAUCO

---

Le CH JACQUES CŒUR ne prend pas en charge de patient en dialyse péritonéale et l'ARAUCO compte moins de dix patients pris en charge. Cet objectif figure dans le projet d'établissement 2016-2020 du CH. Il permettrait de proposer cette offre à l'ensemble des patients du territoire. Le besoin sera évalué par un groupe de travail ad hoc.

#### Indicateurs :

- Nombre de patients pris en charge en DP dans chacune des structures
- Développement de cette activité

#### Objectif 4 : Développer la pose cathéter de dialyse péritonéale par des chirurgiens du GHT du Cher

---

Cet objectif est en lien avec l'objectif 3. Actuellement les cathéters de dialyse sont posés par des chirurgiens de TOURS et non par des chirurgiens du département. Cet acte, qui doit être pratiqué par un chirurgien viscéral, doit pouvoir être proposé en proximité, afin que les patients ne soient pas contraints de se déplacer. Toutefois, cela n'exclut pas l'adressage de patients vers des pôles de recours ou d'expertises existants.

Un travail en ce sera initié entre les néphrologues et les chirurgiens.

#### Indicateurs :

- Nombre de cathéter de dialyse posés dans un établissement du GHT
- Nombre de chirurgiens réalisant cet acte au sein du GHT

### Objectif 5 : Créer une Unité de Dialyse Médicalisée à VIERZON

---

L'absence d'UDM sur Vierzon et le besoin qu'il y en ait une a été relevée par les néphrologues. La création d'une telle unité sera étudiée.

#### Indicateurs :

- Etablissement d'un dossier d'autorisation
- Ouverture de cette UDM

### Objectif 6 : Développer les liens entre les professionnels prenant en charge un patient en insuffisance rénale chronique

---

Les professionnels de la néphrologie s'accordent sur le fait que la communication entre l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge d'un patient en insuffisance rénale chronique doit se développer. L'amélioration des transmissions entre professionnels pour les patients qui sont hospitalisés et qui vont en dialyse doit également constituer un axe de travail permettant de garantir la continuité et la sécurisation des prises en charge.

Des staffs communs entre les néphrologues du CH JACQUES CŒUR et de l'ARAUCO pourraient être organisés, ainsi que des temps d'échanges entre les néphrologues et les urgentistes. Cela sera toutefois rendu difficile à cause du recours important à des intérimaires dans les services des urgences.

#### Indicateurs :

- Nombre de staffs interétablissements
- Nombre de rencontres entre urgentistes et néphrologues

## **K- La filière gériatrique**

Le département du Cher est un département rural, caractérisé par une population vieillissante et par des indicateurs de précarité supérieurs à ceux de la région Centre Val de Loire. Ainsi, au 1er janvier 2013, l'espérance de vie à 65 ans dans le Cher est de 18.4 pour les hommes contre 22.4 pour les femmes. Ces taux sont inférieurs aux taux régionaux et nationaux.

Le département du Cher compte 36 645 personnes de 75 ans et plus, soit 11.08 % de la population. Ce taux n'est que de 10.4 % pour la région Centre Val de Loire.

La part des plus de 80 ans du département du Cher est quant-à elle de 6.6%.

Taux de dépendance par bassin démographique en 2030

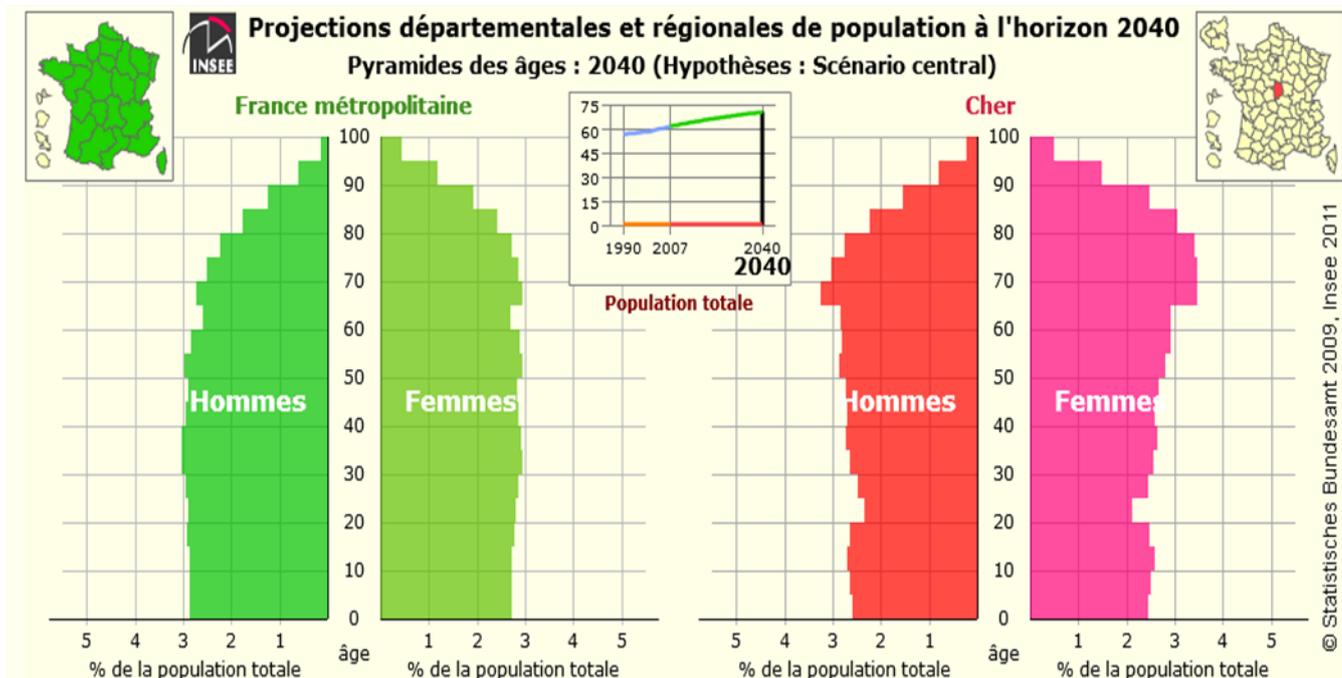


Sources : Insee, Enquêtes Handicap et Santé, Omphale, Recensement de la population 2007

Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2030



Sources : Insee, Enquêtes Handicap et Santé, Omphale, Recensement de la population 2007



La circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques définit la filière dans son annexe 1. Elle dispose « qu'il est recommandé qu'une filière gériatrique comprenne les structures de soins suivantes :

- un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière ;
- une équipe mobile de gériatrie ;
- une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour ;

- un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) à temps complet ou en hôpital de jour ;
- un ou plusieurs soins de longue durée (SLD) »

Le Cher compte deux filières gériatriques qui sont labellisées : une au CH JACQUES CŒUR et une au CH de VIERZON et deux filières gériatriques de proximité : une au CH de ST AMAND MONTROND et une au CH de SANCERRE.

### 1) L'état des lieux de la filière gériatrique

#### a) L'offre existante au sein du GHT

|                                     | CH JACQUES<br>COEUR  | CH GEORGE<br>SAND  | CH ST AMAND<br>MONTROND   | CH SANCERRE   | CH VIERZON  |
|-------------------------------------|--|--|---|---|---|
| <b>Court séjour<br/>gériatrique</b> | 29 lits médecine<br>polyvalente et<br>gériatrique<br><br>16 lits de<br>gérontologie  | Unité<br>psychiatrique de<br>la personne âgée<br><br>24 lits   | 46 lits   | -   | 22 lits de<br>médecine<br>gériatrique                   |
| <b>SSR PAP</b>                      | 105 lits<br>8 places   | -  | 17 lits<br>5 places   | 30 lits   | 33 lits<br>12 places<br><br>10 lits d'UCC               |
| <b>USLD</b>                         | 60 lits dont 18<br>UHR   | 100 lits<br>(40 à BOURGES +<br>60 à DUN S/<br>AURON)   | 41 lits   | 30 lits dont unité<br>protégée  | 46 lits dont 20 lits<br>d'UHR                           |
| <b>EHPAD</b>                        | 129 lits<br>1 place<br>d'hébergement<br>temporaire<br><br>dont une unité<br>protégée | 60 lits à BOURGES<br><br>70 lits dont 14 lits<br>d'UHR et 5 lits<br>d'hébergement<br>temporaire à<br>CHEZAL-BENOIT<br><br>40 lits à DUN SUR<br>AURON | 119 lits à la CROIX<br>DUCHET<br><br>180 lits au<br>CHAMP NADOT<br>dont une unité<br>sécurisée<br>14 places | 102 lits à<br>SANCERRE<br><br>65 lits à SURY EN<br>VAUX dont 3 lits<br>d'hébergement<br>temporaire et<br>une unité<br>sécurisée<br>51 lits à<br>BOULLERET | 191 lits<br><br>2 places<br>d'hébergement<br>temporaire |
| <b>Accueil de jour</b>              | 20 places  | -  | 6 places  | 6 places  |   |
| <b>PASA</b>                         | -  | 14 places à<br>CHEZAL-BENOIT   | 14 places   | -   | -   |
| <b>Consultation mémoire</b>         | labellisée   | -  | labellisée  | non labellisée  | labellisée  |
| <b>SSIAD</b>                        | 26 places  | -  | 50 places pour  | 27 places   | -   |

|                                      | CH JACQUES<br>COEUR | CH GEORGE<br>SAND | CH ST AMAND<br>MONTROND         | CH SANCERRE | CH VIERZON |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------|---------------------------------|-------------|------------|
|                                      |                     |                   | personnes âgées                 |             |            |
| <b>Equipe Mobile<br/>Gériatrique</b> | OUI                 | -                 | -                               | -           | OUI        |
| <b>Plateforme de répit</b>           | OUI                 | -                 | -                               | -           | -          |
|                                      | -                   | -                 | Équipe spécialisée<br>ALZHEIMER |             | -          |

Le CH JACQUES CŒUR est en direction commune avec l'EHPAD LES RESIDENCES DE BELLEVUE et le CH GEORGE SAND est en direction commune avec l'EHPAD de ST FLORENT SUR CHER. Toutefois, ces deux EHPAD ne sont pas membres du GHT du Cher.

### b) Les données d'activité

| Source établissements<br>2015 |                    | CH JACQUES<br>CŒUR   | CH GEORGE<br>SAND | CH ST AMAND<br>MONTROND         | CH SANCERRE                        | CH VIERZON |
|-------------------------------|--------------------|--|-------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------|
| <b>Court séjour</b>           | Taux d'occupation  | 100.7% en<br>gériatrie<br><br>101.1% en<br>médecine<br>polyvalente et<br>gériatrie | -                 | 96.52%                          | -                                  | 93.04%     |
|                               | Nombre de<br>jours | 5 723 en<br>gériatrie<br><br>10 702 en<br>médecine<br>polyvalente et<br>gériatrie  | -                 | 16 206                          | -                                  | 7 471      |
|                               | DMS                | 13.16j en<br>gériatrie<br><br>13.97j en<br>médecine<br>polyvalente et<br>gériatrie | -                 | 12.98j                          | -                                  | 10.29j     |
| <b>USLD</b>                   | Taux d'occupation  | 98.3%  | 99.20%            | 94.68%                          | 96.99%                             | 98.19%     |
|                               | Nombre de<br>jours | 21 528   | 36 209            |                                 | 10 621                             | 16 486     |
| <b>EHPAD</b>                  | Taux d'occupation  | 97.6%  | 99.17%            | <u>CROIX DUCHET</u> :<br>98.36% | <u>Partie ancienne</u> :<br>81.89% | 97.81%     |

| Source établissements<br>2015          |                                 | CH JACQUES<br>CŒUR | CH GEORGE<br>SAND | CH ST AMAND<br>MONTROND                        | CH SANCERRE  | CH VIERZON |
|--|---------------------------------|--------------------|-------------------|--|--|------------|
|  |                                 |                    |                   | <u>CHAMP NADOT</u> :<br>92.45%                 | <u>Partie nouvelle</u> :<br>98.71%<br><u>LOUISE</u><br><u>GUILLAUMOT</u> :<br>98.75% |            |
| <b>Accueil de jour<br/>gériatrique</b> | Taux d'occupation               | 51.9%              | -                 |  | 74.17%   | -          |
|  | Nombre de<br>journées d'accueil | 2 614              | -                 |  | 1 157  | -          |
| <b>SSIAD</b>                           | Taux d'occupation               | 88.2%              | -                 | 90.26% (pour 54<br>places dont 4<br>places PH) | 91.94%   | -          |

### 2) les enjeux de la filière gériatrique

- Garantir une prise en charge globale de la personne âgée sans rupture de parcours
- Inscrire la personne âgée dans un dispositif qui lui est spécifique et adapté
- Structurer les réponses sanitaires et médico-sociales apportées à la personne âgée
- Adapter l'offre sanitaire et médico-sociale à la démographique départementale.

### 3) Les orientations et objectifs de la filière gériatrique

**Orientation stratégique 1:** Renforcer et développer les coopérations autour de la personne âgée en décloisonnant le sanitaire et le médico-social.

Les coopérations autour de la personne âgée doivent à la fois s'établir entre les secteurs sanitaire et médico-social, ainsi qu'entre les acteurs du champ sanitaire.

#### ENTRE CENTRES HOSPITALIERS ET EHPAD.

**Objectif 1 :** Faciliter l'accès aux soins et aux expertises en développant l'utilisation de la télémédecine

Le département du Cher est impacté par les difficultés de démographie médicale, tant au niveau libéral qu'au niveau hospitalier.

Le Cher compte 220 médecins libéraux dont 123 ont plus de 55 ans, soit une densité médicale de 70.59 pour 100 000 habitants contre 76.05 pour la région Centre Val de Loire.

La télémédecine dans ses différentes modalités constitue un levier pour faire face à ces difficultés de démographie médicale. Son développement entre centres hospitaliers et EHPAD permettrait ainsi aux résidents de bénéficier de consultations sans avoir à se déplacer au sein d'un hôpital.

L'utilisation de cet outil implique :

- D'identifier les besoins en termes de consultations
- D'identifier les ressources disponibles (médicales et paramédicales) pour répondre aux besoins identifiés
- De réfléchir au développement d'un projet autour du besoin de consultation le plus prégnant
- D'expérimenter ce projet entre un centre hospitalier et des EHPAD impliqués dans la démarche

Indicateurs :

- Nombre de projets à destination des personnes âgées mis en œuvre
- Nombre de consultations de personnes de plus de 75 ans

Objectif 2 : Conventionner entre les membres du groupement et les EHPAD

---

Le CH JACQUES CŒUR et le CH de SANCERRE ont conclu en 2015 une convention relative à leurs modalités de coopération dans le cadre d'une filière de soins gériatriques. Celle-ci précise les obligations réciproques des deux parties afin de faciliter les flux de patients et de résidents et d'optimiser la prise en charge, de favoriser la communication des informations entre établissements, de favoriser la mise en place de bonnes pratiques et de développer une culture gérontologique commune. Le CH JACQUES CŒUR s'engage notamment à faciliter l'accès aux consultations spécialisées et au plateau technique pour les patients et résidents du CH de SANCERRE et le CH de SANCERRE s'engage à reprendre le patient ou le résident à l'issue de sa prise en charge au CH JACQUES CŒUR.

Afin de fluidifier et de faciliter les prises en charge et les parcours patients entre établissements, ce type de convention, adapté à chacune des parties, sera étendu à l'ensemble des établissements parties au GHT qui développeront des coopérations avec les EHPAD de leur secteur.

Indicateur :

- Nombre de conventions signées

Objectif 3 : Communiquer sur les structures spécifiques à destination des personnes âgées existant au sein du GHT

---

Les établissements membres du GHT du Cher disposent d'unités ou de dispositifs spécifiques qui pourraient accueillir des résidents des EHPAD le nécessitant.

Toutefois, faute de connaissance de leur existence, des résidents qui ne devraient plus être pris en charge en EHPAD du fait notamment de l'évolution d'une pathologie, de troubles du comportement ou encore de décompensation ne sont pas dirigés vers la structure adaptée.

De plus, le maintien en EHPAD d'un résident dont le profil ne correspond plus à ce que peut prendre en charge l'établissement amène parfois les résidents dans les services d'urgence, alors même que cela ne constitue pas une réponse adaptée.

L'existant en termes de dispositifs doit être connu des professionnels des EHPAD afin qu'ils puissent réorienter au mieux un résident. L'inadéquation de la prise en charge en EHPAD à effectivement des conséquences sur la santé au sens large des résidents, mais également sur les équipes qui ne sont pas systématiquement en mesure de prendre en charge le résident de façon adaptée, faute de formation ou d'effectif suffisant.

Indicateur :

- Nombre d'EHPAD sensibilisés

**ENTRE CENTRES HOSPITALIERS ET MÉDECINE LIBÉRALE.**

**Objectif 4 :** Mettre en place un conseil téléphonique gériatrique en heures ouvrées pour les médecins libéraux

---

Dans le but notamment que soient évités les envois de personnes âgées vers les services d'urgence, un numéro d'appel dédié à destination des médecins libéraux sera mis en place. En effet, ceux-ci pourront joindre un gériatre du département en heures ouvrées.

Les modalités d'organisation de cette réponse gériatrique feront l'objet d'un groupe de travail ad hoc. L'une des conditions de mise en œuvre sera un effectif suffisant de gériatres.

Indicateurs :

- Mise en place d'un numéro unique
- Nombre d'appels reçus
- Nombre de gériatres participant au dispositif

**Objectif 5 :** Communiquer sur les structures spécifiques à destination des personnes âgées existant au sein du GHT

---

Il s'agit du même objectif que celui développé en objectif 3 à destination des EHPAD. En effet, il existe une méconnaissance de l'ensemble des structures ou dispositifs proposés pour les personnes âgées. Cette méconnaissance ne permet donc pas leur orientation par leur médecin traitant.

Indicateur :

- Nombre de médecins libéraux sensibilisés

### ENTRE CENTRES HOSPITALIERS.

**Objectif 6** : Répondre à un appel à candidature ou à un appel à projets pour une unité ou un dispositif à vocation territoriale

---

Il n'existe qu'une seule Unité Cognito Comportementale de 10 lits au CH de VIERZON. Son taux d'occupation pour 2015 est de 95,70% et la DMS est de 42.12 jours.

Ces lits d'UCC étant les seuls du département, ils sont insuffisants. Pour exemple, il y a environ deux entrées pour cinq demandes et lorsque des patients relevant de cette prise en charge ne sont pas admis en UCC faute de places disponibles, ces personnes vont aux urgences, puis dans un service de médecine.

Il en va de même pour le nombre d'UHR qui ne comptent pas suffisamment de places dans notre département. Faute de places, les résidents sont pris en charge dans des unités non adaptées à leurs pathologies.

L'ARS a publié en mai 2017 un appel à projets relatif à la création d'une équipe mobile médico-sociale expérimentale d'accompagnement et de soins en gérontologie à destination des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile. Ce dispositif innovant répond à un besoin du territoire du Cher et améliorerait la prise en charge au domicile et la continuité des parcours de soins.

#### Indicateurs :

- Nombre de nouvelles UCC
- Nombre de nouvelles UHR
- Nombre de réponses en commun à un appel à projets

**Objectif 7**: Faire intervenir des psychiatres du Centre Hospitalier GEORGE SAND au sein de certaines unités des autres Centres Hospitaliers

---

La prise en charge des personnes âgées au sein de certaines unités spécifiques souffrent de l'absence de prise en charge psychiatrique, faute de psychiatre au sein du centre hospitalier ou de l'intervention d'un psychiatre extérieur à l'établissement. Afin de pallier cette carence dans la prise en charge, il sera étudié la possibilité de faire intervenir des psychiatres du CH GEORGE SAND au sein d'unités des autres centres hospitaliers. Les besoins devront être précisément définis.

#### Indicateurs :

- Nombre de psychiatres intervenant

- Nombre d'unités bénéficiant d'une intervention

**Objectif 8:** Mettre en place un parcours spécifique pour les personnes atteintes d'Alzheimer ou de maladies apparentées

---

Il s'agit de proposer une prise en charge adaptée pour les personnes âgées ayant des troubles du comportement. Ces comportements impactent à la fois les autres personnes prises en charge et les professionnels soignants et peuvent être dangereux tant pour la personne elle-même que pour les tiers.

Les dispositifs à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, disponibles à l'échelle du GHT, seront clairement identifiés et un parcours spécifique sera proposé.

Indicateur :

- Formalisation d'une filière spécifique

**Objectif 9:** Mettre en place des actions de sensibilisation et de formation à destination des personnels hospitaliers sur différents thèmes gériatriques

---

Les professionnels des services de soins de court séjour ne sont pas tous ni sensibilisés, ni formés à la prise en charge de personnes âgées et aux différentes problématiques rencontrées par ce type de patients. Aussi des actions de sensibilisations et de formations seront dispensées aux professionnels sur des thèmes gériatriques ciblés, notamment sur l'incontinence, la fragilité et la dénutrition.

Indicateurs :

- Nombre de personnes sensibilisées/formées
- Nombre de thèmes abordés

**Orientation stratégique 2:** Échanger sur les pratiques entre les professionnels et les harmoniser

La prise en charge du patient âgé doit être de qualité égale sur l'ensemble du territoire du GHT, ce qui implique pour les professionnels de connaître les pratiques de chacun afin de pouvoir les confronter et de les harmoniser.

**Objectif 10 :** Établir une base documentaire d'outils partagés au sein du GHT

---

Les échanges entre professionnels ont mis en exergue des pratiques différentes et l'utilisation ou la non utilisation d'outils sur des thématiques relatives à la personne âgée.

Plusieurs grands syndromes gériatriques ont été identifiés et des outils (grilles – référentiels – check list – tests ..... ) vont être mis à disposition des professionnels du GHT afin que tous puissent en disposer.

Les thématiques identifiées sont notamment : la démence, la confusion aigüe, la dépression, la perte d'autonomie, l'incontinence, la dénutrition, les chutes, les troubles de la marche, la désadaptation psychomotrice, la fragilité.

Les outils ont vocation à être rassemblés au sein d'une base documentaire informatique accessible aux professionnels médicaux et paramédicaux. Cette base devra faire l'objet de mises à jour et être alimentée.

#### Indicateurs :

- Nombre de thématiques abordées
- Nombre de documents de la base documentaire

#### Objectif 11 : Engager un travail avec les services de chirurgie dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées

---

A la suite d'interventions chirurgicales chez des personnes âgées, celles-ci peuvent présenter des syndromes confusionnels aigus post-opératoires. Le syndrome confusionnel aigu doit donc être prévenu chez les personnes âgées, grâce à la coopération entre chirurgiens et gériatres.

Un protocole de coopération doit être établi entre ces professionnels afin d'en définir les modalités. Cette coopération pourra s'effectuer soit en pré-opératoire en cas d'intervention programmée, soit en post-opératoire. Les chirurgiens seront également sensibilisés par les gériatres ou l'équipe mobile gériatrique à l'utilisation d'outils spécifiques, dont la CAM (Confusion Assessment Method) qui peut être réalisée soit par un médecin soit par un infirmier.

Deux établissements (CH JACQUES CŒUR et CH de VIERZON) disposent d'une équipe mobile gériatrique. Celle-ci sera associée à ces travaux.

Ce travail devra être adapté pour le CH de ST AMAND MONTROND qui n'est pas titulaire d'une autorisation de chirurgie, mais dont les gériatres pourraient coopérer avec les chirurgiens de la clinique des GRAINETIERES.

#### Indicateurs :

- Sensibilisation des chirurgiens aux syndromes confusionnels aigus post-opératoires
- Elaboration d'un protocole de coopération

### Objectif 12 : Réfléchir à la mise en place d'une politique territoriale de la prescription médicale pour le sujet âgé

---

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé devra faire l'objet d'une réflexion au niveau territorial afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques des professionnels. Cela permettra d'améliorer et de sécuriser les prescriptions. Ce travail sera effectué en lien avec les pharmaciens du GHT.

#### Indicateur :

- Mise en place d'une politique territoriale

### Objectif 13 : Mettre en place une Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la iatrogénie médicamenteuse gériatrique

---

Le nombre de médicament prescrit aux personnes âgées est généralement élevé ce qui augmente le risque d'interactions médicamenteuses.

La qualité et la sécurité des soins constituant des attendus indispensables dans la prise en charge d'un patient, une évaluation des pratiques professionnelles sur la iatrogénie médicamenteuse va être mise en place.

Cette EPP est à destination des gériatres des établissements membres du GHT.

#### Indicateurs :

- Nombre d'EPP annuelles
- Nombre de participants

## **L- La filière AVC**

### **1) L'état des lieux de la filière AVC**

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une urgence absolue. Tout déficit neurologique brutal transitoire ou prolongé impose l'appel immédiat du Samu Centre 15. Tout patient ayant des signes évocateurs d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) doit être proposé en priorité à l'Unité Neuro Vasculaire du CH JACQUES COEUR par le médecin régulateur. Les patients ayant des signes évocateurs d'un AVC doivent avoir très rapidement une imagerie cérébrale et des vaisseaux intracrâniens, autant que possible par IRM.

Après avis neurovasculaire et si elles sont indiquées, la thrombolyse (moins de 4h30) et la thrombectomie mécanique (moins de 6h) doivent être effectuées le plus tôt possible.

#### L'organisation de la filière AVC sur le territoire :

Les modalités de prise en charge et la gradation des soins sont définis par :

- Un algorithme de la prise en charge précoce des patients présentant des signes évocateurs d'un AVC
- des conventions et des protocoles entre les CH du Cher et le CHRU de TOURS

L'objectif étant de proposer à tous les patients victimes d'AVC une prise en charge, notamment selon les critères définis par le plan AVC et les recommandations de la HAS.

L'Unité Neuro Vasculaire du CH JACQUES COEUR est le pivot de l'organisation de la filière AVC.

#### Les étapes de la prise en charge :

- ➔ La phase pré-hospitalière (évaluation, orientation, régulation par le 15)
- ➔ L'accueil aux urgences et le transfert vers l'UNV (accord entre professionnels)
- ➔ L'accès prioritaire à l'imagerie médicale (IRM, Scanner)
- ➔ La prise en charge en neurologie : en Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires (USINV) puis en UNV
- ➔ L'orientation vers la filière d'aval à la sortie de l'UNV :
  - soit l'organisation d'un retour à domicile.
  - soit l'organisation d'un transfert (via trajectoire) vers un SSR gériatrique, polyvalent ou affection de système nerveux (MPR).
- ➔ Le suivi des patients après l'hospitalisation :
  - programmation d'une consultation post AVC à 3 mois.
  - projet d'organisation d'une consultation pluri professionnels pour les situations complexes.
- ➔ La prévention :
  - Par la sensibilisation de la population sur les signes d'alerte de l'AVC et l'appel au 15.
  - La prévention primaire : par le développement de projet de prévention des facteurs de risque sur le territoire.
  - La prévention secondaire et tertiaire : pendant et après l'hospitalisation, au cours du suivi en consultation post AVC et avec le médecin traitant et l'éducation thérapeutique pour les patients à risque.

## 2) Les enjeux de la filière AVC

- Réduire les délais de prise en charge (filiale pré-hospitalière, hospitalière, filiale d'aval)
- Eviter les pertes de chances
- Développer la prévention

### 3) Les objectifs de la filière AVC

#### Objectif 1 : Organiser une consultation d'évaluation pluri-professionnelle post-AVC

---

Le cahier des charges national de la consultation d'évaluation pluri professionnelle post AVC est contenu dans l'instruction du 3 août 2015. Les objectifs de cette consultation sont précisés : il s'agit « d'évaluer la maladie vasculaire, d'assurer la meilleure prévention secondaire, de réaliser un bilan pronostic fonctionnel et cognitif, d'adapter le suivi de chaque patient à sa situation en l'orientant s'il y a lieu vers les professionnels et les structures adéquats, de contribuer à sa réinsertion sociale et socioprofessionnelle et de déterminer si les aidants ont besoin de soutien et de produire des indicateurs relatifs à l'état de santé des patients victimes d'AVC et en particulier à la fréquence de la gravité des séquelles liées à l'AVC. »

Ces consultations concernent les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral et relevant d'une prise en charge pluri professionnelle. Les prises en charge doivent être proposées dans les 3 à 6 mois suivants l'accident, dans la mesure où il s'agit de situations complexes.

Dans le cadre de la filière territoriale AVC, la mise en place d'une telle consultation fera l'objet d'un groupe de travail constitué de professionnels des établissements du GHT du Cher et piloté par l'animatrice de la filière AVC.

#### Indicateurs :

- Effectivité des consultations
- Nombre de consultations
- Nombre de professionnels participant à ces consultations

#### Objectif 2 : Organiser la filière de prise en charge des accidents ischémiques transitoires

---

L'HAS propose la définition suivante de l'accident ischémique transitoire (AIT) : « un AIT est un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'1 heure, sans preuve d'infarctus aigu »

La formalisation de cette filière au niveau du territoire permettrait de réduire le risque d'accident vasculaire cérébral et de diminuer le temps d'hospitalisation par la réalisation rapide des examens.

#### Indicateurs :

- Nombre de réunions
- Formalisation de la filière

### M- La filière addictologie

#### 1) L'état des lieux

- CH GEORGE SAND

Il dispose d'une unité d'addictologie – LE CAP – sur le site de CHEZAL BENOIT, qui comprend 33 lits et 2 places.

Cette unité, qui prend en charge tous types d'addictions, va déménager sur le site de BOURGES et comprendra 18 lits et 10 places. L'offre sera donc axée sur l'ambulatoire.

Une expérimentation menée en collaboration avec l'ANPAA 18 est mise en œuvre depuis avril 2014. Il s'agit d'un accueil de jour situé hors du CH et qui a pour objectif d'assurer la transition entre une hospitalisation et un retour à la vie sociale ou de permettre un maintien à domicile.

Il dispose également de 3 Unités de Consultation et de Liaison Addictologie (UCLA) à BOURGES – VIERZON et ORVAL. Le maillage territorial est assuré.

Le département comprend une ELSA : Equipe de Liaison et de Soins et en Addictologie qui est rattachée au CH GEORGE SAND.

Le CH rencontre des difficultés pour recruter de nouveaux addictologues.

Le service d'urgences – le CAOD – ne comprend pas d'addictologue.

- CH JACQUES CŒUR

Il propose des consultations externes en tabacologie. Un praticien du CH GEORGE SAND intervient au CH JACQUES CŒUR.

- CH de VIERZON

Il propose des consultations externes pour l'aide au sevrage tabagique.

#### 2) Les enjeux de la filière

- Rendre l'offre lisible pour tous les acteurs
- Développer le maillage territorial des acteurs hospitaliers en addictologie
- Améliorer les prises en charge des patients en addictologie
- Considérer l'addictologie comme une discipline à part entière

### 3) Les objectifs de la filière addictologie

**Objectif 1** : Élaborer une cartographie exhaustive des acteurs hospitaliers en addictologie et identifier des référents en addictologie dans les établissements parties au GHT

---

Lorsque les membres du GHT ont souhaité travailler sur la thématique de l'addictologie, le constat a été celui d'une difficulté à identifier les acteurs du secteur sanitaire, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux. Ainsi il convient de recenser l'ensemble des acteurs de ce domaine pour que chacun connaissent les compétences disponibles au sein du GHT. L'identification de référents en addictologie au sein des établissements parties au GHT est également nécessaire et participera à la lisibilité des compétences disponibles.

Indicateurs :

- Cartographie des acteurs et des compétences
- Nom du référent médical et du référent paramédical par CH partie

**Objectif 2** : Former les acteurs au repérage et à la prise en charge des pathologies addictives

---

L'addictologie apparaît parfois comme secondaire par rapport à la prise en charge de problématiques somatiques chez les patients cumulant différentes pathologies. Les acteurs des centres hospitaliers susceptibles d'être confrontés à la prise en charge de patients souffrant d'une addiction s'ajoutant à une autre pathologie doivent être formés afin que cette prise en charge soit la plus complète possible. Le patient, pour qui une addiction a été repérée ou diagnostiquée, bénéficiera alors de la réponse la plus adaptée à ses besoins. Le préalable à ce repérage est la formation des acteurs de santé et leur connaissance de l'offre disponible leur permettant d'orienter le patient s'ils ne peuvent pas directement prendre en charge l'addiction dont il souffre.

Indicateur :

- Nombre de professionnels formés

**Objectif 3** : Disposer de temps médical au sein des UCLA de VIERZON et de ST AMAND MONTROND.

---

Les consultations sur le CH de VIERZON fonctionnent de manière satisfaisante avec des IDE, mais sans temps médical. Les consultations au CH de ST AMAND MONTROND fonctionnent également sans temps médical.

Il convient d'assurer une présence médicale pour ces deux points de consultation, toutefois cela est rendu difficile compte tenu des difficultés rencontrées par le CH GEORGE SAND pour recruter de nouveaux addictologues. Cet objectif est donc dépendant de l'arrivée de nouveaux praticiens.

Indicateur :

- ETP de médecins intervenant au sein des deux UCLA

## N- Le projet antibiothérapie/hygiène hospitalière

### 1) L'état des lieux

| <u>Hygiène hospitalière</u> | ETP IDE | ETP Médecin | ETP Cadre | ETP autres     |
|-----------------------------|---------|-------------|-----------|----------------|
| CH JACQUES CŒUR             | 1.8     | 0.6         | 0.8       | 1 secrétaire   |
| CH GEORGE SAND              | 0       | 0.5         |           | 0.3 secrétaire |
| CH ST AMAND MD              | 0,8     | 0.1         |           | 0.2 secrétaire |
| CH SANCERRE                 | 0.5     |             |           |                |
| CH VIERZON                  | 1.2     | 0.3         |           | 0.5 secrétaire |

Le praticien hygiéniste est le même sur les CH JACQUES CŒUR, ST AMAND MONTROND et VIERZON.  
M le Dr LEHIANI partage son temps entre ces trois sites.

### 2) Les objectifs du projet antibiothérapie/hygiène hospitalière

Objectif 1 : Développer un système d'alerte BHR par mail, commun aux établissements parties

Actuellement, les systèmes utilisés dans les centres hospitaliers sont tous différents :

- au CH JACQUES CŒUR, il s'agit d'un repérage du patient avec un bandeau sur les applications informatiques
- au CH ST AMAND MONTROND, il s'agit d'un système d'alerte par mail
- au CH VIERZON, il n'y a aucun système.

La conduite à tenir sera différente selon qu'il s'agisse d'un patient porteur de BHR ou d'un patient ayant été en contact avec un porteur.

Avec le développement d'un système d'alerte informatique, un mail serait reçu par des professionnels identifiés au sein de chacun des établissements parties et ce dès l'accueil de patients à risque ou porteur de BHR.

La liste serait donc commune aux cinq centres hospitaliers et serait mise à jour en temps réel. Les professionnels identifiés ayant accès à cette liste et pourraient l'alimenter. Un patient pourra être ajouté à cette liste commune dès lors que le signalement aura été fait par un établissement non membre du GHT, ce qui sera notamment le cas si le patient est amené à être transféré.

Cet objectif devra être pris en compte lors de l'élaboration du Schéma Directeur du Système d'Information du GHT.

#### Indicateurs :

- Déploiement de ce système dans chacun des établissements
- Nombre de professionnels destinataire des mails
- Fréquence d'alimentation de la liste

#### Objectif 2 : Mutualiser les formations entre les professionnels des établissements parties

Des thématiques communes de formations devront être définies et prises en compte dans le plan de formation du GHT. (Ex : la formation générale des nouveaux agents, les précautions standards, les précautions complémentaires, les AES.....).

Des formations annuelles des correspondants paramédicaux en hygiène (IDE et AS) ont été faites par un organisme extérieur au CH JACQUES CŒUR et des agents du CH ST AMAND MONTROND y ont également participé. Cette intervention extérieure a une meilleure portée et un impact plus fort. Ces formations avaient lieu une fois par an avec deux groupes d'IDE et d'AS. Toutefois, ces formations sont difficilement mutualisables car y sont présentées des choses spécifiques à l'établissement.

Seront organisées des journées hygiène à destination des IDE et des AS ; des journées de formation sur l'hygiène à destination des ASH.

Sera également développée la simulation en santé (pour un acte technique ou un dispositif d'annonce), dans un des établissements parties (car cela nécessite des équipements et des locaux adaptés).

Le prérequis au développement de la simulation est la formation au minimum de deux personnes dans chaque établissement partie, ensuite les thématiques de formation seront définies. Plusieurs professionnels sont déjà formés à la simulation en santé : une IDE Hygiéniste du CH de ST AMAND MONTROND, une IDE du CH JACQUES COEUR et M le Dr LEHIANI.

Un personne ressource sera identifiée au sein de chaque centre hospitalier membre.

Cet objectif devra être pris en compte lors de l'élaboration du Plan de formation du GHT.

#### Indicateurs :

- Nombre de formations relatives à l'hygiène hospitalière proposées dans le cadre du GHT
- Qualité et nombre de participants aux formations par établissement
- Nombre de professionnels formés à la simulation en santé

#### Objectif 3 : Harmoniser les procédures et les conduites à tenir

---

L'utilisation de procédures régionales sera privilégiée lorsque celles ci correspondent aux besoins des établissements du GHT. Cela constituera également un gain de temps et évitera de multiplier les mises à jour. Toutefois, bien que tout ne puisse pas être uniformisé, les gestes non propres à un établissement peuvent tous être les mêmes.

L'imprécision de certains points dans les protocoles permet une adaptabilité de ces derniers

Seront identifiés les sujets pour lesquels seront utilisées les procédures du réseau ARLIN - Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales pour la région Centre - et les sujets pour lesquels il sera choisi d'utiliser la procédure d'un établissement. Ce choix se fera collectivement. Au préalable, les arborescences propres à chaque établissement seront partagées, pour que soient connues les procédures de chacun.

Les procédures et conduites à tenir travaillées devront avoir une plus-value en termes de prises en charge.

#### Indicateurs :

- Nombre de protocoles régionaux utilisés par les établissements
- Nombre de protocoles non régionaux utilisés par les établissements
- Nombre de protocoles identifiés comme prioritaires

#### Objectif 4 : Utiliser des outils communs dans les établissements parties

---

Sur l'antibiothérapie probabiliste, les établissements devraient tous utiliser le même logiciel informatique. Le logiciel ANTIBIOGARDE 5H («*logiciel conçu pour identifier le bon choix thérapeutique en fonction des bonnes pratiques cliniques, des profils de résistance et de l'écologie locale*») est en cours d'essai au CH JACQUES CŒUR.

Cet objectif (sous réserve de validation par le comité stratégique) devra être pris en compte lors de l'élaboration du Schéma Directeur du Système d'Information du GHT.

#### Indicateurs :

- Déploiement de ce logiciel dans chacun des établissements
- Nombre de professionnels utilisateurs

#### Objectif 5 : Formaliser le recours en antibiothérapie

---

Une procédure formalisant le recours en antibiothérapie (modes de réponses aux sollicitations, conseils téléphoniques, staffs commun....) sera élaborée et communiquée aux praticiens des établissements parties au GHT.

Toutefois, dans l'attente de cette formalisation, un infectiologue du CH JACQUES COEUR peut être sollicité par un professionnel d'un établissement partie en passant par le standard du CH JACQUES COEUR. De plus, des antibiogrammes peuvent lui être transmis par mail sécurisé ou par fax.

Dans ce cadre, les transferts de patients des CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON vers le CH JACQUES CŒUR fonctionnent de manière satisfaisante. En effet, lorsque ces patients nécessitent une prise en charge, celle-ci se fait dans des délais très courts.

#### Indicateurs :

- Elaboration d'une procédure
- Nombre de sollicitations pour avis
- Nombre de demandes de transferts vers le CH JACQUES CŒUR

#### Objectif 6 : Disposer de temps supplémentaires médicaux et paramédicaux

---

Lors de la certification réalisée par la HAS, il est reproché à certains des établissements membres du GHT de ne pas avoir de temps dédié en infectiologie. Afin que tous puisse répondre à cette exigence, ainsi qu'aux besoins du territoire, un poste supplémentaire de praticien est sollicité. Une fiche de poste sera élaborée en vue d'un futur recrutement.

De plus, il conviendrait de disposer d'un temps de cadre coordinateur dédié (au minimum 0.3 ETP) pour piloter, mettre en place et coordonner les actions arrêtées dans le cadre du GHT.

#### Indicateurs :

- Recrutement d'un médecin infectiologue.
- Affectation d'un temps de cadre à la coordination des actions.

### 4- Les principes d'organisation des activités

#### A- La permanence et la continuité des soins

L'organisation de la PDES dans le département du Cher était définie dans le SROS 2012-2016 de l'ARS Centre VAL de LOIRE et dans un cahier des charges spécifique. Le SROS prévoyait une PDES mutualisée (départementale) pour la chirurgie viscérale et la chirurgie orthopédique, toutefois deux établissements ont bénéficié de dérogations et se sont vus reconnaître ces deux lignes de PDES pour une durée déterminée.

L'ARS va prochainement procéder à un bilan de cette PDES.

#### Extraits du Programme Territorial de Santé du Cher 2013-2016.

##### « La permanence des soins en établissement de santé (PDES) :

La permanence des soins en établissement de santé se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant une prise en charge dans une structure de soins d'un établissement de santé la nuit, le samedi après midi, les dimanches et jours fériés. C'est une mission qui fait l'objet d'une reconnaissance de mission de service public et d'un financement FIR.

Elle a pour objectifs : d'améliorer l'accès aux soins, d'améliorer la qualité de la prise en charge, d'améliorer l'efficacité. Elle concerne le champ MCO médecine-chirurgie-obstétrique.

Le SROS 2012-2016 ainsi que le cahier des charges de la PDES en région Centre ont défini les activités concernées et les établissements susceptibles de participer à cette mission de service public. »

Dans le Cher, **trois établissements du GHT** participent à cette PDES :

- le CH JACQUES COEUR
- le CH de ST AMAND MONTROND
- le CH VIERZON

De plus, la Clinique des GRAINETIERES participe également à la PDES dans le département.

|  | CH JACQUES COEUR | CH ST AMAND<br>MONTROND | CH VIERZON                            |
|--|------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Gynécologie-<br>Obstétrique                  | 1 AO             | 1 AO                    | 1 AO                                  |
| Pédiatrie                                    | 1 AO             | 1 AO                    | 1 AO                                  |
| Anesthésie                                   | 1 G              | 1 AO                    | 1 AO                                  |
| Chirurgie orthopédique<br>et traumatologique | 1 AO             |                         | 1 AO (à titre<br>dérogatoire au SROS) |
| Chirurgie viscérale et                       | 1 AO             |                         | 1 AO                                  |

| digestive                               |      |      | (à titre dérogatoire au SROS) |
|---|------|------|-------------------------------|
| Gastroentérologie                       | 1 AO |      |                               |
| Pneumologie                             | 1 AO |      |                               |
| Ophtalmologie                           | 1 AO |      |                               |
| ORL                                     | 1 AO |      |                               |
| Médecine polyvalente                    | 1 AO | 1 AO | 1 AO                          |
| Biologie médicale                       | 1 AS |      | 1 AS                          |
| Imagerie                                | 1 AO |      | 1 AO                          |
| Réanimation                             | 1 G  |      |                               |
| Cardiologie interventionnelle           | 1 AO |      |                               |
| Unité de soins intensifs en cardiologie | 1 G  |      |                               |
| Unité neurovasculaire                   | 1 AO |      |                               |
| Pharmacie                               | 1 AS | 1 AS | 1 AO                          |

AO = astreinte opérationnelle

AS = astreinte de sécurité

G= garde

La thématique de la permanence des soins en établissements de santé a été traitée dans sa globalité par les établissements parties en coordination avec des intervenants de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique).

Les éléments suivants ressortent de l'étude :

- un effort de rationalisation a déjà été réalisé
- l'ensemble du territoire est couvert
- les difficultés de démographie médicale impactent la PDSSES (possible recours à des intérimaires pour assurer certaines lignes)
- Il manque une ligne en chirurgie vasculaire et en urologie.

Les établissements ont pu dresser un état des lieux et faire des constats, mais dans l'attente de l'adoption du PRS2, il est difficile de définir le schéma territorial attendu en application du décret du 2 mai 2017.

## B- Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées

### 1) Les consultations externes

Les consultations externes du CH JACQUES CŒUR sont partiellement centralisées.

La plupart sont centralisées au niveau du rez-de-chaussée dans un espace dédié. Pour les spécialités qui nécessitent un plateau technique adapté (ORL, ophtalmologie, cardiologie, consultation mémoire...) ou volontairement regroupé dans un pôle différent (mère-enfant), elles sont séparées. Le CH compte 14 points de consultations : en pédiatrie, en gynécologie, en ophtalmologie, aux consultations centralisées, en imagerie, en biologie, en pneumologie, en gastroentérologie, en urologie, en ORL, en neurologie, en cardiologie, aux consultations mémoire, aux urgences.

Il existe des consultations externes en :

- Biologie polyvalente
- Cancérologie
- Cardiologie et maladies vasculaires
- Chirurgie générale et digestive
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire
- Dermatologie
- Endocrinologie et maladies métaboliques
- Gastro-entérologie et hépatologie
- Gériatrie
- Gynécologie et obstétrique
- Hématologie
- Maladies infectieuses, maladies tropicales
- Médecine générale
- Médecine interne
- Néphrologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- ORL
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Radiologie
- Rééducation et réadaptation fonctionnelle
- Rhumatologie
- Stomatologie

Les consultations externes de psychiatrie du CH GEORGE SAND sont totalement décentralisées.

Il existe 9 points de consultations :

Centre Médico Psychologique, Centre de consultations externes, Etablissement social ou Médico social sans hébergement, Etablissement scolaire, PMI, Etablissement pénitentiaire, Domicile du patient, Etablissement social ou Médico social, Unité d'hospitalisation (MCO, SSR, LS), Unité d'accueil d'urgence, Centre d'Accueil Temporaire à Temps Partiel.

Le CH de ST AMAND MONTROND propose des consultations externes en :

- Cardiologie
- Endocrinologie / Diabétologie
- Diététique
- Consultations mémoire
- Ophtalmologie / Orthoptie
- Pédiatrie
- Gynécologie / Obstétrique / Anesthésie
- Imagerie médicale (radiologie conventionnelle et scanner)

Les consultations sont partiellement centralisées et il existe cinq points de consultations : médecine, ophtalmologie, pédiatrie, imagerie médicale et gynécologie/obstétrique.

Le CH de VIERZON propose des consultations externes en :

- Chirurgie viscérale
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie de la main
- ORL, gastro-entérologie
- Pédiatrie
- Gynécologie/obstétrique
- Urologie
- Anesthésie
- Stomatologie
- Stomathérapie
- Médecine polyvalente
- Diabétologie
- CEGIDD
- Consultations mémoire
- Soins palliatifs
- Soins de support en cancérologie
- Cardiologie
- Pneumologie
- Neurologie
- PASS
- BUD
- Rééducation,
- Spasticité
- Mésothérapie
- Ortho-prothésie
- Podo-orthésie
- Gériatrie,

Les consultations sont centralisées que ce soit sur le site LEO MERIGOT ou sur le site de LA NOUE. Cependant, quelques médecins reçoivent toujours les patients dans leur bureau, au sein des unités de médecine. Sur le site LEO MERIGOT, il existe un plateau de consultations MCO et sur le site de LA NOUE les consultations gériatrie et rééducation sont réalisées dans le bâtiment ROBERT LEROUX.

## **2) Les consultations avancées**

Le présent projet médical prévoit la réalisation de consultations avancées notamment en oncogériatrie, en cardiologie, en ophtalmologie, en néphrologie et des consultations douleur.

## **C- Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle**

Le CH JACQUES CŒUR dispose d'un hôpital de jour médical (15 places), d'un hôpital de jour chirurgical (14 places), d'un hôpital de jour gynécologique (5 places), d'un hôpital de jour pédiatrique (3 places), d'un hôpital de jour gériatrique SSR (8 places) et d'un accueil de jour gériatrique (20 places).

Les trois actes principaux réalisés en ambulatoire au CH de ST AMAND MONTROND sont :

- Bilan d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire (médico-psycho-sociale) en hospitalisation de jour
- Transfusion de concentré de globules rouges
- Enregistrement du rythme cardiaque du fœtus

Le CH de VIERZON dispose d'un hôpital de jour médical (2 places), d'un hôpital de jour gynécologique (1 place), d'un hôpital de jour pédiatrique (1place), d'un hôpital de jour gériatrique (12 places), d'un hôpital de jour de rééducation (5 places).

Les principaux actes réalisés en ambulatoire au CH de VIERZON sont :

- FOGD
- Coloscopie
- Extractions dentaires
- Canal carpien,
- Cholécystectomie
- Varices
- Phimosis
- Végétations
- Amygdalectomie
- Ablation de matériel
- Fracture de poignet
- Exploration de plaie
- LEC, pose de PAC
- Hernie inguinale sous coelioscopie
- Ablation de lipomes,
- Kystes pilonidaux
- Absès

## D- Les plateaux techniques

Le plateau technique du CH JACQUES CŒUR se compose de :

- 9 salles au bloc opératoire central
- 1 salle d'ophtalmologie – chirurgie ambulatoire de la cataracte
- 4 salles de travail
- 1 salle de césarienne
- 2 scanners
- 2 IRM dont 1 co-exploité sur un autre site
- 2 salles de coronarographie et d'angioplastie coronaire
- 1 laboratoire d'analyses biologiques
- 1 laboratoire d'anatomo-pathologie
- 22 postes de dialyse
- 1 PUI

Le plateau technique du CH de SAINT AMAND MONTROND se compose de :

- 1 scanner
- 1 plateau technique de rééducation (site de la CROIX DUCHET)

- 1 PUI

Le plateau technique du CH de VIERZON se compose de :

- 7 salles
- 1 scanner
- 1 IRM co-exploité
- 1 laboratoire d'analyses biologiques
- 1 plateau technique de rééducation
- 1 PUI

### E- L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Les professionnels du GHT qui ont réfléchi à l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles se sont accordés sur la définition et le périmètre de ces situations.

Ils considèrent que le dispositif « hôpital en tension » ne relève pas d'une situation sanitaire exceptionnelle, dans la mesure où celui-ci peut être déclenché plusieurs fois par an. Il est donc connu, se répète et ne revêt pas de caractère exceptionnel.

Toutefois, les ruptures de stocks de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que les pics épidémiques peuvent constituer des situations sanitaires exceptionnelles.

Les situations sanitaires exceptionnelles sont définies par :

- l'instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles:

*« Une situation sanitaire exceptionnelle s'entend comme **la survenue d'un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes**, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise.*

*La survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle peut ainsi revêtir différentes formes :*

*- Par sa nature, une situation sanitaire exceptionnelle peut concerner des domaines variés et avoir des répercussions sanitaires ou au contraire avoir un caractère spécifiquement sanitaire (exemples : épisode de tensions hospitalières ou rupture d'approvisionnement en dispositifs médicaux ou produits de santé).*

*- Par son ampleur, elle peut concerner un seul département, une région, une zone de défense ou impacter l'ensemble du territoire national.*

- Par son origine, elle peut procéder soit de circonstances nationales, soit de circonstances internationales ayant des conséquences sanitaires sur le territoire.

- Par sa dynamique, elle peut relever d'une cinétique nécessitant des mesures de gestion d'urgence ou, au contraire, relever d'une cinétique plus lente (spécificité d'une crise à caractère sanitaire pouvant nécessiter une expertise particulière ou des investigations épidémiologiques par exemple).

- le guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles du ministère des affaires sociales et de la santé de 2014

« La notion de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE), allant du quotidien à la crise ayant un impact sanitaire de grande ampleur. Elle englobe toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation de l'offre de soins, qu'elles soient liées notamment à une maladie infectieuse à potentiel épidémique, une catastrophe naturelle, un accident technologique ou encore un acte malveillant. Cette notion très large, intégrée au code de la santé publique, a vocation à permettre le développement d'un véritable continuum entre le fonctionnement « habituel » du système de santé et la réponse opérationnelle aux crises de grande ampleur ».

**En amont** de la survenue de toute situation sanitaire exceptionnelle, les établissements parties au GHT du Cher s'accordent sur les éléments suivants :

- le partage de leurs plans blancs via un espace de travail partagé. Chaque établissement mettra à disposition des établissements membres son plan blanc mis à jour et le cas échéant, une synthèse de ce plan. Les référents plans blancs des établissements seront identifiés par les autres établissements.
- L'établissement d'une liste de matériels et de médicaments pouvant être mis à disposition et la formalisation des mises à disposition. Une réflexion logistique sur les mises à disposition sera menée dès lors que le matériel aura été identifié.
- La mise à disposition de ressources humaines entre établissements parties en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Cela dépendra du type de situation, des établissements impactés par la situation et des compétences nécessaires et disponibles. Les établissements établiront la liste des compétences pouvant être partagées et définiront les modalités de mise à disposition. Les formations réalisées par les professionnels permettront d'identifier leurs compétences (ex : formation NRBC, AFGSU...).
- La formation des professionnels à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Les travaux relatifs à la formation continue menés dans le cadre du GHT prendront en compte ce besoin de formations communes pour les professionnels des établissements.
- L'entraînement à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et la réalisation d'exercice entre établissements parties. Les établissements parties peuvent être amenés à

participer à des exercices impliquant les autres services de l'état, mais tous ne sont pas sollicités pour y prendre part. Cela permettra à l'ensemble des centres hospitaliers de participer à un exercice.

- La définition de canaux de communication inter-cellules de crise des établissements parties. A ce jour, les canaux de communication directs entre les cellules n'existent pas. Un document unique et commun aux membres sera établi et inséré dans les plans blancs des centres hospitaliers. Ce feuillet synthétique listera les coordonnées mails et téléphoniques des cellules de crise des établissements parties. Il pourra constituer une annexe de chaque plan blanc.

Il faut noter que le canal de visioconférence ne pourra pas être utilisé dans la mesure où les salles de crise ne sont pas toutes munies de ce dispositif. Ce ne sont pas des salles dédiées équipées en permanence dans l'attente de la survenue d'une situation exceptionnelle.

- Le partage d'outils de communication préétablis à destination des interlocuteurs extérieurs. Certains établissements disposent de modèles types de documents, dont des trames de communiqués de presse et /ou des fiches reflexes relatives à la communication en situation sanitaire exceptionnelle. Ces outils pourront être partagés entre les établissements parties. Dans les cas où les outils seront amenés à être utilisés, les centres hospitaliers parties au GHT devront être destinataires du contenu de la communication faite.
- L'identification des compétences linguistiques disponibles au sein de chaque centre hospitalier. Le partage de listes mises à jour entre centres hospitaliers se fera également sur un espace de travail partagé.

**En aval** de la survenue de toute situation sanitaire exceptionnelle, les établissements parties au GHT du Cher s'accorde sur:

- L'organisation d'un retour d'expérience (RETEX) commun entre établissements, soit à l'issue de l'exercice, soit à l'issue de la situation sanitaire exceptionnelle.

## **F- Les activités d'hospitalisation à domicile**

### **1) L'état des lieux de l'hospitalisation à domicile.**

#### **a) L'offre existante au sein du GHT**

Seul le CH JACQUES COEUR dispose d'un service d'hospitalisation à domicile de 22 places intervenant sur la zone de BOURGES. Ce service d'HAD est le seul à couvrir le territoire de BOURGES.

Le nombre de places apparaît sous dimensionné par rapport aux besoins existants, toutefois celui-ci ne peut pas être augmenté sans moyens supplémentaires.

Le taux d'occupation étant supérieur à 100%, il existe des listes d'attente pour pouvoir être pris en charge au sein de ce service qui ne constitue pas une solution d'aval pour les patients présents aux urgences, mais plutôt une solution d'aval pour les patients se trouvant dans les services de soins.

Il n'existe pas de permanence médicale dédiée pour ce service.

Le projet d'établissement du CH JACQUES COEUR comprend notamment un objectif relatif à l'HAD : améliorer la couverture et diversifier les profils patients, à travers le développement du partenariat HAD/EHPAD et la mise en place d'antennes sur le territoire.

#### **b) Les données d'activité**

*(Source UREH 2015)*

Nombre de patients : 151

Nombre de journées : 8 299

Evolution du nombre de patients entre 2013 et 2015 : 9%

Evolution du nombre de journées entre 2013 et 2015 : 21%

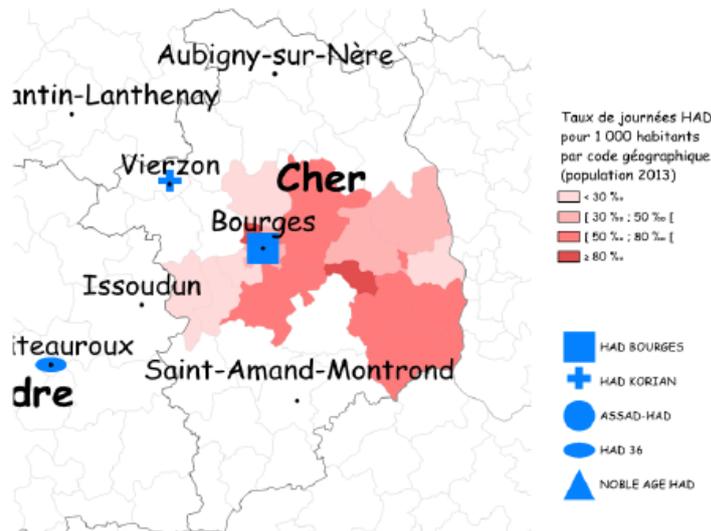
L'activité de l'HAD de BOURGES est donc en augmentation depuis 2013.

Sur les 151 patients pris en charge, 43% l'ont été pour des pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées), 34% pour des soins palliatifs, 11% pour des soins de nursing lourds, 10% pour des traitements intraveineux.

Le type de lieu d'intervention de l'HAD JACQUES CŒUR par structure de prise en charge en 2015 est pour 93% du domicile personnel, pour 5% de l'EHPAD et pour 2% d'un autre domicile.

Les deux principaux modes admission en HAD JACQUES COEUR sont pour 54% du MCO et 36% du domicile.

### Taux standardisé de recours en journées HAD du CH JACQUES CŒUR.



Le taux de recours standardisé HAD en nombre de journées pour le Cher est de 40 journées pour 1 000 habitants contre 62 pour 1 000 en région CVDL et 70 journées en FRANCE METROPOLITAINE. L'âge moyen des patients pris en charge était de 62.2 ans.

#### c) L'offre départementale hors GHT

Le reste du Cher, hors zone de BOURGES, est couvert par l'HAD KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES (VIERZON – AUBIGNY – SANCERRE – ST AMAND MONTROND) qui compte 43 places.

### 2) Les enjeux de la filière HAD

- Fluidifier les sorties d'hospitalisation
- Permettre une prise en charge « hors les murs » de l'hôpital
- Proposer une alternative à l'hospitalisation aux patients
- Développer l'activité d'HAD dans le Cher

### 3) Les orientations et objectifs de la filière HAD

L'ensemble des objectifs figurant ci-dessous pourront être travaillés en collaboration avec les professionnels de l'HAD KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES, afin que l'ensemble de la population bénéficie d'une amélioration des parcours patients.

#### **Orientation 1** : Développer l'offre proposée en HAD dans le Cher

---

##### Objectif 1: Augmenter le nombre de places en HAD sur le territoire

---

Le taux d'occupation des places d'HAD au CH JACQUES COEUR est de plus de 100% et les professionnels relèvent un sous-dimensionnement du nombre de places. En effet, le département du Cher devrait compter environ 120 places au total. De plus, depuis 2012, le nombre de patients pris en charge croît.

Toutefois, le CH JACQUES COEUR ne peut pas augmenter son nombre de places sans un redimensionnement de ses équipes d'HAD, l'équipe étant dimensionnée pour 22 places. Cette augmentation donc implique la mise en place d'une nouvelle organisation. Actuellement, le service d'HAD du CH fonctionne avec des listes d'attente, sans qu'aucune publicité ne soit faite et il n'est pas en mesure de répondre aux urgences. Cette prestation d'HAD ne constitue pas une piste de sortie pour les patients des services d'urgence, mais plutôt pour ceux des services de soins, car l'hospitalisation est programmée.

Le GHT ne peut agir que sur le nombre de places relatives au service d'HAD autorisé pour le CH JACQUES COEUR, c'est à dire sur la zone de BOURGES. L'augmentation du nombre de places permettra de réduire les délais d'admission en HAD.

##### Indicateurs:

- Nombre places créées
- Nombre de types de postes et d'ETP créés

##### Objectif 2 : Ouvrir des antennes HAD sur l'ensemble du département

---

Cet objectif ne peut être travaillé qu'en lien avec l'HAD KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES, dans la mesure où celle-ci est autorisée pour la plus grande partie du département du Cher, excepté la zone de BOURGES. En effet, il est relevé que le recours à l'HAD est différent selon la zone géographique dans laquelle réside le patient.

Lors des échanges qui ont eu lieu avec l'HAD KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES, il nous a été indiqué que l'un de ses objectifs est de se développer en termes d'organisation.

Il existe une antenne à ST AMAND MONTROND, toutefois celle-ci n'est pas utilisée comme telle. La zone de SANCERRE ne dispose pas quant-à elle d'antenne et l'HAD fait appel à des infirmières du SSIAD pour effectuer les soins de nursing. La création d'une antenne à SANCERRE permettrait d'éviter des mises à disposition de personnels et de mailler l'est du département.

Le développement des antennes permettrait également de réduire les temps de trajet et de dégager du temps pour les prises en charge.

##### Indicateurs:

- Nombre d'antennes créées
- Lieu de création des antennes

#### Objectif 3 : Prévenir l'épuisement familial en proposant des séjours de répit

Les patients hospitalisés en HAD pourraient être transférés sur le CH JACQUES CŒUR, afin que les aidants puissent bénéficier d'un répit. Il s'agit d'hospitalisations programmées.

Le CH JACQUES COEUR a pour projet de mettre en place au sein du centre hospitalier un lit de répit sous la responsabilité des médecins coordonnateurs de l'HAD. L'organisation de la permanence des soins devra également être définie, dans la mesure où il n'existe pas d'astreinte médicale en HAD, mais une astreinte paramédicale. Un patient pris en charge en séjour de répit doit toujours être repris en charge par l'HAD à l'issue de ce séjour.

#### Indicateurs:

- Nombre de patient pris en charge en séjour de répit
- Taux d'occupation du lit de répit

#### Orientation 2 : Ouvrir l'HAD vers les structures médico-sociales et les professionnels de santé

#### Objectif 4 : Développer les liens entre l'HAD et les SSIAD

L'HAD et le SSIAD n'interviennent pas pour les mêmes types de prises en charge, mais permettent tous deux de fluidifier les parcours de soins des patients. Des collaborations entre ces deux structures doivent se développer, car elles apportent des réponses différentes aux patients, bien que les prises en charge aient en commun de s'effectuer à leur domicile. Le SSIAD peut en effet prendre le relais d'une prise en charge en HAD. Les relations entre l'HAD et les SSIAD devront se créer et/ou se fluidifier et des outils de coopération pourront se développer.

#### Indicateur:

- Nombre de conventions signées entre HAD et SSIAD

#### Objectif 5 : Développer les prises en charge en HAD en EHPAD

L'intervention du service d'HAD en EHPAD constitue un enjeu majeur pour la prise en charge des patients âgés, leur maintien dans leur lieu de vie et la conservation de leur confort.

La "porte d'entrée" dans ces établissements pourrait être celle des soins palliatifs et des soins complexes. L'un des freins relevé par les professionnels est celui de l'intervention de soignants autres que ceux de l'EHPAD. Toutefois, les EHPAD n'ont aucune contrainte financière à faire intervenir l'HAD dans leurs murs.

Les prise en charge en EHPAD devront se développer et elles permettront de fluidifier les sorties des services de médecine et de chirurgie.

Indicateurs:

- Communiquer auprès des EHPAD sur la possible intervention de l'HAD
- Nombre d'interventions de l'HAD en EHPAD

Objectif 6 : Informer les médecins généralistes et sensibiliser les prescripteurs

---

Le fondement du projet médical partagé du GHT étant l'amélioration du parcours du patient, il conviendra d'améliorer la communication avec la médecine libérale. En effet, les médecins généralistes ne connaissent pas tous les missions de l'HAD et les critères d'inclusion des patients. Toutefois, certains médecins collaborent de façon régulière avec l'HAD. Il en va de même pour les prescripteurs qui seront sensibilisés aux prises en charge proposées par l'HAD. Une communication auprès de ces professionnels sera faite.

Indicateurs:

- Nombre de prescripteurs sensibilisés
- Nombre de médecins généralistes orientant des patients en HAD

Objectif 7 : Développer le travail de liaison

---

L'HAD KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES compte un infirmier de liaison qui fait des évaluations et conseille les prescripteurs pour une sortie en HAD.

L'HAD du CH JACQUES COEUR ne dispose d'aucun infirmier de liaison, mais dispose de deux infirmiers de coordination. Un infirmier de liaison est l'interlocuteur privilégié des professionnels et des structures qui adressent des patients en HAD. Le travail de liaison devra donc être développé.

Indicateurs:

- Elaboration d'une fiche de poste
- Recrutement d'un IDE de liaison

### G- Les activités de prise en charge médico-sociale

Concernant les personnes âgées :

| CH JACQUES COEUR  | CH GEORGE SAND  | CH ST AMAND MONTROND   | CH SANCERRE   | CH VIERZON   |
|---|---|--|---|--|
| EHPAD dont une unité protégée<br>129 lits<br>1 place d'hébergement temporaire | EHPAD dont UHR<br>60 lits à BOURGES<br>70 lits dont 14 lits d'UHR et 5 places d'hébergement temporaire à CHEZAL-BENOIT<br>40 lits à DUN SUR AURON | EHPAD<br>119 lits à la CROIX DUCHET<br>180 lits au CHAMP NADOT | EHPAD<br>102 lits à SANCERRE<br>65 lits à SURY EN VAUX dont 3 lits d'hébergement temporaire et une unité sécurisée<br>51 lits à BOULLERET | EHPAD<br>191 lits<br>2 places d'hébergement temporaire |
| Accueil de jour<br>20 places  |   | Accueil de jour<br>6 places                                    | Accueil de jour<br>6 places   |  |
| -   | PASA 14 places à CHEZAL-BENOIT  | PASA 14 places   | -   | -  |
| SSIAD<br>26 places  | -   | SSIAD<br>50 places   | SSIAD<br>27 places  | -  |
| Plateforme de répit   | -   | -  | -   | -  |
| -   | -   | Unité sécurisée<br>14 places                                   | -   | -  |

Concernant la prise en charge du handicap :

| CH GEORGE SAND                                   |
|--|
| 1 CAMSP (Centre d'Action Médico Sociale Précoce) |
| 6 lits de FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)       |
| 48 lits de MAS (Maison d'Accueil Spécialisé)     |

| CH ST AMAND MONTROND |
|----------------------|
| 4 places de SSIAD PH |

Les représentants des établissements parties au GHT ont échangé sur la prise en charge et la prise en compte du handicap (physique, mental et sensoriel) au sein de leurs établissements. Il ressort de ces échanges que les niveaux de réflexion et d'équipements dédiés aux personnes en situation de handicap sont disparates.

Une réflexion commune sera engagée sur cette thématique :

- des personnes ressources seront identifiées au sein de chaque centre hospitalier,

- les dispositifs spécifiques et les équipements disponibles seront recensés à l'échelle du groupement,
- l'offre disponible pour les personnes en situation de handicap sera identifiée,
- des associations seront rencontrées pour connaître leurs attentes et leurs besoins,
- des formations communes des professionnels à la prise en charge des différents types de handicap seront proposées.

## 5- Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie

---

### A- Projet de biologie

#### 1) L'état des lieux de la biologie

Le CH GEORGE SAND adresse ses demandes d'examens au CH JACQUES CŒUR et les CH de ST AMAND MONTROND et de SANCERRE ont externalisé la biologie médicale vers un prestataire privé.

Les CH JACQUES CŒUR et VIERZON disposent chacun d'un laboratoire en interne.

#### 2) Les enjeux du projet de biologie

- Amélioration de la qualité des prestations et accréditation des activités
- Développement des collaborations au sein du département

#### 3) L'organisation en concertation de la biologie entre les CH JACQUES CŒUR et de VIERZON.

Les CH JACQUES CŒUR et de VIERZON travaillent depuis plusieurs mois sur la prise en charge de la biologie du CH de VIERZON par le CH JACQUES CŒUR. Un COPIL de biologie a été constitué entre ces deux hôpitaux et regroupe des médecins, des cadres de santé et des directeurs.

Les réflexions ont notamment porté sur les points suivants :

- Etablissement d'un bilan de l'existant
- Périmètre de l'organisation : répartition des examens : ceux transférés au CH JACQUES CŒUR et ceux conservés au CH de VIERZON
- Forme de la coopération : convention, GCS, regroupement des laboratoires avec un laboratoire unique
- Système d'information
- Logistique dont le transport
- Facturation des examens

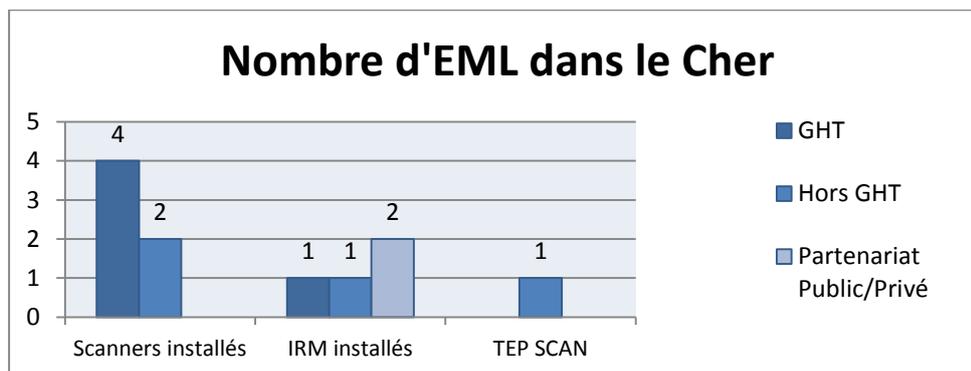
- Ressources humaines disponibles et ressources humaines cibles
- Permanence des soins

La poursuite de ce travail entre les CH JACQUES CŒUR et de VIERZON permettra de renforcer les liens dans le domaine de la biologie médicale. Au travers des collaborations mises en œuvre, le GHT du CHER s'efforcera d'atteindre l'objectif fixé par le code de la santé Publique dans son article L 6132-3 III : « organiser en commun les activités de biologie médicale ».

### B - Projet d'imagerie

#### 1) L'état des lieux du projet imagerie

##### a) L'offre existante au sein du GHT



Les équipements matériels lourds dont l'autorisation est détenue en propre sont :

Un IRM et deux scanners pour le CH JACQUES COEUR

Un scanner pour le CH de ST AMAND MONTROND

Un scanner pour le CH de VIERZON

De plus, le CH JACQUES COEUR est détenteur conjointement d'une autorisation d'IRM avec la SELARL JEAN DE BERRY dans le cadre du **GIE GEORGE HARET**. Cet équipement est installé sur la commune de SAINT DOULCHARD depuis février 2016.

Le CH de VIERZON est détenteur d'une autorisation d'IRM. Cet équipement est exploité dans le cadre d'un partenariat entre le CH de VIERZON et les radiologues libéraux du cabinet RASPAIL de VIERZON.

Le plateau technique du CH JACQUES COEUR compte deux échographes, une salle de mammographie, deux scanners, un IRM 1.5 tesla, deux salles de coronarographie et d'angioplastie coronaire, quatre salles radio capteur plan et un panoramique dentaire.

Le plateau technique du CH de ST AMAND MONTROND est composé d'une salle de radiologie conventionnelle, et d'un scanner.

Le plateau technique du CH de VIERZON est composé de deux salles de radiologie, d'une salle d'échographie, d'un scanner et d'une salle d'urgences os poumons avec suspension sans scopie.

Les équipements matériels lourds du CH JACQUES COEUR sont également utilisés, sous forme de vacation, par des radiologues libéraux.

Depuis 2008, il existe une convention entre le CH JACQUES COEUR et la SELARL JEAN DE BERRY en cas de panne ou de changement d'IRM ou de scanner.

### Les effectifs de radiologues

Le **nombre de radiologues** exerçant au sein des établissements du GHT est **faible**.

En effet, le CH JACQUES COEUR ne compte que quatre radiologues (soit 3.2 ETP), le CH de VIERZON un seul et le CH de ST AMAND MONTROND un seul.

En 2015, la région CENTRE-VAL DE LOIRE compte 237 radiologues dont 20 exercent dans le CHER. La densité de radiologues pour 100 000 habitants dans le CHER est de 6.3 contre 9 pour la région CENTRE-VAL DE LOIRE.

De plus, l'âge moyen des radiologues du CHER est de 54 ans.

### Le recours à la téléimagerie

Les CH de ST AMAND MONTROND et de VIERZON ont recours à des sociétés de téléimagerie : EMAGING pour le CH de ST AMAND MONTROND et C GTR pour le CH de VIERZON.

Le CH de ST AMAND MONTROND a recours à la téléimagerie depuis janvier 2010. La société de téléimagerie délivre des prestations d'interprétation des scanners et des radiographies conventionnelles. Il reconduit son appel d'offre à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour une année, renouvelable une fois par tacite reconduction. Le marché porte sur l'exécution de prestations de téléconsultation et de télé-expertise de radiologie pour l'activité d'imagerie médicale.

Le CH de VIERZON a recours à la téléimagerie depuis janvier 2009. Dans le cadre du lancement de l'appel d'offre de poursuite du recours à la téléimagerie, les prestations seront à réaliser à compter du 8 septembre 2016.

### La permanence des soins

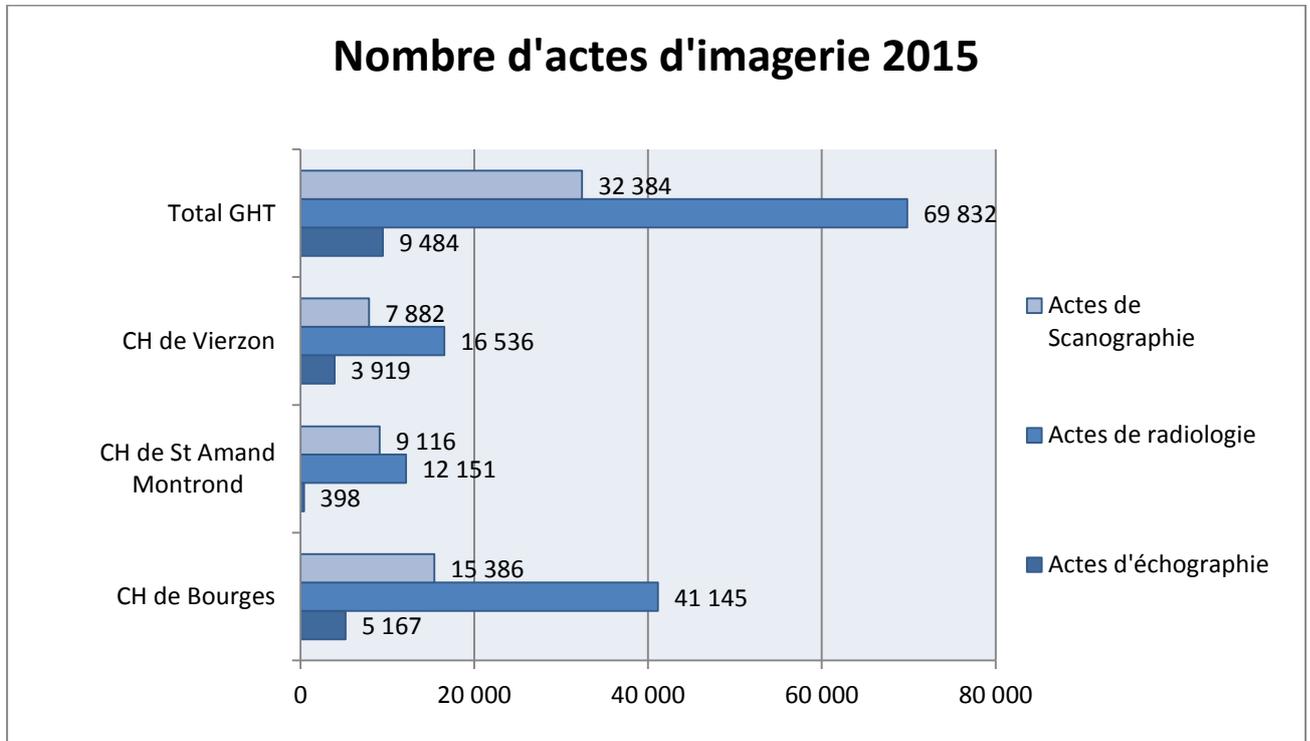
La **permanence des soins** au CH JACQUES COEUR et au CH de VIERZON est organisée sous la forme d'une astreinte opérationnelle reconnue par l'ARS.

Le CH de VIERZON assure cette permanence des soins via une société de téléimagerie.

Le CH de ST AMAND MONTROND assure également cette permanence des soins via une société de téléimagerie. Toutefois, cette ligne de permanence n'est pas reconnue par l'ARS et n'est donc pas financée.

Une ligne d'astreinte opérationnelle spécifique est reconnue au CH JACQUES COEUR pour l'IRM – Unité neurovasculaire (UNV). Des radiologues libéraux effectuent des astreintes opérationnelles pour l'UNV

### b) Les données d'activité



De plus, pour l'année 2015, le CH JACQUES COEUR a réalisé 6 014 actes d'IRM.

### c) L'offre départementale hors GHT

Les autorisations d'équipements matériels lourds, hors GHT sont détenues par la SELARL JEAN DE BERRY, autorisée pour deux scanners et un IRM, ainsi que par VITALIA EXPANSION 3 autorisée pour un TEP SCAN.

Les équipements de la SELARL JEAN DE BERRY ne sont pas utilisés dans le cadre de la permanence des soins.

Aucune ligne de permanence des soins n'est reconnue à un établissement de santé privé du département.

## 2) Les enjeux de la mise en place du projet imagerie

- Maintenir et consolider l'offre existante au sein du GHT
- Diversifier les modalités de recours à l'imagerie
- Etre en conformité avec le volet hospitalier du SROS

### 3) Les orientations et objectifs du projet imagerie

#### **Orientation 1 : Pallier le déficit de radiologues publics dans le CHER**

---

##### Objectif 1 : Passer un marché public en commun pour recourir à la téléimagerie

---

Au vu de la fragilité actuelle du nombre de radiologues hospitaliers, du recours à l'intérim et du recours déjà effectif pour deux centres hospitaliers à la téléimagerie, il convient de mener une réflexion commune concernant le lancement d'un marché unique de téléimagerie.

En l'absence d'amélioration de la situation actuelle de pénurie médicale dans le CHER, cette hypothèse ne doit pas être écartée. Les établissements pourraient à terme être contraints d'avoir recours à ce dispositif.

Cet appel d'offre commun permettrait de mieux en négocier les conditions et les tarifs, et d'avoir une organisation commune de l'imagerie dans le CHER. Le fait de réunir trois établissements pour un seul appel d'offre constitue une force dans la future négociation.

De plus, cela permettrait d'être plus exigeant dans le choix du prestataire et permettrait au CH JACQUES COEUR de bénéficier de l'expertise des établissements ayant déjà eu recours à la téléimagerie.

Le périmètre de ce recours à la téléimagerie devra être arrêté par les professionnels médicaux (quelle catégorie d'actes, quelles plages horaires, quelle volumétrie.....)

La réflexion s'appuiera sur les cahiers des charges déjà existant relatifs à la téléimagerie, et sur la définition des besoins des établissements.

Le CH JACQUES COEUR lancera un appel d'offre avec des lots tenant compte des spécificités de chaque établissement. Les deux autres établissements rejoindront ce marché en fonction des échéances les liant à leur prestataire.

##### Indicateurs :

- Rédaction d'un cahier des charges
- Lancement d'une consultation

##### Objectif 2: Garantir l'accès à l'ensemble des équipements de radiologie des établissements du GHT dans le cadre du recrutement de radiologues

---

Chaque établissement du CHER est confronté aux difficultés de recrutement de radiologues publics pour différentes raisons.

Le recrutement de radiologues effectué par l'un des trois centres hospitaliers qui proposerait des vacances sur l'équipement d'un autre service d'imagerie pourrait renforcer l'attractivité des postes proposés en diversifiant les lieux d'exercice et les équipes de travail.

En effet, le CH de ST AMAND MONTROND pourrait recruter un radiologue à qui il serait proposé d'effectuer des vacances sur l'IRM du CH JACQUES COEUR, dans la mesure où le CH de ST AMAND MONTROND ne dispose pas de cette autorisation d'équipement matériel lourd. Cette possibilité s'applique également pour chaque centre hospitalier et pour d'autres types de vacances.

Les liens entre établissements et professionnels s'en trouveraient renforcés, et l'organisation et le fonctionnement des trois services d'imagerie n'en seraient que mieux connus.

La proposition de vacances au sein d'un autre établissement de santé ne doit pas freiner le recrutement d'un radiologue si celui-ci souhaite exercer au sein d'un seul établissement du département.

#### Indicateur :

-Nombre de recrutement effectif

#### **Orientation 2 : Développer les coopérations entre les professionnels de santé.**

---

#### **Objectif 3 : Poursuivre la réflexion engagée avec les radiologues libéraux du CHER pour les intégrer à la permanence des soins**

---

La permanence des soins n'est assurée par des praticiens qu'au CH JACQUES COEUR, les deux autres centres hospitaliers ayant recours à des sociétés de téléimagerie.

Le SROS 2012-2016 prévoit la réalisation de cette permanence sous la forme d'une permanence départementale mutualisée. Hors au vu des effectifs actuels de radiologues publics, il n'est pas possible de déployer ce schéma cible.

L'ARS CENTRE-VAL DE LOIRE a impulsé depuis 2012, un travail sur l'imagerie dans le CHER ayant pour objet d'organiser la permanence des soins selon ce schéma cible.

Ainsi, plusieurs réunions se sont tenues entre les centres hospitaliers JACQUES COEUR, de ST AMAND MONTROND, de VIERZON, les acteurs privés de radiologie (SELARL JEAN DE BERRY – Cabinet RASPAIL – Cabinet d'imagerie du VAL D'AURON) et l'ARS.

Cette démarche n'a pas abouti à ce jour, les radiologues privés n'acceptant pas de participer à cette permanence.

Toutefois, cette possibilité de nouveaux échanges entre les professionnels de santé ne doit pas être écartée.

#### Indicateurs :

- Mise en place d'une permanence départementale mutualisée
- Nombre de radiologues libéraux participants à la PDS
- Nombre d'astreintes ou de gardes effectuées par les radiologues libéraux

#### Objectif 4: Réfléchir aux transferts de compétences entre personnel médical et personnel paramédical

---

Le développement des transferts de compétences entre professionnels se justifie par la démographie des radiologues publics du CHER et par une optimisation de la prise en charge des patients grâce à des délais réduits. De plus, ce transfert de compétence permet de dégager du temps médical.

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé permettent d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. Ils font d'objet d'une procédure spécifique quant à leur initiation et /ou à leur adhésion.

Il existe plusieurs protocoles autorisés en région Centre Val de Loire dont un concerne l'imagerie : le protocole de coopération entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale formés à l'échographie.

Le CH JACQUES COEUR a l'autorisation d'appliquer un protocole de coopération professionnelle concernant la réalisation d'échographies par des manipulateurs d'électroradiologie (délégués) validée par les médecins (délégants). A ce jour sa mise en place n'est pas effective.

La mise en place de ce type de protocole est notamment dépendante des effectifs de radiologues et des effectifs de manipulateurs.

#### Indicateurs :

- Initiation ou adhésion à un protocole de coopération
- Nombre de MER engagés dans un protocole

#### Objectif 5 : Harmoniser les pratiques, les protocoles et les procédures entre les trois services d'imagerie du GHT

---

Une réflexion va être menée sur l'harmonisation des pratiques, des protocoles et des procédures.

En effet, Il serait souhaitable que les protocoles soient partagés tels les protocoles avec les services d'urgence.

L'inscription des établissements au sein du GHT, et le projet de recours commun à une société de télémagerie impliquent que les pratiques et les protocoles soient identiques au sein des différents services d'imagerie du CHER afin notamment de favoriser l'activité multi-sites et d'offrir la même qualité de prise en charge quel que soit le centre hospitalier.

Le travail sur cette harmonisation permettra aux professionnels de santé d'échanger sur leurs pratiques et de les rendre plus efficaces.

Des réunions entre professionnels seront mises en place afin de définir quelles prises en charge pourraient être protocolisées, dans le respect des référentiels de bonnes pratiques de la Société Française de Radiologie.

Indicateurs :

- Nombre de réunions de travail
- Nombre de procédures ou protocoles communs

### C- Projet de pharmacie

#### 1) L'état des lieux de la pharmacie

##### a) L'offre existante au sein du GHT

| <u>Source établissements<br/>2015</u>  | <b>CH JACQUES<br/>COEUR</b>                               | <b>CH GEORGE<br/>SAND</b>                       | <b>CH ST AMAND<br/>MD</b>                               | <b>CH SANCERRE</b>                            | <b>CH VIERZON</b>  |
|--|---|---|---|---|--|
| <b>Nbre de lits pr lesquels la PUI s'est vu confier l'activité de PUI</b>                                  | MCO 521<br>SSR 125<br>USLD 60<br>ETS Non<br>sanitaire 129 | PSY 562<br>USLD 100<br>ETS Non<br>sanitaire 224 | MCO 95<br>SSR 74<br>USLD 41<br>ETS Non<br>sanitaire 299 | SSR 30<br>USLD 30<br>ETS Non<br>sanitaire 210 | MCO 126<br>SSR 92<br>USLD 46<br>ETS Non<br>sanitaire 193 |
| <b>La PUI est-elle autorisée à effectuer la stérilisation</b>  | Oui   | Non   | Non   | Non   | Oui  |
| <b>La PUI bénéficie-t-elle d'une informatisation du processus de stérilisation</b>                         | Oui   | Non   | Non   | Non   | Non  |
| <b>La PUI bénéficie-t-elle d'un lavage automatisé des bacs et chariots</b>                                 | Non   | Non   | Non   | Non   | Non  |
| <b>La PUI bénéficie-t-elle d'une solution d'informatisation du circuit du médicament (en nbre de lits)</b> | Oui<br>753  | Oui<br>886                                      | Oui<br>509  | Oui<br>270                                    | Oui<br>455   |
| <b>Nbre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutiques des ordonnances</b>                              | 728   | 886   | 509   | 270   | 455  |
| <b>Nbre de lits bénéficiant d'une délivrance nominative</b>  | 823   | 886   | 260   | 260   | 2<br>(hjd chimio)  |
| <b>Validation du CBU</b>   | Oui   | Non   | Oui   | Non   | Oui  |

| <u>Source établissements<br/>2015</u>   | CH JACQUES<br>COEUR | CH GEORGE<br>SAND | CH ST AMAND<br>MD | CH SANCERRE | CH VIERZON |
|---|---------------------|-------------------|-------------------|-------------|------------|
| Gestion des dispositifs médicaux implantables par la PUI  | Oui                 | NA                | NA                | NA          | Oui        |
| Informatisation de la gestion des stocks de la PUI  | Oui                 | Oui               | Oui               | Oui         | Oui        |
| Existence d'une ou plusieurs unités centralisées de préparations des médicaments de chimiothérapies anticancéreuse sous responsabilité pharmaceutique | Oui                 | NA                | NA                | NA          | Oui        |
| Existence d'une ou plusieurs unités centralisées de préparation de nutrition parentérale sous responsabilité pharmaceutique                           | Non                 | Non               | Non               | Non         | Non        |
| Existence d'une ou plusieurs unités centralisées pour d'autres préparations injectables sous responsabilité pharmaceutique                            | Oui                 | Non               | Non               | Non         | Non        |
| Vente au public des médicaments et dispositifs stériles   | Oui                 | Non               | Oui               | Non         | Oui        |
| Préparation par automate  | Non                 | Oui               | Non               | Non         | Non        |

### b) Les données d'activité

| <u>Source établissement<br/>2015</u> | CH JACQUES<br>COEUR             | CH GEORGE<br>SAND | CH ST AMAND<br>MD | CH SANCERRE | CH VIERZON |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------|------------|
| Nbre d'ordonnances analysées         | 355 302 lignes de prescriptions | 22 880            | 21 110 (niveau1)  | 5 150       | 27 619     |

|  | analysées<br>(niveau 1)   |   |   |   |   |
|--|---------------------------|---|---|---|---|
| <b>Nbre de préparations<br/>stériles réalisées</b> | 8 710 dont 68<br>collyres | - | - | - | 2 635<br>(2 210 pour le<br>CHV<br>425 pour le CH<br>Issoudun) |

### 2) Les enjeux de la mise en place du projet de pharmacie

- Améliorer et sécuriser la prise en charge médicamenteuse
- Assurer la continuité des soins tout au long du parcours du patient

### 3) Les orientations et objectifs du projet pharmacie

**Orientation stratégique 1:** Partager de l'information entre membres du GHT

**Objectif 1 :** Partager les livrets des médicaments et des dispositifs médicaux

---

Les centres hospitaliers parties au GHT du Cher s'engagent à mettre à disposition de chacun des autres établissements parties leurs livrets des médicaments et des dispositifs médicaux. Ceux-ci seront mis en ligne sur une plateforme d'échange et de partage de documents du GCS TELESANTE CENTRE.

Indicateur :

- Nombre de livrets partagés

**Objectif 2 :** Formaliser les pratiques existantes entre les cinq centres hospitaliers

---

Afin de rendre les organisations plus lisibles et de les sécuriser, certaines pratiques existantes vont être formalisées. Ont été identifiés les « dépannages » entre établissements en l'absence de stocks, la gestion des médicaments et dispositifs médicaux dont la date de péremption approche et pouvant être utilisés par un autre établissement. Cette liste n'est pas exhaustive. Cela s'inscrit dans une démarche de coopération entre les établissements et d'optimisation de la gestion des stocks.

Indicateur :

- Nombre de protocoles rédigés

#### Objectif 3 : Organiser des temps d'échanges/ des évaluations de pratiques professionnelles

Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, des évaluations des pratiques professionnelles sur des thématiques déterminées vont être organisées (ex : la substitution du médicament, la prise en charge médicamenteuse, la conciliation médicamenteuse et pharmaceutique....). De plus, des temps d'échanges entre pharmaciens auront lieu pour travailler sur des thématiques communes.

#### Indicateurs :

- Nombre d'EPP organisées
- Nombre de participants
- Nombre d'établissements représentés
- Nombre de réunions

#### Orientation stratégique 2 : Harmoniser les pratiques en matière de pharmacie

#### Objectif 4 : Formaliser une politique qualité commune de la prise en charge médicamenteuse

Les établissements de santé sont tenus de définir une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (article L61111-2 CSP). Chacun dispose donc de sa propre politique. Une politique commune du médicament sera formalisée en lien avec les autres objectifs du projet médical partagé.

Cela s'inscrit dans le cadre de la certification conjointe des établissements de santé qui interviendra à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 et qui comprend la thématique de la prise en charge médicamenteuse.

#### Indicateur :

- Rédaction d'une politique commune du médicament

#### Objectif 5 : Assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient entre centres hospitaliers

La continuité de la prise en charge médicamenteuse doit être garantie en cas de transferts de patients entre établissements parties au GHT. Cette continuité s'entend comme l'absence de rupture d'un traitement et de discordances à l'entrée dans un autre centre hospitalier. Elle doit être assurée tout au long du parcours du patient, notamment grâce à la conciliation médicamenteuse.

Indicateur :

- Nombre d'évènements indésirables liées à la rupture de la prise en charge médicamenteuse

Objectif 6 : Mettre en commun des protocoles thérapeutiques médicamenteux

---

De même que devront être mis en commun les livrets des médicaments et des dispositifs médicaux, les protocoles thérapeutiques médicamenteux devront être partagés et faire l'objet d'une harmonisation entre les établissements membres. Les protocoles intéressant le maximum d'établissement pourront être harmonisés et les protocoles spécifiques à un seul établissement seront partagés.

Indicateurs :

- Nombre de protocoles partagés
- Nombre de protocoles harmonisés

Orientation stratégique 3 : Mettre en œuvre des actions de pharmacie clinique

Objectif 7 : Identifier un référent départemental en antibiothérapie (cf projet antibiothérapie)

---

Objectif 8 : Favoriser le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux

---

La conciliation médicamenteuse permet d'assurer la continuité médicamenteuse à l'entrée, au transfert ou à la sortie d'un établissement de santé. Elle évite ou corrige les erreurs qui pourraient survenir et sécurise la prise en charge médicamenteuse. Celle-ci se fait au CH de SANCERRE mais pas aux CH JACQUES CŒUR – ST AMAND MONTROND et VIERZON. En effet, la conciliation demande du temps aux professionnels médicaux et au vu du nombre d'entrées, de transferts et de sorties, elle ne peut pas être réalisée pour tous les patients.

L'ensemble des professionnels du GHT sera formé à la réalisation de la conciliation médicamenteuse et devra disposer d'un logiciel adapté avec un module de conciliation médicamenteuse, communiquant avec le Dossier Patient Informatisé. L'un des freins soulevé pour la réalisation de la conciliation est constitué par un système d'information inadapté.

Indicateurs :

- Nombre d'établissements réalisant des conciliations
- Nombre d'établissements disposant d'un logiciel adapté
- Nombre de professionnels formés à la conciliation

#### Objectif 9 : Poursuivre l'analyse pharmaceutique

---

L'article R4235-48 du code la santé publique dispose que « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe...». Il existe trois niveaux d'analyse des prescriptions. Le niveau 1 : la revue de prescriptions, le niveau 2 : l'analyse documentée et le niveau 3 : le suivi pharmaceutique.

Les centres hospitaliers parties au GHT mettent tous en œuvre l'analyse pharmaceutique de niveau 1 selon des modalités différentes d'organisation et certains, dont le CH JACQUES CŒUR, souhaiteraient évoluer vers le niveau 2.

L'analyse pharmaceutique mise en œuvre devra se poursuivre au sein des établissements.

#### Indicateurs :

- Nombre de prescriptions analysées de niveau 1
- Nombre de prescriptions analysées de niveau 2

#### Orientation stratégique 4 : Mettre en œuvre la dispensation nominative et la Préparation des Doses à Administrer (PDA)

Depuis 2013, le CH GEORGE SAND dispose de deux automates de préparation des doses prêtes à l'administration pour les médicaments formes orales sèches, sis sur les sites de BOURGES et de DUN SUR AURON. Pour cet établissement, cette automatisation contribue à la sécurisation du circuit du médicament, à l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et à la sécurité des patients.

Le CH GEORGE SAND permettra aux autres centres hospitaliers de s'appuyer sur son expérience de mise en place de la préparation par automate et de la dispensation nominative des médicaments, pour définir leur besoin.

#### Indicateur :

- Etudes réalisées de besoins des établissements

## 6 - Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire

---

Une convention d'association entre le CH JACQUES COEUR, établissement support du GHT du Cher et le CHRU de TOURS est conclue en association avec la faculté de médecine.

Cette convention porte principalement sur les quatre missions qui doivent être assurées par le CHRU que sont :

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

## 7- Les modalités de suivi du projet médical partagé : mise en œuvre et évaluation.

---

Les objectifs identifiés dans le projet médical partagé seront déclinés en fiches action, qui comprendront notamment des échéances et des indicateurs mesurables et pertinents.

L'évaluation de ce projet sera réalisée chaque année et sera présentée aux instances du GHT.

## 8- Les thématiques transversales

---

### A- Éducation thérapeutique du patient

Le CH JACQUES CŒUR a deux programmes d'ETP autorisés. L'un est relatif à **l'éducation thérapeutique du patient diabétique** et l'autre est relatif à **l'éducation thérapeutique du patient stomisé**. Ils sont tous les deux autorisés depuis 2011.

Le CH JACQUES-CŒUR envisage de développer l'éducation thérapeutique sur la cardiologie, sur le diabète gestationnel et sur l'insuffisance rénale. Il souhaite également développer l'ETP pour les personnes obèses.

Le projet d'établissement du CH JACQUES CŒUR (2016-2020) prévoit la création d'une Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTEP).

Le CH de VIERZON met en œuvre un programme d'ETP relatif au **diabète adulte (type 1 et 2)**, qui comprend 6 ateliers et est proposé deux fois par semaine. Il est autorisé depuis 2014.

Le CH travaille également à la mise en œuvre d'un second programme autorisé relatif à la **cancérologie**. Les ateliers sont en cours de construction.

Il envisage de développer l'éducation thérapeutique sur l'insuffisance cardiaque et sur la pneumologie.

Les autres centres hospitaliers parties au GHT ne sont pas autorisés pour des programmes d'ETP. Toutefois, le CH de SANCERRE propose des « ateliers géragogiques » relatifs à l'apprentissage des sujets âgés malades.

### Les objectifs dans le cadre du GHT du Cher

Les objectifs suivants ont été retenus :

- recenser les ressources disponibles au sein du GHT et cartographier les compétences
- définir le type de formation attendue au niveau du GHT (coordonnateur avec un DU et/ou effecteurs avec la formation 40h)
- identifier en commun de pathologies pouvant faire l'objet d'un programme d'ETP
- soutenir des programmes d'ETP au niveau du GHT
- définir une politique d'ETP au niveau du GHT

## B- Télémédecine

| Point forts   | Points faibles   |
|---|--|
| Existence de plusieurs projets au sein des établissements du GHT                  | Absence d'identification des besoins et des usages avant acquisition du matériel     |
| Existence d'un comité de télémédecine au CH JACQUES CŒUR                          | Méconnaissance de tous les usages de la télémédecine                                 |
| Existence d'une IDE de télémédecine   | Financements non clairs  |
| Existence de MIRC (projet de Mutualisation des Images médicales en Région Centre) | Peu de temps médicaux disponibles  |
| Opérationnalité de plusieurs projets  | Compétences spécifiques IDE nécessaires  |
| Promotion et soutien du développement de la télémédecine par l'ARS                | Absence d'interopérabilité entre les périphériques et/ou les logiciels informatiques |
| Equipements d'établissements sanitaires et d'EHPAD du département en matériel     | Absence d'adhésion de tous les professionnels à ce dispositif                        |
| Absence de déplacement des patients   |  |
| Levier pour faire face à la démographie médicale du département                   |  |

### L'existant au sein du GHT du Cher :

#### **Projets du CH JACQUES CŒUR**

##### **Projets opérationnels :**

- **Téléconsultations** de suivi des **transplantations hépatiques** entre le CH JACQUES COEUR et le CHRU de TOURS
- **Télé staff** de suivi des **greffes rénales** entre le CH JACQUES COEUR et le CHRU de TOURS, tous les 15 jours.

- **Téléexpertises en neurochirurgie et neuro traumatologie** entre le service d'accueil des urgences du CH JACQUES COEUR et la neurochirurgie du CHRU de TOURS. Se fait en fonction des demandes pour des situations d'urgence
- **Téléexpertises en dermatologie** entre le CH JACQUES COEUR et l'USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire) de BOURGES. Effectuées sur les vacances du dermatologue en médecine interne au CH JACQUES CŒUR une demi-journée toutes les deux semaines.
- **Téléexpertise/Téléconsultations** entre le CH JACQUES CŒUR et l'USMP en **diabétologie-endocrinologie**.
- **Téléstaff régionaux** sur la douleur entre CH JACQUES CŒUR, le CHRU de Tours et les CH de BLOIS, ROMORANTIN et CHATEAUROUX.

#### Projets en cours :

- **Téléconsultations et télé expertises** avec des EHPAD du Cher (EHPAD BELLEVUE – EHPAD LA VALLEE BLEUE à ST AMAND MD) sur la **douleur**.
- **Téléexpertises** en ophtalmologie de second recours entre le CH JACQUES CŒUR et le CHRU de TOURS
- **Téléstaff** régionaux sur la **douleur** et neurochirurgie entre CHRU TOURS et les CH JACQUES CŒUR, BLOIS-VENDOME, CHINON et ROMORANTIN.
- **Télé expertises en urologie** entre le CH JACQUES COEUR (service d'urgences et service d'urologie) et le service d'urologie du CHRU de TOURS pour avis sur urgences urologiques ou avis de second recours sur des cas complexes.
- **Téléexpertises de néphrologie** du CH JACQUES COEUR pour des établissements du département (CH ou EHPAD)
- **Téléexpertises** pour le dépistage de la rétinopathie diabétique avec des clichés réalisés par une IDE ou un orthoptiste dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire et interprétés à distance par un ophtalmologue.
- **Télétransmission** des dossiers médicaux des détenus entre Unités Sanitaires de la Région via un canal sécurisé (plateforme régional de télémédecine).

#### Projets du CH GEORGE SAND :

- Trois EHPAD sont équipés de chariots et certains médecins sont formés à leur utilisation.
- Projet en cours : Téléconsultations de psychiatrie entre le CAOD et l'USMP de Bourges

#### **Projets du CH ST AMAND MD :**

---

Il n'y a pas de projet à l'étude.

#### **Projets du CH SANCERRE :**

---

Le CH dispose de 3 chariots dans ses EHPAD à SANCERRE – SURY EN VAUX et BOULLERET.

Les projets à l'étude sont :

- De proposer aux EHPAD du secteur une téléconsultation pour les troubles du comportement.
- De participer à la mise en place d'un staff gériatrique en téléconférence avec l'ensemble des services gériatriques du secteur.
- De permettre l'accès aux patients et aux résidents de l'établissement à certaines consultations.
- D'échanger avec le CM2R pour des consultations de recours.

#### **Projets du CH VIERZON :**

---

- Possibilité d'être offreur de téléconsultations en géronto-psychiatrie. Quatre EHPAD seraient intéressés mais ils ne sont pas équipés à ce jour (GRACAY – MASSAY – LES CEDRES à HENRICHEMONT et les PORTES DE SOLOGNE).

#### **Les objectifs dans le cadre du GHT du Cher :**

- recenser l'ensemble des besoins en télémédecine tant des centres hospitaliers que des établissements médico-sociaux (requérants/demandeurs)
- recenser les compétences disponibles pour répondre aux besoins identifiés (offreurs/requis/experts)
- promouvoir et valoriser les projets opérationnels développés par des membres du GHT
- s'appuyer sur l'IDE TELEMEDECINE du CH JACQUES CŒUR pour mettre en œuvre les objectifs relatifs à la télémédecine issus du projet médical partagé
- former des paramédicaux du GHT à l'utilisation de la plateforme de télémédecine
- identifier des référents télémédecine au sein du GHT.

## C- Prévention

Les centres hospitaliers JACQUES CŒUR, GEORGE SAND, ST AMAND MONTROND et VIERZON sont parties à un Contrat Local de Santé (CLS) qui comprend des actions de prévention.

Le CH JACQUES CŒUR est notamment co-pilote d'une action relative au dépistage du VIH et des IST hors les murs.

Les CH JACQUES CŒUR, GEORGE SAND, VIERZON et ST AMAND MONTROND sont associés aux travaux relatifs à l'optimisation du fonctionnement de la maison des adolescents.

Les CH JACQUES CŒUR ET GEORGE SAND sont associés aux travaux relatifs aux groupes de parole en périnatalité.

Le GEORGE SAND participe à la semaine d'information sur la santé mentale et à la semaine du bien dormir.

Le CH de VIERZON porte des projets de prévention dans le cadre du CLS : la mise en place d'une équipe mobile de coordination des soins ville/hôpital, la création d'un parcours de santé au sein de l'hôpital.

Il est également partenaire de l'action liée au repérage de la fragilité de la personne âgée et l'aide à sa prise en charge, à la prévention du diabète, le dépistage organisé des cancers,

L'éducateur d'activités physiques adaptées du CH de SANCERRE propose de travailler sur la prévention des chutes des personnes âgées.

### Les objectifs dans le cadre du GHT du Cher :

- Dégager des actions de prévention par rapport aux filières identifiées dans le PMP
- Définir le périmètre d'intervention des centres hospitaliers en matière de prévention
- Développer les partenariats avec le secteur associatif
- Rendre lisibles les actions auxquelles participe chacun des centres hospitaliers

## Titre 2 : LE PROJET DE SOINS PARTAGE

Le projet de soins partagé du GHT du Cher est élaboré par des professionnels issus des cinq établissements parties au GHT du Cher. Les travaux sont pilotés par le coordonnateur général des soins du GHT du Cher.

Il est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017.

Faits à BOURGES, le .....

en 6 exemplaires originaux

P/ le CH JACQUES CŒUR  
Mme Agnès CORNILLAULT, Directrice

P/ le CH GEORGE SAND  
M Jean-Paul SERVIER, Directeur

P/ le CH de SAINT AMAND MONTROND  
Mme Fatiha ZIDANE, Directrice

P/ le CH de SANCERRE  
Mme Marion RAVET, Directrice

P/ le CH de VIERZON  
M Florent FOUCARD, Directeur

### Annexe 1: Liste des membres des Groupes de travail

#### Groupe de travail Addictologie

| Dates de réunions | Nom                | Fonction  | Établissement         |
|-------------------|--------------------|---|-----------------------|
| 23 novembre 2016  | Mme le Dr JULIEN   | PH  | CH JACQUES COEUR      |
| 23 mars 2017      | <b>M SERVIER</b>   | <b>Directeur</b>  | <b>CH GEORGE SAND</b> |
|                   | Mme le Dr DUCHESNE | Chef de l'unité<br>d'hospitalisation en<br>addictologie | CH GEORGE SAND        |
|                   | M RICHOU           | Cadre de santé  | CH GEORGE SAND        |
|                   | M le Dr EL KHEIR   | Praticien   | CH VIERZON            |
|                   | Mme CORRUBLE       | Psychologue   | CH VIERZON            |
|                   | Mme DIAS           | IDE   | CH VIERZON            |
|                   | Mme FERREIRA       | IDE   | CH VIERZON            |

#### Groupe de travail Cancérologie

| Dates de réunions | Nom                      | Fonction                               | Établissement           |
|-------------------|--------------------------|--|-------------------------|
| 26 janvier 2016   | <b>M le Dr MAAKAROUN</b> | PH Chef de service<br>médecine interne | CH JACQUES COEUR        |
| 25 février 2016   | Mme le Dr DAWOOD         | PH Oncologue                           | CH JACQUES COEUR        |
| 21 mars 2016      | Mme PELAUD               | Cadre de santé                         | CH JACQUES COEUR        |
| 20 avril 2016     | M le Dr KANKU            | Oncogériatre                           | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                   | Mme FROIDEFOND           | Directrice adjointe                    | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                   | M le Dr ESSAYAN          | PCME                                   | CH VIERZON              |
|                   | M le Dr AL SATLI         | PH Chirurgien digestif et<br>viscéral  | CH VIERZON              |
|                   | Mme MASSARDIER           | Cadre de santé                         | CH VIERZON              |
|                   | <b>M FOUCARD</b>         | <b>Directeur</b>                       | <b>CH VIERZON</b>       |

#### Groupe de travail Cardio-vasculaire

| Dates de réunions | Nom                      | Fonction                               | Établissement           |
|-------------------|--------------------------|--|-------------------------|
| 7 mars 2017       | <b>M le Dr MARCOLLET</b> | <b>Chef de service<br/>Cardiologie</b> | <b>CH JACQUES COEUR</b> |
|                   | M le Dr DECHERY          | PH - Cardiologie                       | CH JACQUES COEUR        |
|                   | Mme le Dr HEURTEBISE     | PH - Cardiologie                       | CH JACQUES COEUR        |
|                   | Mme EVEN                 | CS Cardiologie                         | CH JACQUES COEUR        |
|                   | M TISSIER                | FF CS Cardiologie                      | CH JACQUES COEUR        |
|                   | M le Dr APPADOO          | PCME - Urgentiste                      | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                   | <b>M FOUCARD</b>         | <b>Directeur</b>                       | <b>CH VIERZON</b>       |
|                   | M le Dr SADEKALY         | Médecin Urgentiste                     | CH VIERZON              |

## Avenant 2 Convention Constitutive du GHT du Cher

Etat du document :

- Validé  
 A Valider

Page 159 sur 172

|                   |                              |            |
|-------------------|------------------------------|------------|
| M le Dr LEVEILLER | Praticien contractuel        | CH VIERZON |
| M le Dr OBOA      | Praticien attaché<br>associé | CH VIERZON |

### Réunion Chirurgie

| Date de la réunion      | Nom                  | Fonction   | Établissement           |
|-------------------------|----------------------|--|-------------------------|
| <b>16 novembre 2016</b> | Mme CORNILLAULT      | Directeur  | CH JACQUES COEUR        |
| <b>22 février 2017</b>  | M le Dr MICHEL       | PCME   | CH JACQUES COEUR        |
|                         | M le Dr BAUDET       | Chef du pôle chirurgie                                 | CH JACQUES COEUR        |
|                         | Mme DUPUY            | CSS pôle chirurgie                                     | CH JACQUES COEUR        |
|                         | Mme le Dr MARGELIDON | PH   | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                         | M FOUCARD            | Directeur  | CH de VIERZON           |
|                         | M le Dr CHAAR        | Chef de pôle chirurgie-<br>anesthésie-femme-<br>enfant | CH de VIERZON           |
|                         | Mme le Dr GEORGIEVA  | Anesthésiste   | CH de VIERZON           |
|                         | Mme ROCHE            | CSS Pôle chirurgie-<br>anesthésie-femme-<br>enfant     | CH de VIERZON           |

### Groupe de travail Filière gériatrique

| Dates de réunions      | Nom                        | Fonction   | Établissement           |
|------------------------|----------------------------|--|-------------------------|
| <b>18 janvier 2016</b> | <b>M le Dr RIGONDET</b>    | <b>Chef de pôle gériatrie</b>                                  | <b>CH JACQUES COEUR</b> |
| <b>24 février 2016</b> | Mme AULIBERT               | Directrice adjointe  | CH JACQUES COEUR        |
| <b>23 mars 2016</b>    | Mme CHASSIOT               | Cadre de santé   | CH JACQUES COEUR        |
| <b>18 avril 2016</b>   | Mme GOUNAUD                | Directrice adjointe  | CH ST AMAND<br>MONTROND |
| <b>10 mai 2017</b>     | M le Dr ALBOU              | Chef de pôle gériatrie   | CH ST AMAND<br>MONTROND |
| <b>31 mai 2017</b>     | M le Dr HEMDANE            | PH Médecine G  | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                        | M le Dr SEVERIN            | Chef du pôle EHPAD USLS  | CH VIERZON              |
|                        | Mme CAPPE                  | Directrice de la politique<br>en faveur des personnes<br>âgées | CH VIERZON              |
|                        | Mme TAILLANDIER            | Cadre supérieur de santé                                       | CH VIERZON              |
|                        | M le Dr BREARD             | Président de CME   | CH SANCERRE             |
|                        | <b>Mme RAVET</b>           | <b>Directrice</b>  | <b>CH SANCERRE</b>      |
|                        | M PETOT                    | FF Directeur des soins   | CH SANCERRE             |
|                        | M le Dr CHAFIER            | Chef de pôle personnes<br>âgées                                | CH GEORGE SAND          |
|                        | Mme BENSIZERARA            | Cadre supérieur de santé                                       | CH GEORGE SAND          |
|                        | Mme BOUCHARD-<br>CHAUMETTE | Cadre supérieur de santé                                       | CH GEORGE SAND          |

## Avenant 2 Convention Constitutive du GHT du Cher

Etat du document :

- Validé  
 A Valider

Page 160 sur 172

|                  |                      |                                     |
|------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Mme ALBOUY       | Directrice adjointe  | EHPAD LES RESIDENCES<br>DE BELLEVUE |
| Mme le Dr MONTOY | Médecin coordinateur | EHPAD LES RESIDENCES<br>DE BELLEVUE |
| Mme BRAY         | Directrice           | EHPAD LES CEDRES<br>(HENRICHEMONT)  |

### Groupe de travail gynécologie-obstétrique-pédiatrie

| Dates de réunions    | Nom                       | Fonction   | Établissement           |
|----------------------|---------------------------|--|-------------------------|
| <b>21 avril 2016</b> | <b>Mme le Dr NICOLAS</b>  | <b>Chef de service<br/>gynécologie-obstétrique</b> | <b>CH JACQUES COEUR</b> |
| <b>11 mai 2016</b>   | M le Dr COMBES            | Chef de pôle femme-<br>enfant                      | CH JACQUES COEUR        |
| <b>23 mars 2017</b>  | Mme le Dr HUBERT          | Chef de service pédiatrie                          | CH JACQUES COEUR        |
|                      | Mme LALIER                | CSS Sage-femme                                     | CH JACQUES COEUR        |
|                      | Mme BINANT                | CS pédiatrie -<br>néonatalogie                     | CH JACQUES COEUR        |
|                      | M le Dr JAMIL             | PH psychiatre                                      | CH GEORGE SAND          |
|                      | M DUSSAUD                 | Cadre de santé                                     | CH GEORGE SAND          |
|                      | Mme PELLETIER             | Educatrice   | CH GEORGE SAND          |
|                      | Mme DAMPIERRE-<br>GODFROY | Cadre de santé                                     | CH GEORGE SAND          |
|                      | M le Dr BORGHOL           | PH gynécologie-<br>obstétrique                     | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                      | M le Dr IDER              | PH pédiatre  | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                      | <b>M FOUCARD</b>          | <b>Directeur</b>                                   | <b>CH VIERZON</b>       |
|                      | M le Dr BARDIAU           | Chef de service<br>gynécologie-obstétrique         | CH VIERZON              |
|                      | M le Dr SALOMON           | Chef de service pédiatrie                          | CH VIERZON              |
|                      | Mme MAUR                  | Sage-femme   | CH VIERZON              |
|                      | Mme ROCHE                 | CSS Pôle chirurgie-<br>anesthésie-femme-<br>enfant | CH VIERZON              |

### Réunion HAD

| Date de la réunion       | Nom              | Fonction              | Établissement           |
|--------------------------|------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>26 septembre 2016</b> | Mme CORNILLAULT  | Directeur             | CH JACQUES COEUR        |
|                          | M le Dr VAZ      | Médecin coordonnateur | CH JACQUES COEUR        |
|                          | Mme le Dr DORION | Médecin coordonnateur | CH JACQUES COEUR        |
|                          | M le Dr MICHEL   | PCME                  | CH JACQUES COEUR        |
|                          | Mme BIGNELL      | IDE coordinatrice     | CH JACQUES COEUR        |
|                          | Mme ZIDANE       | Directrice            | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                          | Mme RAVET        | Directrice            | CH Sancerre             |

## Avenant 2 Convention Constitutive du GHT du Cher

Etat du document :

- Validé  
 A Valider

Page 161 sur 172

|                    |                       |  |
|--------------------|-----------------------|--|
| M le Dr BREARD     | PCME                  | CH Sancerre                            |
| M FOUCARD          | Directeur             | CH VIERZON                             |
| M le Dr ESSAYAN    | PCME                  | CH VIERZON                             |
| Mme BIET           | Directrice            | HAD KORIAN PAYS DES<br>TROIS PROVINCES |
| Mme le Dr FOURNIER | Médecin coordonnateur | HAD KORIAN PAYS DES<br>TROIS PROVINCES |

### Groupes de travail Hygiène Hospitalière - Antibiothérapie

| Dates de réunions      | Nom                        | Fonction                     | Établissement                   |
|------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <b>16 janvier 2017</b> | <b>M le Dr LEHIANI</b>     | <b>PH - Chef de service</b>  | <b>CH JACQUES COEUR</b>         |
| <b>27 février 2017</b> | M le Dr GUIMARD            | PH - Infectiologue           | CH JACQUES COEUR                |
|                        | Mme le Dr DESOUTTER        | Infectiologue                | CH JACQUES COEUR                |
|                        | Mme COTINEAU               | Cadre supérieure de<br>santé | CH JACQUES COEUR                |
|                        | Mme JOLIVET                | Cadre de santé               | CH JACQUES COEUR                |
|                        | Mme CHARON                 | IDE Hygiéniste               | CH JACQUES COEUR                |
|                        | Mme DUSSOULIER             | IDE Hygiéniste               | CH JACQUES COEUR                |
|                        | Mme le Dr MOREAU-<br>MONIN | PH Pharmacienne              | CH GEORGE SAND                  |
|                        | Mme LAURENT                | IDE hygiéniste               | CH GEORGE SAND                  |
|                        | Mme le Dr GUENOT           | Pharmacienne                 | CH ST AMAND<br>MONTROND         |
|                        | <b>Mme ZIDANE</b>          | <b>Directeur</b>             | <b>CH ST AMAND<br/>MONTROND</b> |
|                        | Mme DESPRES                | IDE Hygiéniste               | CH ST AMAND<br>MONTROND         |
|                        | M le Dr BARTHELEMY         | Pharmacien                   | CH SANCERRE                     |
|                        | Mme NOLMANS                | IDE Hygiéniste               | CH SANCERRE                     |
|                        | Mme RAVET                  | Directrice                   | CH SANCERRE                     |
|                        | Mme LAPORTE                | Cadre de santé               | CH SANCERRE                     |
|                        | M le Dr AMIRALTY           | PH                           | CH VIERZON                      |
|                        | Mme RENAUX                 | IDE Hygiéniste               | CH VIERZON                      |

### Groupes de travail Imagerie

| Dates de réunions      | Nom                      | Fonction  | Établissement                   |
|------------------------|--------------------------|---|---------------------------------|
| <b>19 janvier 2016</b> | <b>M le Dr COATRIEUX</b> | <b>PH Chef de département<br/>d'imagerie médicale</b> | <b>CH JACQUES COEUR</b>         |
| <b>10 mars 2016</b>    | Mme SOILLY               | Directrice adjointe                                   | CH JACQUES COEUR                |
| <b>20 avril 2016</b>   | Mme RICHARD              | Cadre de santé  | CH JACQUES COEUR                |
|                        | <b>Mme ZIDANE</b>        | <b>Directrice</b>                                     | <b>CH ST AMAND<br/>MONTROND</b> |
|                        | M le Dr PARENTE          | Radiologue  | CH ST AMAND                     |

## Avenant 2 Convention Constitutive du GHT du Cher

Etat du document :

- Validé  
 A Valider

Page 162 sur 172

|                  |  |             |          |
|------------------|--|-------------|----------|
|                  |  |             | MONTROND |
| M LEPINEUX       | MER FF Cadre de santé                  | CH ST AMAND | MONTROND |
| M le Dr AIT OUAL | PH Chef du pôle Urgences               | CH ST AMAND | MONTROND |
| M le Dr SAYEGH   | PH Chef du service d'imagerie médicale | CH VIERZON  |          |
| Mme MEUNIER      | Cadre de santé                         | CH VIERZON  |          |
| Mme MARTEAU      | MER                                    | CH VIERZON  |          |
| Mme DEBONNAIRE   | MER                                    | CH VIERZON  |          |

### Réunion Néphrologie-Hémodialyse

| Date de la réunion     | Nom                | Fonction            | Établissement             |
|------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>8 novembre 2016</b> | Mme CORNILLAULT    | Directeur           | CH JACQUES COEUR          |
|                        | M le Dr MICHEL     | PCME                | CH JACQUES COEUR          |
|                        | Mme PFAFF          | Directeur des soins | CH JACQUES COEUR          |
|                        | M le Dr MAKSOUR    | Chef de service     | CH JACQUES COEUR          |
|                        | M THOUVENIN        | FF cadre de santé   | CH JACQUES COEUR          |
|                        | M FOUCARD          | Directeur           | CH VIERZON                |
|                        | M le Dr ESSAYAN    | PCME                | CH VIERZON                |
|                        | Mme FAYE           | Directeur des soins | CH VIERZON                |
|                        | Mme WAUQUIER       | Directrice          | ARAUCO                    |
|                        | M le Dr LE CHAPOIS | Néphrologue         | ARAUCO                    |
|                        | M le Dr NONY       | Néphrologue         | ARAUCO - CH JACQUES COEUR |
|                        | Mme OLLIVIER       | Cadre de santé      | ARAUCO                    |

### Groupe de travail Pharmacie

| Dates de réunions        | Nom                                | Fonction                                     | Établissement                   |
|--------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <b>12 mai 2016</b>       | M KOUAM                            | Directeur adjoint                            | CH JACQUES COEUR                |
| <b>28 juin 2016</b>      | Mme le Dr GRAS                     | Chef du pôle médico-technique - Pharmacienne | CH JACQUES COEUR                |
| <b>20 septembre 2016</b> | Mme le Dr Marie-Christine RENAUDIN | Chef de service - Pharmacie                  | CH JACQUES COEUR                |
|                          | Mme JOUEN                          | Cadre de santé                               | CH JACQUES COEUR                |
|                          | M HANG                             | Préparateur en pharmacie                     | CH JACQUES COEUR                |
|                          | Mme le Dr GUENOT                   | Pharmacienne                                 | CH ST AMAND<br>MONTROND         |
|                          | <b>Mme ZIDANE</b>                  | <b>Directeur</b>                             | <b>CH ST AMAND<br/>MONTROND</b> |
|                          | Mme le Dr MAKDISE                  | Pharmacienne                                 | CH SANCERRE                     |
|                          | Mme KONATÉ                         | Directeur adjoint                            | CH SANCERRE                     |

## Avenant 2 Convention Constitutive du GHT du Cher

Etat du document :

- Validé  
 A Valider

Page 163 sur 172

|                           |                           |                   |
|---------------------------|---------------------------|-------------------|
| M le Dr BRÉARD            | PCME                      | CH SANCERRE       |
| <b>Mme le Dr BARONNET</b> | <b>VPCME Pharmacienne</b> | <b>CH VIERZON</b> |
| M GEHIN                   | Cadre de santé            | CH VIERZON        |
| M SEGUIN                  | Préparateur en pharmacie  | CH VIERZON        |
| Mme le Dr MOREAU-MONIN    | Pharmacienne              | CH GEORGE SAND    |
| Mme le Dr NÉDELEC         | Pharmacienne              | CH GEORGE SAND    |

### Réunion Prélèvements Multi-Organes

| Date de réunions    | Nom               | Fonction                    | Établissement    |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|------------------|
| <b>7 avril 2017</b> | Mme le Dr VOELLMY | Médecin responsable des PMO | CH JACQUES COEUR |
|                     | M le Dr MICHEL    | PCME                        | CH JACQUES COEUR |
|                     | Mme BRISSON       | IDE Coordinatrice           | CH JACQUES COEUR |
|                     | Mme BABIN         | CSS                         | CH JACQUES COEUR |
|                     | Mme CORNILLAULT   | Directrice                  | CH JACQUES COEUR |

### Groupe de travail Psychiatrie

| Dates de réunions      | Nom                                   | Fonction  | Établissement           |
|------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------|
| <b>24 mai 2016</b>     | Mme le Dr FAURE SENET                 | PH - Gériatrie  | CH JACQUES COEUR        |
| <b>25 octobre 2016</b> | Mme le Dr SAUDEAU/<br>M le Dr SALAMOR | Chef de service SAU-SAMU-SMUR-CENTRE 15 /<br>Médecin responsable des urgences | CH JACQUES COEUR        |
| <b>13 mars 2017</b>    | MME CHASSIOT                          | Cadre de santé  | CH JACQUES COEUR        |
|                        | M le Dr ALBOU                         | Chef de pôle GR et médecin co EHPAD<br>Champ Nadot                            | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                        | <b>M POTOCZEK</b>                     | <b>Directeur adjoint</b>  | <b>CH VIERZON</b>       |
|                        | Mme FOURNIER                          | IDE pôle médecine   | CH VIERZON              |
|                        | Mme PATIENT LELEU                     | Psychologue   | CH VIERZON              |
|                        | <b>Mme le Dr DUDEK</b>                | <b>Chef du pôle intra hospitalier</b>   | <b>CH GEORGE SAND</b>   |
|                        | Mme BERTHIAS                          | Directeur adjoint   | CH GEORGE SAND          |
|                        | Mme DESSERPRIX                        | Cadre supérieure de santé   | CH GEORGE SAND          |
|                        | Mme DIVET                             | IDE HTCD CH JC  | CH GEORGE SAND          |
|                        | M DUCASSE                             | IDE CMP VIERZON   | CH GEORGE SAND          |

### Groupe de travail Soins Palliatifs

| Dates de réunions    | Nom                   | Fonction                  | Établissement           |
|----------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|
| <b>27 avril 2016</b> | <b>M le Dr GERBER</b> | <b>PH Chef de service</b> | <b>CH JACQUES COEUR</b> |
| <b>25 mai 2016</b>   | Mme le Dr RIGONDET    | Chef de pôle gériatrie    | CH JACQUES COEUR        |

## Avenant 2 Convention Constitutive du GHT du Cher

Etat du document :

- Validé  
 A Valider

Page 164 sur 172

|                          |                        |                              |                         |
|--------------------------|------------------------|------------------------------|-------------------------|
| <b>20 septembre 2016</b> | M ALLIBERT             | Directeur adjoint            | CH GEORGE SAND          |
|                          | M le Dr CHAFIER        | Chef de pôle personnes âgées | CH GEORGE SAND          |
|                          | M le Dr FLACHAIRE      | PH SSR G                     | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                          | M GIOPP                | Cadre de santé               | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                          | <b>Mme RAVET</b>       | <b>Directrice</b>            | <b>CH SANCERRE</b>      |
|                          | Mme le Dr DAVID-BREARD | PH Gériatre                  | CH SANCERRE             |
|                          | M PETOT                | FF Directeur des soins       | CH SANCERRE             |
|                          | M le Dr ESSAYAN        | PCME                         | CH VIERZON              |
|                          | Mme ACARD              | Cadre de santé               | CH VIERZON              |

### Groupe de travail SSR

| Dates de réunions      | Nom                   | Fonction   | Établissement           |
|------------------------|-----------------------|--|-------------------------|
| <b>2 février 2016</b>  | <b>Mme AULIBERT</b>   | Directrice adjointe                                      | CH JACQUES COEUR        |
| <b>23 février 2016</b> | Mme le Dr RAMOS       | PH   | CH JACQUES COEUR        |
| <b>24 mars 2016</b>    | Mme TATIN-GUÉRIN      | Animateur filière AVC                                    | CH JACQUES COEUR        |
| <b>28 avril 2016</b>   | M GAULT               | Cadre de santé   | CH JACQUES COEUR        |
|                        | Mme FROIDEFOND        | Directrice adjointe                                      | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                        | M le Dr MILVOY        | PH SSR P   | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                        | M le Dr FLACHAIRE     | PH SSR G   | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|                        | Mme le Dr MEURILLON   | Chef du pôle SSR   | CH DE VIERZON           |
|                        | Mme le Dr SEVERIN     | Chef de service HDJG pôle SSR                            | CH DE VIERZON           |
|                        | Mme TAILLANDIER       | Cadre de santé   | CH VIERZON              |
|                        | Mme CAPPE             | Directrice de la politique en faveur des personnes âgées | CH VIERZON              |
|                        | <b>M le Dr BREARD</b> | PCME   | CH SANCERRE             |
|                        | Mme RAVET             | Directrice   | CH SANCERRE             |
|                        | M PETOT               | FF Directeur des soins                                   | CH SANCERRE             |

### Groupe de travail Urgences

| Dates de réunions      | Noms                  | Fonction                                   | Établissement    |
|------------------------|-----------------------|--|------------------|
| <b>14 janvier 2016</b> | <b>Mme CORNILLAUT</b> | Directrice                                 | CH JACQUES COEUR |
| <b>29 février 2016</b> | Mme SOILLY            | Directrice adjointe                        | CH JACQUES COEUR |
| <b>18 mars 2016*</b>   | Mme le Dr SAUDEAU     | PH Chef de service SAU-SAMU-SMUR-Centre 15 | CH JACQUES COEUR |

## Avenant 2 Convention Constitutive du GHT du Cher

Etat du document :

- Validé  
 A Valider

Page 165 sur 172

|  |                        |  |                         |
|--|------------------------|--|-------------------------|
| <b>31 mars 2016</b>                                      | M le Dr SALAMOR        | PH Médecin responsable structures d'urgences | CH JACQUES COEUR        |
|  | Mme BABIN              | Cadre supérieur de santé                     | CH JACQUES COEUR        |
|  | Mme JESNAK             | Cadre de santé                               | CH JACQUES COEUR        |
|  | Mme CARTERON           | Cadre de santé                               | CH JACQUES COEUR        |
|  | Mme ZIDANE             | Directrice                                   | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|  | <b>M le Dr APPADOO</b> | PCME - Urgentiste                            | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|  | M le Dr AIT OUAL       | PH Chef du pôle Urgences                     | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|  | M le Dr BITAUD         | PH Responsable Urgences-UHTCD                | CH ST AMAND<br>MONTROND |
|  | M le Dr BANDALY        | PH Chef du pôle Urgences                     | CH VIERZON              |
|  | M le Dr ASMAR          | PH Pôle Urgences                             | CH VIERZON              |
|  | Mme GAY                | Cadre de santé                               | CH VIERZON              |
| <b>*Participation de représentants du CH George Sand</b> |                        |  |                         |

### Annexe 2 : Lexique

Acte EDGAR : Entretien (E), démarche (D), groupe (G), accompagnement (A), réunion (R)

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AO : Astreinte Opérationnelle

ARS : Agence Régionale de santé

AS : Aide-Soignante

AS : Astreinte de Sécurité

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BHR : Bactérie Hautement Résistante

CAOD : Centre d'Accueil et d'Orientation Départemental

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CBUM : Contrat de Bon Usage du Médicament

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CLS : Contrat Local de Santé

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSP : Code de la Santé Publique

CVDL : Centre-Val De Loire

DCC : Dossier Communicant de Cancérologie

DIM : Département de l'information médicale

DMS : Duré Moyenne de Séjour

DP : Dialyse Péritonéale

EADSP : Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ESMS : Etablissements (et services) Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Education Thérapeutique du Patient

ETP : Equivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FHF : Fédération Hospitalière de France

G : Garde

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GO : Gynécologie Obstétrique

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète  
HDJ : Hospitalisation De Jour  
HP : Hospitalisation à temps Partiel  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IP DMS : Indice de Performance – Durée Moyenne de Séjour  
IRC : Insuffisance Rénale Chronique  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
LISP : Lits Identifiés Soins Palliatifs  
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer  
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée  
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique  
MIG : Missions d'Intérêt Général  
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation  
PA : Personnes Agées  
PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés  
Pdm : Parts de Marché  
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire  
PDSSES : Permanence Des Soins en Etablissements de Santé  
PH Praticiens Hospitaliers  
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
PRADO : PRogramme d'Accompagnement au retour à DOmicile  
PRS : Projet Régional de Santé  
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé  
PUI : Pharmacies à Usage Intérieur  
PMO : Prélèvement Multi-Organes  
RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire  
RMM : Revue de Morbi-Mortalité  
RSA : Résumé de Sortie Anonyme  
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours  
SDSI : Schéma Directeur du Système d'Information  
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile  
SSR : Soins de Suite et de Rééducation  
STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social  
T2A ou TAA : Tarification A l'Activité

TO : Taux d'Occupation

TRAJECTOIRE : outil d'aide à l'orientation en structures sanitaires ou en structure médico-sociales

UCLA : Unité de Consultation et de Liaison en Addictologie

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UDM : Unité de Dialyse Médicalisée

UHR : Unités d'Hébergement Renforcées

UNV : Unité Neuro Vasculaire

UREH : Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière

USC : Unité de Soins Continus

USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USP : Unité de Soins Palliatifs

UTEP : Unité Transversale d'Education Thérapeutique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

### Annexe 3 : Différents regroupements de racines de GHM

(Source ATIH )

| Hiérarchie des regroupements   |
|--|
| <b>D01 - Digestif</b>  |
| C06 - Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, côlon, rectum   |
| G001 - Chirurgies digestives hautes  |
| G002 - Chirurgie digestive majeure   |
| C07 - Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies   |
| G003 - Appendicectomies  |
| G004 - Hernies   |
| G006 - Chirurgie mineure grêle/colon   |
| G007 - Chirurgies rectum/anus (hors résections)  |
| G008 - Autres chirurgies digestives  |
| C08 - Chir. hépato-biliaire et pancréatique  |
| G009 - Cholécystectomies   |
| G010 - Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires   |
| K01 - Hépato-Gastro-Entérologie, sans acte opératoire, avec anesthésie   |
| G214 - Affections digestives sans acte opératoire de la CMD 06, avec anesthésie, en ambulatoire                      |
| K02 - Endoscopies digestives et biliaires avec ou sans anesthésie  |
| G022 - Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie  |
| G213 - Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours                             |
| X02 - Hépato-Gastro-Entérologie  |
| G005 - Occlusions, sub-occlusions digestives   |
| G011 - Prise en charge médicale des tumeurs malignes du tube digestif  |
| G012 - Ulcères, hémorragies digestives   |
| G013 - Suivi de greffes digestives   |
| G014 - Maladies inflammatoires de l'intestin   |
| G015 - Gastro-entérites et affections du tube digestif   |
| G016 - Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif  |
| G017 - Autres affections digestives  |
| G018 - Hépatites, cirrhoses  |
| G019 - Affections hépatiques sévères et affections du pancréas   |
| G020 - Autres affections hépatiques, voies biliaires   |
| G021 - Symptômes digestifs   |
| G023 - Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif, du système hépatobiliaire et du pancréas |
| <b>D02 - Orthopédie traumatologie</b>  |
| C09 - Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule   |
| G024 - Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)  |
| C10 - Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires   |
| G025 - Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires  |
| C11 - Chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations  |
| G027 - Ablations matériel  |
| G028 - Amputations   |
| G029 - Chirurgies main, poignet  |
| G030 - Chirurgie pour Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques                            |
| G031 - Chirurgie de la jambe   |
| G032 - Chirurgie de la cheville ou du pied   |
| G033 - Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses)  |
| G034 - Chirurgie des tissus mous   |
| G035 - Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes  |
| K08 - Traumatologie avec acte classant non opératoire ou anesthésie  |
| G026 - Chirurgie Fractures, entorses, luxations, tractions   |

|  |
|--|
| X05 - Traumatologie et ablation de matériel de l'appareil locomoteur                                   |
| G036 - Traumatismes du bassin et des membres   |
| G210 - Traumatismes du rachis  |
| D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)             |
| C04 - Chir. cardio-thoracique (hors transplant. d'organe), Pontages aorto-coronariens                  |
| G061 - Chirurgies valvulaires  |
| G062 - Pontages coronaires   |
| G063 - Chirurgie cardiaque, autres   |
| C13 - Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques   |
| G064 - Stimulateurs / défibrillateurs cardiaques   |
| C14 - Chirurgie vasculaire   |
| G072 - Chirurgies majeures revascularisation   |
| G073 - Ligatures veines  |
| G074 - Autres chirurgies vasculaires   |
| K04 - Aff. Cardio-vasculaire avec Acte classant non opératoire, ou anesthésie                          |
| G198 - Affections cardiovasculaires sans acte opératoire de la CMD 05, avec anesthésie, en ambulatoire |
| G200 - Varices avec acte autre que ligature et éveinage, en ambulatoire                                |
| K06 - Mise en place d'accès vasculaire   |
| G199 - Mise en place d'accès vasculaire  |
| X07 - Affections Cardio-vasculaires  |
| G065 - Cardiopathies, valvulopathies   |
| G066 - Coronaropathies   |
| G067 - Endocardites  |
| G068 - Hypertension artérielle   |
| G069 - Troubles du rythme/conduction   |
| G070 - Cardiologie autres  |
| G071 - Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire                         |
| G075 - Phlébites, varices et autres troubles vasculaires d'origine veineuse                            |
| D09 - Pneumologie  |
| C05 - Chir. majeure sur le thorax, l'app. respiratoire, interventions sous thoracoscopie               |
| G076 - Chirurgies thoraciques majeures   |
| G077 - Autres chirurgies thoraciques   |
| K07 - Endoscopies bronchiques, avec ou sans anesthésie   |
| G084 - Endoscopies bronchiques, avec ou sans anesthésie  |
| X08 - Pneumologie  |
| G078 - Bronchites, bronchiolites et asthme   |
| G079 - Embolies pulmonaires et détresses respiratoires   |
| G080 - Infections respiratoires  |
| G081 - Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil respiratoire                                 |
| G082 - Affections respiratoires, autres  |
| G083 - Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire                         |
| D10 - ORL, Stomatologie  |
| C15 - Chirurgie ORL stomato  |
| G085 - Chirurgies ORL majeures   |
| G086 - Chirurgie de l'oreille  |
| G087 - Amygdalectomies, VG, drains transT  |
| G088 - Autres chirurgies ORL   |
| G089 - Chirurgies de la bouche   |
| K09 - ORL Stomato avec Acte classant non opératoire et endoscopies                                     |
| G095 - Endoscopies ORL, avec ou sans anesthésie  |
| G207 - actes ORL et stomato divers   |
| X09 - ORL, Stomato   |
| G090 - Affections Cavité buccale et dents  |
| G091 - Infections ORL  |

|  |
|--|
| G092 - Prise en charge médicale des tumeurs malignes ORL, Stomato  |
| G093 - Pathologies ORL et Stomato autres   |
| G094 - Explorations et surveillance pour affections ORL  |
| D11 - Ophtalmologie  |
| C16 - Chirurgie Ophtalmologique et greffe de cornée  |
| G096 - Chirurgies ophtalmo lourdes   |
| G097 - Cataractes  |
| G098 - Allogreffes de cornées  |
| G099 - Autres chirurgies ophtalmo  |
| X10 - Ophtalmologie  |
| G100 - Affections oeil   |
| G101 - Infections oeil   |
| G102 - Explorations et surveillance pour affections de l'oeil  |
| D12 - Gynécologie - sein   |
| C17 - Chirurgie Gynécologique  |
| G103 - Chirurgie pour tumeurs malignes (app génital fem)   |
| G104 - Chirurgies pelviennes majeures (app gen féminin)  |
| G105 - Chirurgies utérus / annexes   |
| G106 - Autres chirurgies gynécologiques autres que le sein   |
| C18 - Chirurgie du sein  |
| G107 - Chirurgie pour tumeurs malignes sein  |
| G108 - Chirurgie du sein hors TM   |
| X11 - Gynécologie, Sénologie (hors Obstétrique)  |
| G109 - Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil génital féminin  |
| G110 - Autres affections appareil génital féminin  |
| G111 - AMP   |
| G112 - Infections gynécologiques d'organes autres que le sein  |
| G113 - Affections des seins  |
| G114 - Prise en charge médicale des tumeurs des seins  |
| G115 - Explorations et surveillance gynécologiques et des affections des seins                                     |
| D15 - Uro-néphrologie et génital   |
| C19 - Chirurgie Urologique   |
| G126 - Chirurgies reins, uretères, vessie, glandes surrénales  |
| G127 - Chirurgies transurétrales, autres   |
| C20 - Chirurgie de l'appareil génital masculin   |
| G128 - Chirurgies appareil génital masculin  |
| G129 - Circoncisions   |
| G130 - Chirurgies pelviennes majeures (urologie)   |
| G131 - Chirurgie des tumeurs appareil génital masculin   |
| K10 - Aff. génito-urinaires avec Acte classant non opératoire et endoscopies                                       |
| G140 - Endoscopies génito-urinaires, avec ou sans anesthésie   |
| G201 - Affections de l'appareil génital féminin sans acte opératoire de la CMD 13, avec anesthésie, en ambulatoire |
| G208 - Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire  |
| G209 - Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire  |
| K13 - Dialyse (hors Séances)   |
| G202 - 'Insuffisance rénale, avec dialyse  |
| X12 - Uro-Néphrologie médicale (hors Séances)  |
| G132 - Prise en charge médicale des tumeurs reins et voies urinaires   |
| G133 - Infections reins et voies urinaires, lithiases  |
| G134 - Autres affections reins, voies urinaires  |
| G135 - Explorations et surveillance pour affections du rein et des voies urinaires                                 |
| X13 - Appareil génital masculin  |
| G136 - Infections appareil génital masculin  |
| G137 - Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil génital masculin   |

|   |
|---|
| G138 - Autres affections appareil génital masculin  |
| G139 - Explorations et surveillance des affections de l'appareil génital masculin                                   |
| D16 - Hématologie   |
| C21 - Chir. pour Aff. des Org. Hématopoïétiques, Lymphomes, Leucémies, Tumeurs SID                                  |
| G141 - Chirurgie au cours des tumeurs malignes (hématologie)  |
| X01 - Greffe de moelle, Auto et Allogreffes de cellules souches   |
| G142 - greffes de cellules souches hématopoïétiques   |
| X14 - Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs SID                                     |
| G143 - Donneurs de moëlle   |
| G144 - Affections hématologiques malignes   |
| G145 - Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus        |
| G146 - Explorations et surveillance pour affections du sang et des organes hématopoïétiques                         |
| G147 - Explorations et surveillance pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus      |
| D19 - Endocrinologie  |
| C22 - Chirurgie de la Thyroïde, Parathyroïde, du Tractus Thyroïdienne, endocrinologie                               |
| G157 - Chirurgie des parathyroïdes, du tractus thyroïdienne, endocrinologie   |
| G158 - Chirurgie de la thyroïde   |
| X15 - Diabète, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications)   |
| G159 - Diabète  |
| G160 - Maladies endocriniennes hors diabète   |
| G161 - Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité  |
| G162 - Explorations et surveillance pour affections endocriniennes, troubles métaboliques, nutritionnels et obésité |
| G212 - Affections endocriniennes et problèmes alimentaires du nouveau né et du nourisson                            |
| D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané   |
| C23 - Parages de plaies, Greffes de peau, des Tissus S/C  |
| G163 - Greffes peau / parages hors brûlures   |
| X16 - Affections et traumatismes de la peau, gelures  |
| G164 - Intervention peau et tissu sous-cutané   |
| G165 - Affections peau et tissu sous-cutané   |
| G166 - Infections peau et tissu sous-cutané   |
| G167 - Prise en charge médicale des tumeurs de la peau et tissu sous-cutané   |
| G168 - Explorations et surveillance des affections de la peau   |