



PROJET MEDICAL ET SOIGNANT PARTAGE

DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

DE L'INDRE

Version modifiée janvier 2018

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
Préambule : une réforme structurante dans un territoire de santé fragilisé	p 4
1- LES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE DE SOINS ACTUELLE	p 9
1-1- Les opérateurs sur le territoire.....	p 9
1-2- L'offre de soins.....	p 11
1-2-1- Urgences	p 12
1-2-2- Médecine	p 13
1-2-3- Chirurgie	p 14
1-2-4- Obstétrique	p 15
1-2-5- Services de soins de suite et de réadaptation	p 16
1-2-6- Lits identifiés soins palliatifs (LISP)	p 17
1-2-7- Unité de soins longue durée (USLD).....	p 17
1-2-8- Unité d'hébergement renforcé (UHR).....	p 18
1-2-9- Hospitalisation à domicile (HAD).....	p 18
1-2-10- Psychiatrie	p 20
1-3- Le plateau technique.....	p 23
1-3-1- Imagerie médicale	p 23
1-3-2- Réanimation	p 25
1-3-3- Cardiologie interventionnelle	p 25
1-3-4- Pharmacie	p 26
1-3-5- Biologie.....	p 26
1-4- La permanence des soins.....	p 27
1-5- L'offre médico-sociale	p 29
2- LA STRATEGIE DU GHT DE L'INDRE.....	p 31
2-1- Les principes conducteurs.....	p 31
2-1-1- Des coopérations et des pratiques inter établissements structurantes préexistantes.....	p 31
2-1-2- Une dynamique pluridisciplinaire	p 33
2-1-3- Une logique de décloisonnement Ville/Hôpital.....	p 33
2-1-4- La place des usagers	p 34
2-1-5- L'association avec les CHU	p 34
2-1-6- L'association avec les établissements privés	p 35
2-1-7- Les objectifs partagés	p 35
2-2- Conduite du projet.....	p 36
2-2-1- Première étape (1 ^{er} juillet 2016).....	p 36
2-2-2- Deuxième étape (1 ^{er} janvier 2017).....	p 39
2-2-3- Troisième étape (1 ^{er} juillet 2017).....	p 40

3- LE PROJET MEDICO SOIGNANT DU GHT DE L'INDRE.	p 53
3-1- Les domaines d'activité	p 54
3-1-1 Urgences	p 54
3-1-2 Chirurgie	p 57
3-1-3 SSR	p 59
3-1-4 HAD	p 61
3-2- Les filières de soins	p 63
3-2-1 Prise en charge des AVC	p 63
3-2-2 Prise en charge de l'insuffisance cardiaque	p 73
3-2-3 Prise en charge de l'insuffisance respiratoire.....	p 78
3-2-4 Psychiatrie	p 86
3-2-5 Prise en charge des troubles cognitifs de la personne âgée	p 91
3-2-6 Prise en charge de la traumatologie de la personne âgée.....	p 98
3-2-7 Soins palliatifs.....	p 107
3-2-8 Gynécologie –obstétrique.....	p 116
3-2-9 Oncologie.....	p 123
3-3- Axes de développement partagés.....	p 133
3-3-1 Ressources médicales	p 133
3-3-2 Information médicale	p 133
3-3-3 Qualité et risques.....	p 133
3-3-4 Hygiène.....	p 134
3-3-5 Pharmacie.....	p 134
3-3-6 Imagerie médicale	p 135
3-3-7 Education thérapeutique du patient.....	p 135
3-3-8 Douleur	p 135
3-3-9 Biologie.....	p 136
 4- L'ORGANISATION DE LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES	 p 137

ANNEXES :

Annexe 1 : compte-rendu de la réunion ARS / Comité de pilotage du 15/02/2016

Annexe 2 : contribution des représentants des usagers du 09/05/2016

Annexe 3 : compte-rendu de la réunion des représentants des usagers du 08/09/2016

Annexe 4 : arrêté n° 2016-OSMS-0061 du 1^{er} juillet 2016 relatif à la création du GHT de l'Indre

Annexe 5 : arrêté n° 2016-OSMS-0071 du 30 août 2016 portant approbation de la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Indre

Annexe 6 : courrier de l'ARS Centre-Val de Loire en date du 30 août 2016

Annexe 7 : arrêté n° 2017-OSMS-0015 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Indre

Annexe 8 : courrier de l'ARS Centre-Val de Loire en date du 9 mars 2017

Une réforme structurante dans un territoire de santé fragilisé.

Le territoire de santé de l'Indre correspond au périmètre géographique du département de l'Indre.

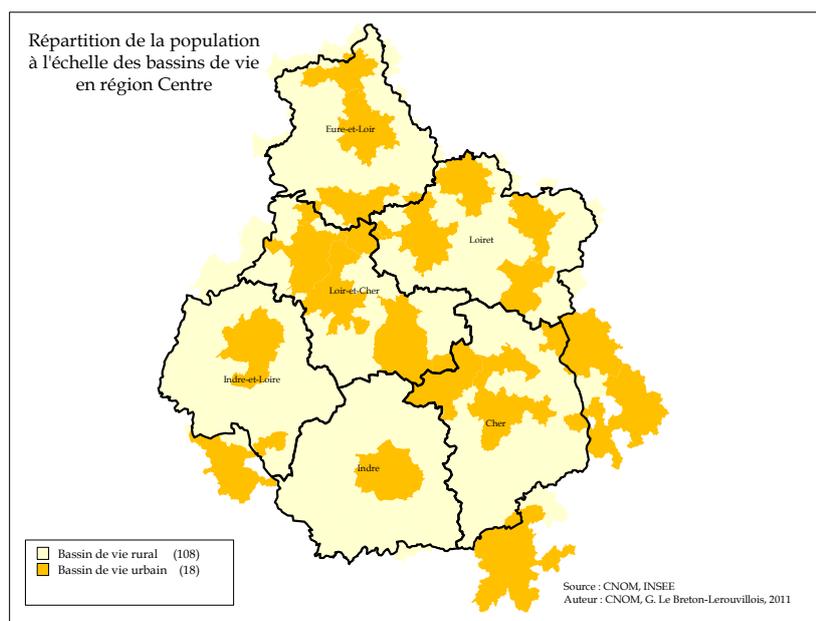
Dans cet espace rural, dont la population est vieillissante, la démographie médicale est largement inférieure aux standards nationaux. L'objectif fixé par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé- « assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité »- représente donc un objectif mobilisateur pour les professionnels, les élus et, bien sûr, les usagers.

a- Les caractéristiques du territoire de santé.

✚ Un territoire rural marqué par la place centrale de la ville de CHATEAUROUX

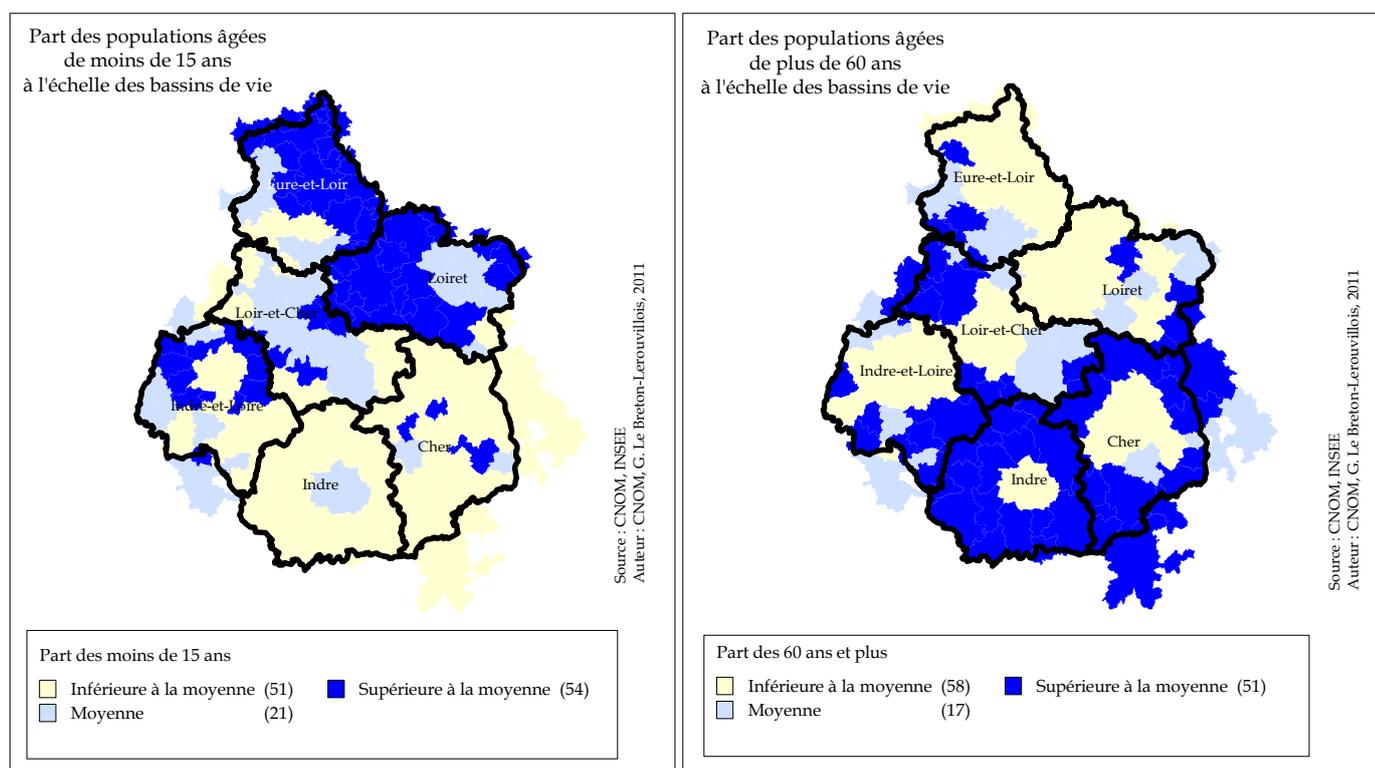
Le département de l'Indre recense une population de 232 268 habitants, soit 9,30 % de la population de la région Centre – Val de Loire et 0,35 % de la population française. Sa superficie est de 6 903 km². La densité de la population est de 34,20 habitants par km², contre 64,8 pour la région Centre – Val de Loire et 114,8 pour la France (source : plan territorial de santé de l'Indre, 2013-2016).

50,40 % des habitants de l'Indre vivent dans la zone d'emploi de CHATEAUROUX, qui, elle-même, représente 40,20 % des emplois du département. Le territoire compte donc un pôle urbain essentiel : Châteauroux.



Une population vieillissante

Aujourd'hui, 29,70 % de la population du département est âgée de plus de 60 ans, contre 22,60 % dans l'hexagone. En 2040, ce chiffre s'élèvera à 39,80 %. En valeur absolue, cela signifie que les établissements de santé de l'Indre couvrent aujourd'hui, les besoins de près de 69 000 personnes âgées de plus de 60 ans. A l'horizon 2040, cette tranche d'âge représentera, selon les projections de l'I.N.S.E.E., pratiquement 95 000 personnes.



Une démographie médicale en crise

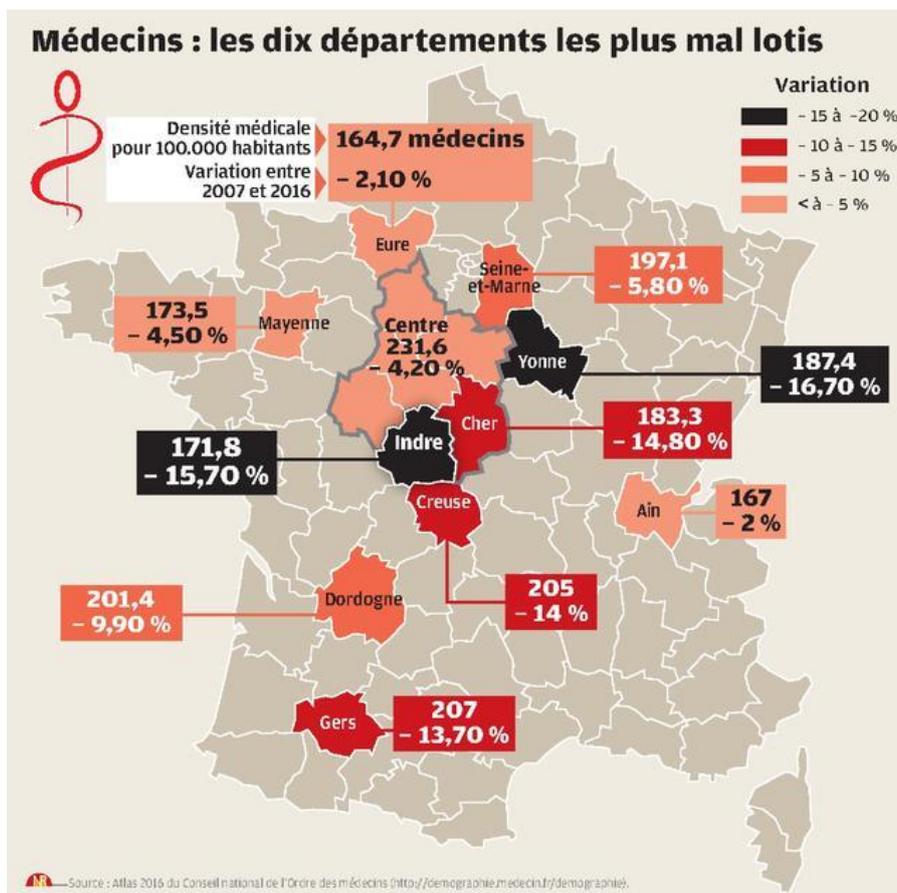
Outre l'âge élevé des habitants du département et ses caractéristiques rurales, le territoire de santé se singularise par sa faible démographie médicale.

La densité des médecins généralistes et spécialistes a atteint un seuil critique et la question du renouvellement de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire sera particulièrement aiguë dans les années qui viennent.

Entre 2007 et 2016, la densité médicale dans le département a ainsi chuté de 15,7 %.

Toutes catégories de professionnels confondues, elle est désormais de 171,8 médecins pour 100 000 habitants contre 291,9 au niveau national.

En France métropolitaine, seuls l'Eure et l'Ain ont une densité médicale plus faible, mais sans variation significative depuis 10 ans : -2% contre -15,7% pour l'Indre, sur la même période.



Source : conseil national de l'ordre des médecins, 2016.

Les professionnels de santé libéraux en exercice au 31.03.2017

Professionnels de santé libéraux	18	28	36	37	41	45	Région
Médecins généralistes							
Nombre	221	283	150	579	264	478	1976
Densité pour 100 000 habitants	70,91	65,36	65,68	96,46	79,52	71,82	76,87
Part des moins de 55 ans (%)	43,89	42,4	26,27	52,5	42,05	39,54	44,59
Médecins spécialistes							
Nombre	181	252	79	567	212	474	1726
Densité pour 100 000 habitants	58,08	58,2	34,59	94,46	63,86	71,22	67,15
Part des moins de 55 ans (%)	43,65	38,49	7,88	49,56	38,68	44,73	43,4
Chirurgiens-dentistes							
Nombre	134	165	78	288	132	273	1067
Densité pour 100 000 habitants	43	38,11	34,2	47,98	39,76	41,02	41,51
Part des moins de 55 ans (%)	58,96	62,42	48,72	64,24	53,79	64,47	60,92
Infirmiers							
Nombre	307	307	287	537	316	511	2265
Densité pour 100 000 habitants	98,51	70,91	125,83	89,46	95,18	76,77	88,11
Part des moins de 50 ans (%)	68,08	66,45	64,46	64,99	63,61	71,62	66,84
Masseurs kinésithérapeutes							
Nombre	175	202	113	527	172	460	1649
Densité pour 100 000 habitants	56,15	46,65	49,54	87,8	51,81	69,11	64,15
Part des moins de 50 ans (%)	66,29	62,38	62,83	74,38	55,81	71,09	68,41

Sources : RPPS/INSEE

Au niveau des établissements publics de santé, les effectifs médicaux ne sont pas au complet dans de nombreuses spécialités, faute de candidats.

Dans ce contexte de tension sanitaire, les acteurs locaux avaient d'ores et déjà pris des initiatives pour maintenir la qualité de l'offre de soins. Néanmoins, l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé, qui introduit le principe de groupement hospitalier de territoire, constitue une réforme nouvelle et structurante.

b- La dynamique du groupement hospitalier de territoire

A ce jour, trois arrêtés de l'ARS Centre - Val de Loire fixe le cadre du GHT de l'Indre :

- L'arrêté n° 2016-OSMS-0061 du 1^{er} juillet 2016 portant création du GHT de l'Indre,
- L'arrêté n° 2016-OSMS-0071 du 30 août 2016 portant approbation de la convention constitutive du GHT de l'Indre,
- L'arrêté n° 2017-OSMS-0015 du 9 mars 2017 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention constitutive du GHT de l'Indre.

La démarche de projet propre à l'élaboration du projet médical et soignant partagé du GHT de l'Indre sera détaillée plus loin.

Mais il est important de souligner que la construction du GHT de l'Indre a impulsé une forte dynamique territoriale qui s'inscrit dans un mouvement plus vaste, sous l'égide de l'ARS Centre - Val de Loire et du CHU de Tours. Les équipes médicales, paramédicales, les responsables des fonctions supports des établissements et les équipes de direction sont fortement mobilisés depuis le début de l'année 2016 (voir tableau ci-dessous).

		03/04 2016	05/06 2016	07/08 2016	09/10 2016	11/12 2016	01/02 2017	03/04 2017	05/06 2017	07/08 2017	09/10 2017	11/12 2017	01/02 2018
Elaboration PRS 2 (2018-2022)	Evaluation du PRS 1												
	Définition des territoires de démocratie sanitaire												
	Installation des conseils territoriaux de Santé												
	Diagnostics territoriaux partagés et diagnostic régional												
	Élaboration du COS (1)												
	Élaboration du SRS (1)												
	Élaboration du (PRAPS) (1)												
	Consultations obligatoires relatives au PRS 2												
	Publication du PRS 2												
Conférences hospitalo universitaires (annuelles)	Elaboration / Publication												
Réunions du G6	Conférences téléphoniques ou réunions des six établissements supports en lien avec l'ARS Centre – Val de Loire												
Schéma gérontologique départemental (2017-2022)	Elaboration / Publication												
Travaux relatifs à la filière gériatrique ARS 36	Comités de pilotage												
	Réunions du groupe de travail « accès aux soins »												
	Réunions du groupe de travail géronto psychiatrie												
	Réunions du groupe de travail « sorties d'hospitalisation »												
	Réunions du groupe de travail « articulation domicile gériatrie »												
Elaboration du PMSP du GHT de l'Indre (2)	Processus (engagé depuis mai 2015 : voir plus loin)												
	Transmission à l'ARS Centre - Val de Loire de la 1° version du PMP du GHT de l'Indre												
	Transmission à l'ARS Centre - Val de Loire de la 2° version du PMP du GHT de l'Indre												
	Transmission à l'ARS Centre - Val de Loire du PMSP du GHT de l'Indre												

+ contribution aux travaux des Contrats Locaux de Santé du territoire de CHATEAUROUX METROPOLE ; PAYS de la Brenne, VALENCAY, LA CHATRE, ISSOUDUN

(1) : le cadre d'orientation stratégique (COS), le schéma régional de santé (SRS) et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) constituent les trois documents stratégiques du projet régional de santé (PRS 2). Ils auront une durée de validité de cinq ans.

(2) : voir plus loin pour la démarche projet détaillée.

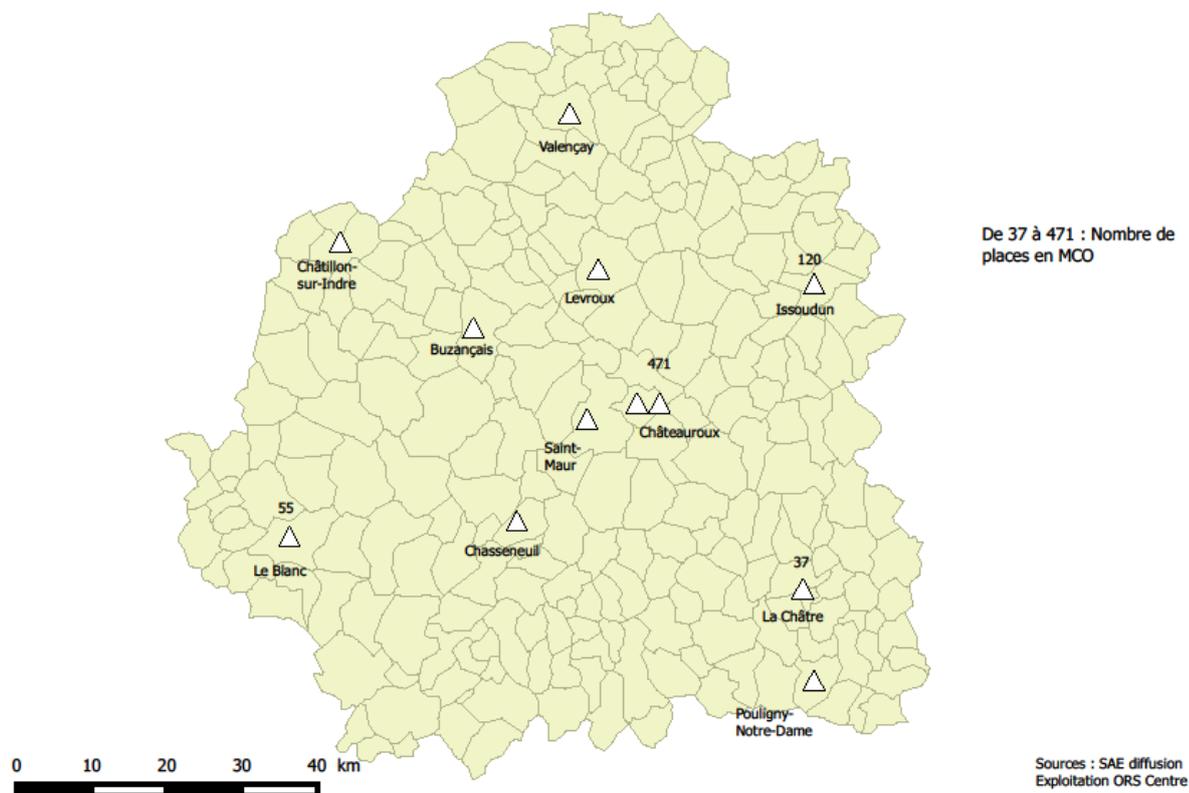
1- LES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE DE SOINS ACTUELLE.

1-1- LES OPERATEURS SUR LE TERRITOIRE.

Sur le territoire de santé, l'offre de soins s'articule autour de :

- 3 centres hospitaliers :
Châteauroux-Le Blanc
Issoudun
La Châtre
- 4 ex hôpitaux locaux :
Chatillon-sur-Indre
Buzançais
Levroux
Valençay
- 3 cliniques :
Clinique Saint-François à Châteauroux
Clinique de Manoir en Berry (Poulligny-Notre-Dame) - (S.S.R.)
Clinique du Haut-Cluzeau (Chasseneuil) - (psychiatrie)
- Le centre départemental gériatrique de l'Indre (81 lits de soins de longue durée).
- L'établissement privé d'HAD Korian, pays des trois provinces (Vierzon)

Etablissements sanitaires de l'Indre (publics et privés)



N.B. : le nombre de lits M.C.O. concerne exclusivement l'activité hospitalière publique

Etablissements sanitaires publics de l'Indre

Numéro FINESS	SIRET	Raison sociale	Adresse	Tel	Fax	Lib catégorie
360000137	263 600 033 00017	CH DE CHATEAUROUX-LE BLANC SITE DE CHATEAUROUX	216 AVENUE DE VERDUN - BP 585 36019 CHATEAUROUX CEDEX	02 54 29 60 00	02 54 29 60 40	Centre Hospitalier (C.H.)
	263 600 033 00165	CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE DU BLANC	5 RUE PIERRE MILON - BP 202 36300 LE BLANC	02 54 28 28 28	02 54 28 28 38	Centre Hospitalier (C.H.)
360000186	263 600 025 00013	CH "SAINT-ROCH" DE BUZANCAIS	1 RUE NOTRE DAME 36500 BUZANCAIS	02 54 84 03 12	02 54 84 28 15	Centre hospitalier, ex Hôpital local
360000202	263 600 058 00014	CH DE CHATILLON-SUR-INDRE	13 AVENUE DE VERDUN - BP 33 36700 CHATILLON-SUR-INDRE	02 54 02 33 33	02 54 02 33 30	Centre hospitalier, ex Hôpital local
360000038	263 600 090 00017	CH « LA TOUR BLANCHE » D'ISSOUDUN	AVENUE JEAN BONNEFONT - BP 190 36105 ISSOUDUN CEDEX	02 54 03 54 03	02 54 03 54 32	Centre Hospitalier (C.H.)
360000145	263 600 066 00017	CH DE LA CHATRE	40 RUE DES OISEAUX - BP 126 36400 LA CHATRE	02 54 06 54 54	02 54 48 10 25	Centre Hospitalier (C.H.)
360006688	263 600 041 00051	CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE	GIREUGNE - BP 317 36250 SAINT-MAUR	02 54 53 77 50	02 54 53 77 72	Etablissement de Soins Longue Durée
360000251	263 600 108 00017	CH DE LEVROUX	60 RUE NATIONALE 36110 LEVROUX	02 54 29 10 00	02 54 29 10 19	Centre hospitalier, ex Hôpital local
360000178	263 600 132 00017	CH « SAINT CHARLES » DE VALENCAY	24, RUE DES PRINCES 36600 VALENCAY	02 54 00 30 00	02 54 00 30 50	Centre hospitalier, ex Hôpital local

Source : site internet : finess.sante.gouv.fr

1-2- L'OFFRE DE SOINS.

Récapitulatif de l'offre du GHT de l'Indre

	M.C.O.	Psy.	S.S.R.	U.S.L.D.	H.A.D.	S.S.I.A.D.	E.H.P.A.D.	Accueil jour	Héberg. Tempo.	P.A.S.A .
C.H. CHATEAUROUX- LE BLANC (site de CHATEAUROUX)	401 lits + 33 places	124 lits + 113 places	60+10 places HDJ		15					
C.H. CHATEAUROUX- LE BLANC (site du BLANC)	55 + 7 places		50	30	5	36	145	6	2	
C.H. BUZANCAIS			28			36	126		5	
C.H CHATILLON/INDRE			35	31	5	70	155			14
C.H. ISSOUDUN	54		132	30		72	174	10	2	
C.H. LA CHATRE	25	40	35			65	345	10+8 (psy)		
CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE				81			558	10	14	14
C.H. LEVROUX			15			25	160		6	14
C.H. VALENCAY			15 (+ 15 lits en attente d'ouverture)			37	151			
E.H.P.A.D. de VATAN						24	76			

1-2-1- URGENCES

CH CHATEAUROUX-LE BLANC	
SITE DE CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
SAU Structure d'accueil des urgences	oui
SHCD Service d'hospitalisation de courte durée	Hospitalisation complète : 10 lits
USC Unité de soins continus	Hospitalisation complète : 4 lits
SMPU Service de médecine polyvalente d'urgence	Hospitalisation complète : 20 lits
SMUR	2
SMUR hélicoptéré	1
Centre 15 Participation aux heures de la PDS de médecins libéraux à la régulation médicale	oui
CESU Centre d'enseignement des soins d'urgence	oui
PMOT Prélèvements multi-organes et de tissus	oui

CH CHATEAUROUX-LE BLANC	
SITE DU BLANC	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Structure d'urgence	oui
UHCD	Hospitalisation complète : 3 lits
USC	Hospitalisation complète : 3 lits
Antenne SMUR	1

CH ISSOUDUN	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Structure d'urgence	oui
UHCD	Hospitalisation complète : 6 lits
Antenne SMUR (9/19h) du CH CHATEAUROUX-LE BLANC	oui

CH LA CHATRE	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Unité mobile correspondante SAMU (UMCS)	oui

Réseau de médecins correspondants SAMU sur le territoire de santé	35
---	----

1-2-2- MEDECINE

Etablissements du GHT de l'Indre	Médecine générale	Cardiologie	Oncologie	Maladies respiratoires	Médecine interne	Médecine polyvalente d'urgence	Neurologie	Gériatrie
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE CHATEAUROUX		HC : 43 lits HDJ : 1 place USIC : 9 lits Consultations Consultations avancées à Issoudun et à la MS d'Argenton-sur-creuse	HC : 22 lits HDJ : 14 places Consultations Consultations avancées à Buzançais, La Châtre et Issoudun	HC : 22 lits Consultations Consultations avancées à Issoudun	HC : 40 lits HDJ : 6 places Consultations	HC : 20 lits	HC : 16 lits HDJ : 4 places* Consultations Explorations fonctionnelles Unité AVC	HC : 16 lits HDJ : 4 places* Consultations
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE LE BLANC	HC : 30 lits Consultations	Consultations						
CH ISSOUDUN	HC : 30 lits Consultations		HDJ : 4 places					HC : 20 lits
CH LA CHATRE	HC : 25 lits HDJ : 3 places Consultations							
CH BUZANÇAIS								
CH CHATILLON-SUR-INDRE								
CDGI								
CH LEVROUX								
CH VALENÇAY								
EHPAD VATAN								

* Lits mutualisés avec un autre service
 HC : hospitalisation complète
 HDJ : hospitalisation de jour

Secteur privé :

CLINIQUE SAINT FRANCOIS, CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Médecine	Hospitalisation complète : 13 lits

Source : rapport de certification v2010 clinique saint François, février 2013.

1-2-3- CHIRURGIE

CH CHATEAUROUX-LE BLANC	
SITE DE CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Orthopédie et traumatologie	Hospitalisation complète : 28 lits + 10 lits Consultations Consultations avancées sur Issoudun
Chirurgie digestive et viscérale	Hospitalisation complète : 26 lits + 5 lits Consultations Consultations avancées sur Issoudun et La Châtre
Chirurgie ORL et cervico-faciale Chirurgie dentaire Chirurgie carcinologique	Hospitalisation complète : 16 lits Consultations Consultations avancées ORL sur Issoudun
Chirurgie vasculaire	Hospitalisation complète : 12 lits Consultations Consultations avancées de chirurgie à Issoudun et d'angiologie sur MSP d'Argenton-sur-Creuse
Gynécologie Chirurgie carcinologique	Hospitalisation complète : 40 lits Consultations Consultations avancées à Issoudun, La Châtre et Chatillon-sur-Indre
Ophthalmologie	Hospitalisation complète : 2 lits Consultations
Hépatogastro-entérologie	Hospitalisation complète : 24 lits Hospitalisation de jour (UCA) : 10 places* Consultations Consultations avancées sur MSP d'Argenton-sur-Creuse
Chirurgie ambulatoire	8 places + 6 fauteuils

* Lits mutualisés avec un autre service

CH CHATEAUROUX-LE BLANC	
SITE DU BLANC	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Chirurgie générale	Hospitalisation complète : 6 lits
Hépatogastro-entérologie	Consultations
Unité médico-chirurgicale ambulatoire	7 places

Secteur privé :

CLINIQUE SAINT FRANCOIS, CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Chirurgie	91 lits et places
Salles de bloc	2

Source : rapport de certification v2010 clinique saint François, février 2013.

1-2-4- OBSTETRIQUE

CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE DE CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Gynécologie-obstétrique	Hospitalisation complète : 38 lits Consultations Consultations avancées à Issoudun, La Châtre et Chatillon-sur-Indre
Néonatalogie niveau 2a	Hospitalisation complète : 6 lits
Centre de planification et d'éducation familiale	Oui ouvert du lundi au vendredi
IVG	Hospitalisation complète : 2 lits

CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE DU BLANC	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Gynécologie-obstétrique	Hospitalisation complète : 13 lits
Centre de planification et d'éducation familiale	Oui ouvert une demi-journée par semaine
IVG	Hospitalisation de jour

CH ISSOUDUN	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Centre périnatal de proximité	Oui
Centre de planification et d'éducation familiale	Oui ouvert du lundi au vendredi
IVG médicamenteuse	Oui

+ Réseau périnatalité

Secteur privé :

Activité libérale

54 sages femmes soit 23 pour 100 000 habitants (source RPPS)

1-2-5- SERVICES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Etablissements du GHT de l'Indre	SSR polyvalent	SSR spécialisé affections respiratoires	SSR polypathologies gériatriques	SSR polypathologies	Médecine physique et de réadaptation*	SSR addictologie
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE CHATEAUROUX	60 lits (dont 5 LISP)	5 places d'HDJ non ouvertes		5 places d'HDJ non ouvertes		
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE LE BLANC			30 lits			20 lits
CH ISSOUDUN	20 lits		18 lits		85 lits + 10 HDJ dont 6 lits « état végétatif chronique, état pauci-relationnel » + 1 lit de répit	
CH LA CHATRE	35 lits					
CH BUZANÇAIS	28 lits (dont 6 orientation oncologie)					
CH CHATILLON-SUR-INDRE	35 lits					
CDGI						
CH LEVROUX	15 lits					
CH VALENÇAY	15 lits + 15 lits prochainement (dont 2 LISP)					
EHPAD VATAN						

* appareil locomoteur et système nerveux

Secteur privé :

CLINIQUE SAINT FRANCOIS, CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
SSR	20 lits HC et 10 places d'HDJ

Source : rapport de certification v2010 clinique saint François, février 2013.

CLINIQUE DU MANOIR EN BERRY, POULIGNY NOTRE DAME	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
SSR	30 lits

INDRE-ET-LOIRE (37)

Centre Bois Gibert
Lieu-dit Bois Gibert
37510 BALLAN-MIRE

CREUSE (23)

Centre médical national Sainte-Feyre
4 les Bains
23000 SAINTE-FEYRE

LOIR ET CHER (41)

Institut Médical de Sologne Lamotte Beuvron
1 rue Cécile Boucher
41600 LAMOTTE BEUVRON

1-2-6- LITS IDENTIFIES SOINS PALLIATIFS (LISP)

IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS NOMS	NOMBRE DE LISP	Dont	Dont	Dont	Dont
		Med	Chir	USLD	SSR
Centre hospitalier d'Issoudun	4	4			
Centre hospitalier de Châteauroux	20	14	1		5
Centre hospitalier du Blanc	4	2			2
Clinique Saint-François à Châteauroux	3		3		
Centre départemental Les Grands Chênes	3 (*)			3	
Hôpital local de Valencay	2				2
Centre hospitalier de La Châtre	5	5			
TOTAL	41	25	4	3	9
Taux d'équipement	17,98				

Source : *Extrait du bilan d'activité du réseau de soins palliatifs en région Centre – Val de Loire – Année 2015*

(*) : Demande en cours pour 7 LISP supplémentaires.

1-2-7- UNITE DE SOINS LONGUE DUREE (USLD)**CH CHATEAUROUX-LE BLANC****SITE DU BLANC**

DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
USLD	30 lits

CH ISSOUDUN

DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
USLD	30 lits

CH CHATILLON-SUR-INDRE	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
USLD	31 lits

CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE (CDGI)			
ETABLISSEMENTS	OFFRES DE SOINS	PROFIL DE LA RESIDENCE	Sécurisation de l'accès
LA CHENERAIE USLD	64	Soins lourds avec surveillance continue	
UHR USLD	17	Troubles de comportement importants/instables	Oui
Total des USLD	81		

1-2-8- UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCE (UHR)

CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE (CDGI)	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
UHR au sein de l'USLD	17 lits

EHPAD DU CH LA CHATRE	
ETABLISSEMENTS	OFFRES DE SOINS
UHR au sein de l'EHPAD	14 lits

1-2-9- HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE DE CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
HAD	15 lits

CH CHATEAUROUX - LE BLANC SITE DU BLANC Antenne du site de CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
HAD	5 lits

CH CHATILLON-SUR-INDRE Antenne du site de CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
HAD	5 lits

CH LA CHATRE Antenne du site de CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
HAD	Autorisation d'extension de la zone d'intervention du CH de CHATEAUROUX/LE BLANC au secteur de LA CHATRE par Arrêté n° 2016-OSMS-0090 de l'ARS Centre – Val de Loire en date du 17 novembre 2016. Déploiement à venir.

Secteur privé :

KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES, VIERZON	
Zone d'intervention : arrondissements de Vierzon (Cher) et d'Issoudun (Indre), ainsi que sur les zones d'emploi d'Aubigny-sur-Nère et de Saint-Amand-Montrond.	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
HAD	

Zone d'intervention de l'HAD KORIAN : arrondissements de **Vierzon (Cher)** et d'**Issoudun (Indre)**, ainsi que sur les zones d'emploi d'**Aubigny-sur-Nère** et de **Saint-Amand-Montrond**.



1-2-10- PSYCHIATRIE

CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE DE CHATEAUROUX	
DISCIPLINE : PSYCHIATRIE ADULTE	OFFRES DE SOINS
Service de soins psychiatriques intra-hospitaliers regroupant 4 unités d'hospitalisation différenciées :	120 lits <i>dont</i>
- Pavillon A (unité de soins intensifs – pavillon fermé disposant de 5 chambres en unité d'hospitalisation protégée)	25 lits
- Pavillon B (unité de réhabilitation)	35 lits
- Pavillon C (Unité d'accueil et d'orientation)	35 lits
- Pavillon D (unité d'addictologie)	25 lits
Service de soins ambulatoires regroupant :	
Châteauroux	CMP / CATT Consultations post pénales Institut du couple et de la famille (ICF) Réseau santé précarité de l'Indre rejetant l'exclusion (RESPIRE) 2 appartements thérapeutiques (quartier Beaulieu)
Buzançais	CMP / CATT
Le Blanc	CMP / CATT
Argenton-sur-Creuse	CMP / CATT
Mers-sur-Indre	Appartements thérapeutiques (14 places)
Vatan	Appartements thérapeutiques (15 places)

A NOTER : une particularité de la sectorisation psychiatrique dans le département de l'Indre : la prise en charge psychiatrique des majeurs, pour le canton d'Issoudun, relève du centre hospitalier de Georges Sand (Bourges, Cher).

**CH CHATEAUROUX-LE BLANC
SITE DE CHATEAUROUX**

DISCIPLINE : PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE

Soins ambulatoires regroupant :

Les consultations en CMP ou au SPIJ

Les consultations en psychiatrie de liaison

Les interventions en milieu scolaire

Les interventions en milieu spécialisé

Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

Les prises en charge à temps partiel :

Hôpital de jour

Accueil familial thérapeutique de jour

Les prises en charge à temps complet : 4 lits

SPIJ-pédiatrie-pôle de psychiatrie adulte-accueil familial thérapeutique à temps plein

CH LA CHATRE

DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Hospitalisation complète :	40 lits <i>dont</i>
- Unité SEGLAS (prise en charge au long cours de patients atteints de pathologies psychiatriques très invalidantes)	20 lits
- Unité ESQUIROL (unité de géronto-psychiatrie axée sur la prise en charge de patients âgés de plus de 70 ans ou de plus de 60 ans lorsque la perte d'autonomie est importante)	20 lits
Hospitalisation de jour	10 places
CATTP	6 places

Secteur privé :

CLINIQUE DU HAUT CLUZEAU

DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Hospitalisation complète	50 lits
Hospitalisation de jour	10 places

LA FILIERE ADDICTOLOGIE DANS L'INDRE :

- Equipe de liaison en addictologie (ELA), rattachée au pôle médecine d'urgence du CH de Châteauroux-Le Blanc.
- Collaboration étroite de l'ELA et du centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (médico-social), par l'intermédiaire de la mise à disposition partielle du médecin en charge de l'ELA.
- Prise en charge niveau 2, au pôle de psychiatrie adulte du CH de Châteauroux-Le Blanc.
- Prise en charge niveau 2, dans le SSR addictologie du CH Châteauroux-Le Blanc, pôle du Blanc.

1-3- LE PLATEAU TECHNIQUE

1-3-1- IMAGERIE MEDICALE

CH CHATEAUX-LE BLANC SITE DE CHATEAUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Radiologie conventionnelle, radiologie mobile	3 salles radio conventionnelle type os-poumons dont 1 capteur plan 3 salles télécommandées dont 1 capteur plan dynamique 1 salle mammographie 2 radio-mobile capteur plan 2 salles radio conventionnelle aux UCSA 1 ostéodensitomètre 1 panoramique dentaire
Echographie	2 appareils d'échographie 3 appareils d'échographie cardiaque 3 appareils d'échographie gynéco/urologie
Scanner	2 scanners 64 coupes (1 installé en 2013 et l'autre remplacé en 2015) 2 angio-scanners
IRM	1 IRM en GIE (50% privé et 50% public hospitalier) Installation d'un 2 ^{ème} IRM 100% hospitalier, début d'activité prévu au 1 ^{er} trimestre 2018

CH CHATEAUX-LE BLANC SITE DU BLANC	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Radiologie conventionnelle, radiologie mobile	1 radio-mobile 2 salles de radiologie 1 mammographe capteur plan
Echographie	1 échographe 3 appareils d'échographie cardiaque 3 appareils d'échographie gynéco/urologie
Scanner	1 scanner depuis juillet 2010 (en cours de renouvellement) 1 angio-scanner

CH ISSOUDUN	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Radiologie conventionnelle, radiologie mobile	1 radio-mobile 2 salles de radiologie dont 1 os-poumons et 1 télécommandée
Echographie	1 échographe en radiologie 1 échographe en gynécologie-obstétrique 1 écho cardiographie 1 échographe pour doppler et angiologie
Scanner	1 scanner depuis janvier 2014

Secteur privé (radiologie libérale) :

CHATEAUROUX	
CABINET	HORAIRES D'OUVERTURE
Cabinet de radiologie (Dr Soustelle) 4 rue Paul Accolas 36000 CHATEAUROUX	Du lundi au vendredi de 10h00 à 19h00 Samedi de 10h00 à 17h00
Scanner de l'Indre 6 rue Paul Accolas 36000 CHATEAUROUX	Du lundi au samedi de 10h00 à 12h00 et de 14h00 à 18h00
Cabinet de radiologie (Drs Le Henanff, Morin, Hadj, Sounni) 73 rue Ledru Rollin 36000 CHATEAUROUX	Du lundi au vendredi de 10h00 à 19h00 Samedi de 10h00 à 17h00
CIBER Médecine nucléaire Clinique Saint-François 20 avenue Marcel Lemoine 36000 CHATEAUROUX	Du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00

ISSOUDUN	
CABINET	HORAIRES D'OUVERTURE
Cabinet de radiologie (Drs Lacoste) 7 rue François Habert 36100 ISSOUDUN	Du lundi au vendredi de 10h00 à 19h00 Samedi de 10h00 à 17h00

LA CHATRE	
CABINET	HORAIRES D'OUVERTURE
Cabinet de radiologie (Drs Le Henanff, Morin, Hadj, Sounni) 40 rue des Oiseaux (au sein du centre hospitalier) 36400 LA CHATRE	Du lundi au vendredi de 10h00 à 19h00 Samedi de 10h00 à 17h00 Aucune astreinte

1-3-2- REANIMATION

CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE DE CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Service de réanimation	10 lits
Unité de soins continus (USC)	5 lits (au sein du service de réanimation)
Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	9 lits
Unité de surveillance continue à orientation neuro-vasculaire	4 lits
Unité de soins continus « Porte » (pôle médecine d'urgence)	4 lits

Secteur privé :

CLINIQUE SAINT FRANCOIS, CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Unité de surveillance continue	8 places

Source : rapport de certification v2010 clinique saint François, février 2013.

1-3-3- CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE DE CHATEAUROUX	
DISCIPLINES	OFFRES DE SOINS
Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	9 lits
Service de cardiologie	43 lits + 1 place HDJ
Activité de rythmologie / implantation et suivi stimulateur	oui

1-3-4- PHARMACIE

Etablissements du GHT de l'Indre	PHARMACIE
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE CHATEAUROUX	PUI (Pharmacie à usage interne)
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE LE BLANC	PUI
CH ISSOUDUN	PUI
CH LA CHATRE	PUI
CH BUZANÇAIS	PUI
CH CHATILLON-SUR-INDRE	PUI
CDGI	PUI
CH LEVROUX	PUI
CH VALENCAY	PUI
EHPAD VATAN	Approvisionnement en pharmacie de ville

1-3-5- BIOLOGIE

Etablissements du GHT de l'Indre	BIOLOGIE
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE CHATEAUROUX	Laboratoire privé LESCAROUX CHATEAUROUX Laboratoire privé BIO MEDIQUAL CENTRE CHATEAUROUX
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE LE BLANC	Laboratoire privé LESCAROUX CHATEAUROUX Laboratoire privé BIO MEDIQUAL CENTRE CHATEAUROUX
CH ISSOUDUN	Laboratoire privé BIO MEDIQUAL CENTRE ISSOUDUN
CH LA CHATRE	Laboratoire BIO MEDIQUAL CENTRE LA CHATRE
CH BUZANÇAIS	Laboratoire LAUBUS BUZANCAIS
CH CHATILLON-SUR-INDRE	Laboratoire LAUBUS BUZANCAIS
CDGI	Laboratoire privé LESCAROUX CHATEAUROUX
CH LEVROUX	Laboratoire privé LESCAROUX CHATEAUROUX
CH VALENCAY	Laboratoire privé LESCAROUX CHATEAUROUX
EHPAD VATAN	Laboratoire privé LESCAROUX CHATEAUROUX

1-4- LA PERMANENCE DES SOINS

CH CHATEAUROUX-LE BLANC

SITE DE CHATEAUROUX

SPECIALITES	PERMANENCE
Anesthésie	Garde sur place
Cardiologie	Garde sur place
SAMU – 2 lignes SMUR – 2 lignes Urgences	Garde sur place – 5 lignes
Réanimation	Garde sur place
Psychiatrie	Garde sur place
Ophthalmologie	Astreinte opérationnelle
Chirurgie ORL - CCF	Astreinte opérationnelle
Chirurgie orthopédique	Astreinte opérationnelle
Chirurgie vasculaire	Astreinte opérationnelle
Chirurgie digestive	Astreinte opérationnelle
Imagerie médicale	Astreinte opérationnelle
Pédiatrie-néonatalogie	Astreinte opérationnelle
Hépatogastro-entérologie	Astreinte opérationnelle
Neurologie et gériatrie	Astreinte opérationnelle
Médecine interne	Astreinte de sécurité
Oncologie médicale et maladies respiratoires	Astreinte de sécurité
CSSR	Astreinte de sécurité
Pharmacie	Astreinte de sécurité

CH CHATEAUROUX-LE BLANC

SITE DU BLANC

SPECIALITES	PERMANENCE
Urgences	Garde sur place
SMUR	Astreinte opérationnelle
Imagerie médicale	Astreinte opérationnelle
Anesthésie	Astreinte opérationnelle
Chirurgie	Astreinte opérationnelle
Médecine	Astreinte opérationnelle
Pédiatrie	Astreinte opérationnelle
Gynécologie-obstétrique	Astreinte opérationnelle
SSR et SRR Addictologie – AO mutualisée avec USLD le WE	Astreinte opérationnelle
USLD – AO mutualisée avec SSR / SSRA le WE	Astreinte opérationnelle

CH BUZANCAIS

SPECIALITES	PERMANENCE
SSR – astreinte mutualisée avec Châtillon depuis le 1 ^{er} juillet 2016	Astreinte de sécurité

CH CHATILLON-SUR-INDRE

SPECIALITES	PERMANENCE
SSR – astreinte mutualisée avec Buzançais depuis le 1 ^{er} juillet 2016	Astreinte de sécurité

CDGI

SPECIALITES	PERMANENCE
USLD / UHR	Astreinte de sécurité

CH LEVROUX / CH VALENÇAY

SPECIALITES	PERMANENCE
SSR	Astreinte mutualisée depuis le 1 ^{er} juillet 2016

CH ISSOUDUN

SPECIALITES	PERMANENCE
Urgences	Garde sur place
Service EVC-EPR (états végétatifs chroniques – états pauci-relationnels)	Astreinte opérationnelle
Médecine pour ensemble des services hors urgences et EVC	Astreinte opérationnelle
Imagerie médicale	Astreinte opérationnelle (1/2) Astreinte de sécurité (1/2)
Pharmacie	Astreinte de sécurité (1/2)

CH LA CHATRE

SPECIALITES	PERMANENCE
Médecine	Astreinte opérationnelle

1-5- L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

EHPAD MEMBRES DU GHT DE L'INDRE

ETABLISSEMENTS	OFFRES DE SOINS
EHPAD CH Châteauroux-Le Blanc site du Blanc	145 lits
EHPAD CH Issoudun	174 lits
EHPAD CH La Châtre	345 lits (voir détail ci-dessous)
EHPAD CH Buzançais	126 lits
EHPAD CH Chatillon-sur-Indre	169 lits dont 16 lits en unité protégée
EHPAD CDGI	572 lits (voir détail ci-dessous)
EHPAD CH Levroux	160 lits
EHPAD CH Valençay	151 lits
EHPAD Vatan	76 lits

EHPAD CDGI

ETABLISSEMENTS	OFFRES DE SOINS	PROFIL DE LA RESIDENCE	Sécurisation de l'accès
DEBRE EHPAD	51	Alzheimer et maladies apparentées : adultes handicapés mentaux, troubles psychiatriques stabilisés	Oui
LES ALBIZIAS	61	Alzheimer et maladies apparentées : troubles du comportement, déambulation	oui
ORANGERAIE	28	Accompagnement de PA à pathologies psychiatriques stabilisées	
ORANGERAIE	12	Population habituelle en EHPAD	
TAILLEBOURG	35	Alzheimer et maladies apparentées : troubles du comportement, déambulation	Oui
G. SAND	81	Population habituelle en EHPAD	
LA PLEIADE	60	Population habituelle en EHPAD	
BALSAN	68	Population habituelle en EHPAD	
P. ANGRAND	50	Population habituelle en EHPAD	
LES 3 RIVIERES	25	Population habituelle en EHPAD	
LES RIVES DE TREGONCE	25	Population habituelle en EHPAD	
F. CHOPIN	51	Population habituelle en EHPAD	
LES EPIS D'OR	25	Population habituelle en EHPAD	
Total EHPAD	572		

Hébergement temporaire	14 Places	Intégré dans les lits d'EHPAD	Oui
Accueil de jour	10	Alzheimer et maladies apparentées	Oui
PASA	14	Alzheimer et maladies apparentées	Oui
Plateforme de répit		Pour aidants familiaux, Alzheimer et maladies apparentées	
EMG ETRE INDRE		Equipe mobile gériatrique Etre Indre	

EHPAD CH LA CHATRE			
ETABLISSEMENTS	OFFRES DE SOINS	PROFIL DE LA RESIDENCE	Sécurisation de l'accès
Unité	20	Dément-déambulant	
Unité	15	Alzheimer et maladies apparentées	
UHR au sein de l'EHPAD	14		
Groupe d'échange	1 fois/mois	Proposition par la neuropsychologue de l'organisation d'un groupe d'échanges pour les aidants familiaux des personnes prises en charge à l'accueil de jour	

**SE REPORTER AUX PAGES 29 ET 31 DU SHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022
DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'INDRE
POUR L'ETAT DES LIEUX TERRITORIAL :**

- **EHPAD**
- **HEBERGEMENTS TEMPORAIRES MEDICALISES ET NON MEDICALISES**
- **ACCUEILS DE JOUR**
- **RESIDENCES AUTONOMIE**
- **ACCUEIL FAMILIAL**

2- LA STRATEGIE DU GHT DE L'INDRE.

2-1- LES PRINCIPES CONDUCTEURS.

Cette cartographie de l'offre de soins territoriale, décrite dans le chapitre précédent, constitue la réalité de l'organisation actuelle, mise à disposition des usagers. Des principes partagés animent la communauté professionnelle qui la fait vivre. L'élaboration du projet médical et soignant territorial a été l'occasion de prendre davantage conscience de cette cohésion autour de cinq principes conducteurs :

- La collaboration territoriale
- La pluridisciplinarité
- Le décloisonnement ville / hôpital
- Le décloisonnement sanitaire / médicosocial
- L'engagement des représentants des usagers.

Ces principes ont été mis en œuvre dans une démarche projet dont le rythme a été particulièrement soutenu, depuis la mi 2015.

2-1-1- DES COOPERATIONS ET DES PRATIQUES INTER ETABLISSEMENTS STRUCTURANTES PREEXISTANTES.

De longue date, le territoire de santé a saisi les outils à sa disposition pour structurer l'offre de soins : communauté hospitalière de territoire, directions communes, fédération hospitalière, conventions bilatérales, consultations avancées La création du GHT de l'Indre s'inscrit dans une dynamique préexistante, facilitée par la taille du département : les professionnels se connaissaient déjà.

La Communauté Hospitalière de Territoire de l'Indre (C.H.T. 36).

Elle était fondée autour du centre hospitalier de référence (CHATEAUROUX) et comprenait les établissements suivants :

- Centre hospitalier de CHATEAUROUX
- Centre hospitalier du BLANC
- Centre hospitalier de LA CHATRE
- Centre hospitalier local de BUZANCAIS
- Centre hospitalier local de CHATILLON-SUR-INDRE
- E.H.P.A.D. d'ARGENTON-SUR-CREUSE
- E.H.P.A.D. de CLION-SUR-INDRE
- E.H.P.A.D. de MEZIERES-EN-BRENNE
- E.H.P.A.D. de SAINT-GAULTIER

Associés par voie conventionnelle

La C.H.T. avait développé deux pôles territoriaux : le pôle territorial de médecine d'urgence (CHATEAUROUX - LE BLANC) et le pôle territorial de psychiatrie (CHATEAUROUX - LA CHATRE).

Le Groupe Hospitalier Public « Indriance » (G.H.P.).

Il correspond au regroupement de plusieurs établissements publics sanitaires et médico-sociaux du département, en « direction commune » autour du centre hospitalier de CHATEAUROUX :

- Centre hospitalier de CHATEAUROUX
- Centre hospitalier du BLANC
- Centre hospitalier local de BUZANCAIS
- Centre hospitalier local de CHATILLON-SUR-INDRE
- E.H.P.A.D. d'ARGENTON-SUR-CREUSE
- E.H.P.A.D. de CLION-SUR-INDRE
- E.H.P.A.D. de MEZIERES-EN-BRENNE
- E.H.P.A.D. de SAINT-GAULTIER

Le groupe EP'AGE (une direction commune a été créée autour du centre départemental gériatrique de l'Indre)

De la même manière, elle réunit :

- le centre départemental gériatrique de l'Indre (C.D.G.I.)
- le centre hospitalier local de LEVROUX.
- le centre hospitalier local de VALENCAY.
- l'E.H.P.A.D. de VATAN.

Conventions inter établissements

De nombreuses conventions bilatérales tissent également un réseau de collaboration, qui visent à optimiser l'offre de soins et à mailler le territoire. A titre d'exemple :

- L'organisation des soins urgents sur le territoire, structurée par le pôle médecine d'urgence du CH de Châteauroux, avec la création de deux antennes SMUR (l'une au CH du Blanc, l'autre au CH d'Issoudun), une unité mobile correspondant SAMU au CH de La Châtre et l'animation d'un réseau départemental de médecins correspondants SAMU.
- La mise en place de nombreuses consultations avancées sur le territoire (voir plus haut).
- La mise à disposition du médecin hygiéniste du CH de Châteauroux, au sein du service départemental d'hygiène et d'épidémiologie de l'Indre (SDHEI).

2-1-2- UNE DYNAMIQUE PLURIDISCIPLINAIRE.

Le territoire est à taille humaine et les ressources médicales sont rares : dans ce contexte, le GHT de l'Indre privilégie également de manière active la pluridisciplinarité, qui mobilise et responsabilise l'ensemble des acteurs.

Ainsi, le projet médical et soignant du GHT de l'Indre, dans sa déclinaison par filières de soins, a été élaboré par des groupes de travail tripartites (voir plus loin) :

- des médecins, spécialistes de leur discipline.
- des cadres de santé, aides-soignants, diététiciens... maîtrisant les spécificités des prises en charge soignantes.
- des représentants de la direction de l'établissement support du GHT de l'Indre, porteurs tout à la fois des préoccupations opérationnelles et des orientations stratégiques à partager dans les instances du groupement.

C'est ainsi que le document présent n'est pas l'addition d'un projet médical partagé et d'un projet de soins partagé, mais un seul et unique document co construit : le projet médical et soignant du territoire.

Les groupes de travail tripartites ainsi constitués seront chargés de l'évaluation de la mise en œuvre du projet, en lien avec les responsables de la qualité et de la gestion des risques des établissements membres du GHT de l'Indre. Ceux-ci se sont déjà réunis à deux reprises en lien avec l'ARS Centre - Val de Loire. Ils seront étroitement associés à l'évaluation du projet médical et soignant du GHT de l'Indre.

En effet, la dispensation des soins, leur qualité, leur permanence et leur performance dépendent de l'efficacité de la coordination de l'ensemble des acteurs.

2-1-3- UNE LOGIQUE DE DECLOISONNEMENT VILLE/HOPITAL.

Le GHT de l'Indre est donc fort d'une pratique collaborative pré existante, tout à la fois inter établissements et inter disciplinaires.

Dans le cadre de l'élaboration du projet médical et soignant partagé du GHT de l'Indre, le collège médical et la CSIRMT de territoire ont voulu adopter une perspective « d'itinéraires de santé », par laquelle les établissements de santé représentent un opérateur parmi d'autres, avec lesquelles l'articulation est à travailler.

Ce parti pris trouve son fondement dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et celles qui suivent.

Mais il est également justifié par la situation sanitaire du département : l'hôpital public n'est pas en capacité d'absorber l'impact lié à la situation de la démographie médicale libérale. La poursuite et le renforcement des coopérations avec les réseaux et les acteurs du territoire sont indispensables.

Ceux-ci, d'ailleurs, font preuve d'une capacité de mobilisation et d'initiative significatives. Les travaux du collège médical et de la CSIRMT de territoire ont donc commencé par la réalisation de questionnaires qui visaient à analyser l'offre de soins elle-même, mais aussi,

en amont, les démarches de prévention et de dépistage précoce et, en aval, l'accompagnement des retours à domicile et le suivi des patients. Six questionnaires ont ainsi été établis, dont l'analyse des réponses a permis aux groupes de travail de disposer d'une base documentaire, complémentaire aux données du PMSI.

Parallèlement, l'engagement des établissements membres du GHT de l'Indre dans les travaux conduits par la délégation départementale de l'ARS Centre - Val de Loire, depuis février 2016, dans le cadre de la filière gériatrique de l'Indre, illustre la volonté du groupement d'adopter une perspective de « trajectoire patients ».

2-1-4- LA PLACE DES USAGERS.

Les représentants des usagers ont été associés régulièrement à la construction du GHT de l'Indre, y compris en amont de l'installation du comité des usagers.

Le 9 mai 2016, les directeurs des établissements parties du GHT de l'Indre ont présenté aux représentants des usagers des établissements les orientations du projet médical partagé dans sa version du 1^{er} juillet 2016. La convention constitutive du GHT de l'Indre, telle que transmise à l'ARS Centre-Val de Loire le 30 juin 2016, était enrichie de la contribution des représentants des usagers, telle que recueillie à cette date (cf. annexe 2).

Le 8 septembre 2016, une deuxième réunion des représentants des usagers a permis aux directeurs des établissements parties de leur présenter l'état d'avancement de la construction du GHT de l'Indre, ainsi que les enjeux et modalités relatifs à la création de l'instance des usagers du groupement (cf. annexe 3).

Le 9 mars 2017, le comité des usagers s'est réuni pour la première fois et a adopté son règlement intérieur. Une présentation de l'état d'avancement des fonctions mutualisées, des axes et filières de travail du projet médical et soignant du GHT de l'Indre dans sa version du 1^{er} juillet 2017 a été réalisée.

Le 15 mai 2017, le comité des usagers de groupement a rendu un avis favorable sur le projet médical et soignant du GHT de l'Indre. Il attire l'attention sur les points suivants :

- Veiller à la participation des représentants des usagers dans les groupes de travail relatifs aux différentes filières de soins.
- Associer le secteur médico-social en particulier pour le retour à domicile.
- Porter une attention particulière sur la prise en charge des personnes en situation de handicap et les personnes vulnérables en particulier les personnes sous protection juridique.
- Développer l'information et la prévention.

2-1-5- L'ASSOCIATION AVEC LES CHU.

Le CHU de Tours est associé au groupement au titre des activités hospitalières et universitaires prévues au IV de l'article L6132-3 du code de la santé publique, c'est-à-dire :

- 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.

Cette association se traduit dans le projet médical et soignant partagé (voir chapitre 3) et dans la conclusion d'une convention d'association entre l'établissement support du GHT de l'Indre (le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc) et le CHU.

Cette dernière est en cours d'élaboration. Elle a d'ores et déjà fait l'objet d'une réunion (visioconférence) le 29 mars 2017.

Par ailleurs, et conformément à l'article 8 de sa convention constitutive, le GHT de l'Indre est également associé à d'autres centres hospitaliers et universitaires, compte tenu de la situation géographique du département.

2-1-6- L'ASSOCIATION AVEC LES ETABLISSEMENTS PRIVES.

Le comité stratégique du GHT de l'Indre a choisi de conduire d'abord l'écriture du projet médical et soignant partagé, avant d'engager, ensuite, une démarche plus approfondie avec les établissements privés du territoire¹.

Néanmoins, la directrice de l'établissement support du GHT de l'Indre, les présidents du collège médical et de la CSIMRT de groupement, le médecin responsable du DIM territorial ont rencontré l'équipe de direction de la clinique Saint-François les 23 mars 2016, 20 avril 2016 et 15 février 2017, pour faire suite à sa demande.

La même démarche a été conduite avec la clinique du Haut-Cluzeau, le 12 avril 2017.

Enfin, des contacts ont été pris avec l'HAD privé Korian Pays des trois provinces (Vierzon) afin d'élaborer une convention d'association, conformément aux termes de la loi.

2-1-7- LES OBJECTIFS PARTAGES.

Enfin, dès la rédaction du projet médical partagé à la date du 1^{er} juillet 2016, les instances des établissements parties au groupement ont unanimement décidé de poursuivre les objectifs suivants (article 1 de la convention constitutive) :

- Renforcer et développer les pôles d'excellence sur le territoire
- Instaurer des parcours de santé et de soins, avec la préoccupation particulière de la prise en charge des personnes âgées
- Favoriser l'utilisation des nouvelles technologies, notamment de la télémédecine
- Développer les alternatives à l'hospitalisation, l'articulation hôpital-ville et la projection des compétences sur le territoire
- Développer une politique de gestion des ressources médicales territoriale dépassant le cadre sanitaire et s'appuyant sur des coopérations inter régionales
- Renforcer les mutualisations dans les domaines où elles peuvent renforcer le potentiel de prise en charge des établissements.

¹Réunions des 17 novembre 2016 et 2 mars 2017.

2-2 CONDUITE DU PROJET.

2-2-1- PREMIERE ETAPE (1^{er} juillet 2016)

La clarification des principes conducteurs énoncés précédemment s'est opérée progressivement, dès 2015.

C'est en effet dès le mois de mai 2015 que s'est tenu la première réunion des directeurs et présidents de CME des établissements publics sanitaires de l'Indre. L'objectif partagé était d'initier la démarche d'écriture d'un projet médical territorial.

Cette démarche d'anticipation a permis de respecter le délai fixé par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 : transmission à l'ARS au 1^{er} juillet 2016 de la convention constitutive du GHT de l'Indre comprenant un volet relatif au projet médical partagé.

Les dates clés du projet

	mai-15	juill/août-15	sept-15	oct-15	déc-15	jan/fév-16	févr-16	mars-16	mar/avr/mai-16	mai-16	Juin-16	Juil-16
Constitution du COPIL du futur GHT												
Choix du recours à un cabinet conseil extérieur pour l'élaboration du PMP												
Définition d'un cahier des charges												
Lancement d'un appel d'offres												
Analyse des offres												
Audition des deux candidats présélectionnés et choix du cabinet SPH conseil												
Réunion du COPIL animée par le cabinet SPH conseil pour lancement de la démarche												
Rencontre des différents acteurs du GHT par SPH conseil												
Présentation de l'état d'avancement des travaux du GHT de l'Indre au DGARS												
COPIL portant sur la validation des orientations du PMP et la présentation de la méthodologie												
COPIL portant sur la composition des groupes de travail par filière												
Réunions des groupes de travail par filière												
Transmission des questionnaires pour les axes de développement partagé et synthèse des contributions												
Présentation des orientations pressenties du PMP aux représentants des usagers												
COPIL portant sur la validation des déclinaisons opérationnelles du PMP proposées par les groupes de travail												
Transmission du projet de convention constitutive aux établissements membres du futur GHT												
Soumission aux instances des établissements du PMP et du projet de convention constitutive												
Transmission du PMP, du projet de convention constitutive et des avis des instances à l'ARS												

Un comité de pilotage préfigurateur

Le comité de pilotage constitué pour l'élaboration du projet médical partagé a initialement été composé des directeurs et présidents de CME des neuf établissements sanitaires du territoire de l'Indre.

Sa composition a été étendue aux directeurs des soins et aux représentants des établissements médico-sociaux publics autonomes dès le mois de mars 2016.

La démarche projet

Le futur groupement hospitalier de territoire de l'Indre a été accompagné par un cabinet de conseil extérieur, SPH Conseil, qui a mis à disposition des établissements un consultant et un expert médical pendant 6 mois.

La démarche suivie a été participative afin de croiser des approches transversales et des approches thématiques.

La rédaction du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire de l'Indre en sa version du 1^{er} juillet 2016 a été le résultat de quatre phases, pour le cabinet de conseil et les établissements de santé :

- Phase préliminaire : appropriation du contexte, rencontre des acteurs et mise en place de la structure projet.
- Phase d'orientation et de priorisation : élaboration des grandes orientations stratégiques du projet médical partagé.
- Phase de déclinaison : déclinaison opérationnelle des grandes orientations stratégiques précédemment retenues.
- Phase de validation et de rédaction : validation des fiches-projet, rédaction du projet médical partagé.

- Phase préliminaire : Appropriation du contexte, rencontre des acteurs et mise en place de la structure projet

Cette phase préliminaire avait pour objectifs :

- d'identifier l'ensemble des partenaires à intégrer aux réflexions
- de conforter le comité de pilotage (élargissement aux directions des soins et aux établissements médico-sociaux publics autonomes)
- de se procurer les documents nécessaires à la compréhension de l'environnement. Les consultant et expert SPH Conseil ont pu disposer du SROS/PRS, des études préparatoires au projet médical partagé du GHT de l'Indre, du projet médical de la communauté hospitalière de territoire, du projet de direction commune du groupe Indriance, des projets d'établissement en cours, des contrats locaux de santé et des travaux réalisés par l'ARS Centre-Val de Loire.

Une réunion de lancement a été organisée le 3 décembre 2015 afin de présenter la méthodologie et mettre en place le calendrier des interventions.

Les intervenants du cabinet SPH conseil ont procédé aux visites de chaque établissement (directeurs, présidents de CME et directeurs des soins) durant les mois de janvier et février 2016, ainsi que le représentant du réseau ARPEGES. L'objectif spécifique de ces rencontres a été de réaliser un diagnostic de l'organisation actuelle de chaque établissement partie prenante au groupement, d'étudier la coordination entre les services et d'identifier la répartition des compétences médicales et paramédicales. Il s'agissait également d'identifier les parcours de soins des patients sur le territoire de santé ainsi que de mettre en exergue les forces, faiblesses, opportunités et menaces de l'offre de soins.

Suite à ces visites et rencontres, un comité de pilotage s'est tenu le 15/02/2016, à l'initiative de l'agence régionale de santé Centre-Val de Loire. Il s'agissait d'échanger avec l'ARS sur les enjeux du projet médical partagé du GHT de l'Indre (Cf. annexe 1)

➤ Phase d'orientation et de priorisation

Le comité de pilotage s'est de nouveau réuni le 04/03/2016 (cf. annexe 2) afin de valider les orientations stratégiques du projet médical partagé proposées par le cabinet conseil. Dans ce cadre, les huit filières suivantes ont été retenues :

- Groupe « Urgences »
- Groupe « Médecine »
- Groupe « Chirurgie »
- Groupe « Obstétrique »
- Groupe « Psychiatrie »
- Groupe « SSR »
- Groupe « Gériatrie »
- Groupe « HAD »

Par ailleurs, neuf axes de développement ont été identifiés par les membres du comité de pilotage. Il a été convenu qu'ils ne feraient pas l'objet d'un groupe de travail, mais seraient identifiés dans le projet médical partagé dans la perspective d'une déclinaison opérationnelle ultérieure :

- Ressources Médicales
- Information médicale
- Qualité et Risques
- Hygiène
- Pharmacie
- Imagerie
- Education thérapeutique du patient
- Douleur
- Biologie.

Suite à cette réunion, le comité de pilotage s'est réuni une nouvelle fois le 14/03/2016 afin de déterminer la composition des groupes de travail, chargés de la déclinaison opérationnelle des filières retenues.

➤ Phase de déclinaison opérationnelle

A la suite de ce comité de pilotage du 14/03/2016, les groupes de travail pluridisciplinaire ont été mis en place. Deux réunions de deux heures chacune pour chaque filière ont permis l'émergence de projets traduits par des fiches-projet.

Pour les axes sans constitution de groupes de travail, la méthodologie a été la suivante :

- Un questionnaire adressé à l'ensemble des établissements par axe
- Une phase diagnostique et une contribution
- Une synthèse des contributions.

➤ Phase de validation et de rédaction

- 09/05/2016 : Présentation des orientations du projet médical partagé pressenties aux représentants des usagers des neuf établissements sanitaires et de trois établissements médico-sociaux publics autonomes participant à la démarche.
- 12/05/2016 : Validation des orientations du projet médical partagé par le comité de pilotage.

Le projet a ensuite été présenté aux instances des établissements parties du GHT de l'Indre.

Enfin, la convention constitutive du GHT de l'Indre, comprenant le volet sur le projet médical partagé, a été adressée à l'ARS Centre-Val de Loire.

2-2-2- DEUXIEME ETAPE (1^{er} janvier 2017)

Le projet médical partagé du GHT de l'Indre transmis à la date du 1^{er} juillet 2016 a été approuvé par l'ARS Centre - Val de Loire par l'arrêté du 30 août 2016 n° 2016-OSMS-0071 (cf. annexes 4 et 5).

Conformément à la préconisation de l'ARS Centre - Val de Loire (cf. annexe 6 - courrier du 30/08/16), le collège médical du GHT de l'Indre s'est ensuite attaché à conforter « la notion de filière ou de parcours patient par pathologie ». Réuni le 6 octobre 2016, il a identifié six filières de soins prioritaires :

- Filière AVC.
- Filière insuffisance cardiaque.
- Filière insuffisance respiratoire.
- Filière troubles cognitifs de la personne âgée.
- Filière traumatologie de la personne âgée.
- Filière soins palliatifs.

Pour chacune de ces filières, un pilote et un copilote médicaux ont été désignés par le collège médical. Ils se sont d'abord attachés à élaborer un questionnaire spécifique à chaque filière, afin d'affiner le diagnostic et de l'élargir à l'amont et à l'aval des prises en charge sanitaires, dans une logique de décloisonnement des parcours de santé (cf. annexes questionnaires vierges et tableau de synthèse).

L'exploitation des réponses apportées aux six questionnaires a été réalisée dans le courant des mois de décembre 2016 et janvier 2017.

Cette identification de six filières de soins prioritaires a fait l'objet d'un avenant n°1 à la convention constitutive du GHT de l'Indre. Il a été soumis à l'avis des instances des établissements parties du groupement, puis a été transmis à l'ARS Centre-Val de Loire à la date du 5 janvier 2017 (cf. annexes 7 et 8).

2-2-3- TROISIEME ETAPE (1^{er} juillet 2017)

Dans le cadre d'un accompagnement diligenté par l'ARS Centre – Val de Loire, M. LAFFONT (ancien conseiller général des établissements de santé auprès de l'IGAS, après plusieurs directions d'établissement) et M. le Dr. CHARESTAN (président de la CME du CH d'Aulnay-sous-Bois et secrétaire adjoint de la conférence nationale des présidents de CME de CH), missionnés et intervenants de l'EHESP, ont rencontré les 17 et 18 janvier les pilotes et copilotes médicaux des six filières, ainsi que le médecin DIM territorial.

17 janvier				18 janvier			
matin		Après-midi		matin		Après-midi	
10h-10h15	Accueil par la directrice	14h-15h	Intervention lors de la réunion de la CSIMRT territoriale	9h15-10h45	Filière « insuffisance cardiaque »	13h30-15h	Filière « traumatologie de la personne âgée »
10h15-12h	Filière « AVC »	15h15-16h45	Filière « troubles cognitifs de la personne âgée »	11h-12h30	Filière « insuffisance respiratoire »	15h15-16h	Médecin DIM territorial
		17h-18h30	Filière « soins palliatifs »			16h-18h	Restitution à l'intention des membres du comité stratégique

A la demande du président de la CSIRMT territoriale, ils sont également intervenus lors de la première réunion de cette commission, afin de faire une présentation de la dynamique d'élaboration des projets médicaux et des projets de soins des GHT.

A l'issue de leurs deux journées de travail, ils ont présenté leurs conclusions aux membres du comité stratégique (18 janvier 2017).

Prenant appui sur leurs conclusions et préconisations, le collège médical, réuni le 26 janvier 2017 a étendu à neuf le nombre de filières retenues pour le projet médical du GHT de l'Indre :

- Filière AVC.
- Filière insuffisance cardiaque.
- Filière insuffisance respiratoire.
- Filière psychiatrie.
- Filière gériatrie, relative aux troubles cognitifs de la personne âgée.
- Filière traumatologie de la personne âgée.
- Filière soins palliatifs.
- Filière gynécologie-obstétrique.
- Filière oncologie.

Parallèlement, la commission des soins infirmiers de rééducation et médico technique (CSIRMT) de groupement, réunie pour la première fois le 17 janvier 2017 (en présence des deux intervenants de l'EHESP), a proposé d'inscrire pleinement ses propres travaux relatifs à l'élaboration d'un projet de soins partagé en articulation avec ceux du projet médical partagé.

Le collège médical, lors de sa réunion du 26 janvier 2017, a approuvé cette orientation de la CSIRMT de groupement.

Neuf groupes de travail ont donc été composés, caractérisés par un pilotage à trois dimensions : médicale, soignante et administrative



GHT DE L'INDRE

**CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL DES 9 FILIERES DU PROJET MEDICAL PARTAGE VERSION 30 JUIN 2017
LIEN AVEC LE PROJET DE SOINS PARTAGE**

FILIERE AVC						
	MEDICAUX		SOIGNANTS		ADMINISTRATIF	
PILOTES	M. le Dr BOUTON Daniel	Chef de pôle SSR CH ISSOUDUN	M. PINTO Sergio	Cadre de santé CH ISSOUDUN	M. MARECHAL Cédric	Directeur-adjoint en charge de la stratégie, des ressources médicales et du territoire CH CHATEAUROUX-LE BLANC
			M. DESFOSSES Sébastien	Cadre de santé du service des urgences CH CHATEAUROUX-LE BLANC		
COPILOTE	M. le Dr HALLAK Habib	Chef de pôle neurologie- gériatrie- HAD CH CHATEAUROUX-LE BLANC	M. CLAIRAND Aurélien	Cadre de santé du service de neurologie gériatrie CH CHATEAUROUX-LE BLANC		
	M. le Dr SOULAT	Chef du pôle "médecine d'urgence" du CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr DUMIOT Patrice	Praticien hospitalier de médecine (pôle du Blanc) CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr DUREAU Jérôme	Médecin généraliste / Président de CME CH LEVROUX				
	M. le Dr ROY Xavier *	Chef de pôle SSR CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
DEUX REUNIONS : 8 MARS ET 5 AVRIL 2017						
	* Invité non présent					



GHT DE L'INDRE

**CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL DES 9 FILIERES DU PROJET MEDICAL PARTAGE VERSION 30 JUIN 2017
LIEN AVEC LE PROJET DE SOINS PARTAGE**

FILIERE INSUFFISANCE CARDIAQUE

	MEDICAUX		SOIGNANTS		ADMINISTRATIF	
PILOTES	M. le Dr YAOUANC Gildas	Chef de service médecine (pôle du Blanc) CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme DUTEY Annissia* Présidente CSIRMT CH CHATILLON-SUR-INDRE	M. GENESTE Christophe Cadre de santé du service de cardiologie CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme CARREEL Chantal	Responsable de l'équipe de coopération territoriale CH CHATEAUROUX-LE BLANC
COPILOTE	M. le Dr SOULAT Louis*	Chef de pôle médecine d'urgence CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr POITRINEAU Olivier*	Chef de service cardiologie CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	Mme le Dr LOPES Marie-Emilie	Cardiologue CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr PROUTIERE Jean-Pierre*	Médecin généraliste intervenant en EHPAD VATAN				
	M. le Dr BAROUDI Abdulkader	Gérialre CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
UNE REUNION : 30 MARS 2017						

* Invité non présent



GHT DE L'INDRE
CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL DES 9 FILIERES DU PROJET MEDICAL PARTAGE VERSION 30 JUIN 2017
LIEN AVEC LE PROJET DE SOINS PARTAGE

FILIERE INSUFFISANCE RESPIRATOIRE						
	MEDICAUX		SOIGNANTS		ADMINISTRATIF	
PILOTES	M. le Dr ROY Xavier	Chef de pôle SSR CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme TINGAUD Magali	Présidente CSIRMT CH LEVROUX	Mme LABAISSE Eliane	Chargée de missions de l'équipe de coopération territoriale CH CHATEAUROUX-LE BLANC
			Mme CABIROU Séverine	Présidente CSIRMT CH VALENÇAY		
COPILOTE	Mme le Dr MATAS Marie- Laure	Praticien hospitalier de médecine (pôle du Blanc) CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme BELLANGER Elodie	Cadre de santé du service des maladies respiratoires CH CHATEAUROUX-LE BLANC		
	Mme le Dr LAMOTTE Florence	Chef de service des maladies respiratoires CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr HIRA Michel*	Chef de service de réanimation polyvalente / Président de CME CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr PROUTIERE Jean- Pierre	Médecin généraliste intervenant en EHPAD VATAN				
	M. le Dr. MANSOUR Chérif *	Médecin urgentiste CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr MINOIS Laurent	Chef de pôle médecine CH ISSOUDUN				
	M. le Dr EL DALATI Farouk*	Responsable des urgences (pôle du Blanc) CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
DEUX REUNIONS : 8 ET 29 MARS 2017						
	* Invité non présent					



GHT DE L'INDRE
CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL DES 9 FILIERES DU PROJET MEDICAL PARTAGE VERSION 30 JUN 2017
LIEN AVEC LE PROJET DE SOINS PARTAGE

FILIERE PSYCHIATRIQUE						
	MEDICAUX		SOIGNANTS		ADMINISTRATIF	
PILOTES	Mme le Dr CHAUVET-CASTAGNET Fabienne	Chef du pôle de psychiatrie CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme PIGOIS Isabelle	Présidente CSIRMT CH LA CHATRE	Mme CARREEL Chantal	Responsable de l'équipe de coopération territoriale CH CHATEAUROUX-LE BLANC
			M. ERDEVEN Patrick	Cadre supérieur de santé au pôle de psychiatrie adulte du CH CHATEAUROUX-LE BLANC		
COPILOTE	M. le Dr SANDMAN Jean-Marie	Psychiatre CH LA CHATRE	Mme KINAY Sandrine	Cadre de santé au pôle de psychiatrie adulte du CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme LE BRUCHEC Annette	Attachée d'administration responsable du pôle de psychiatrie adulte CH CHATEAUROUX-LE BLANC
	M. le Dr HALLAK Habib	Gériatre CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr BAROUDI Abdulkader	Gériatre CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr MINOIS Laurent*	Chef de pôle médecine CH ISSOUDUN			Mme AUBARD Marinette	cadre administratif, pôle de psychiatrie adulte CH CHATEAUROUX-LE BLANC
	M. le Dr BOUZIDI Lahcen*	C.D.G.I.	Directeur du foyer Blanche de Fontarce			
	Mme le Dr PAPAZOGLOU	Chef du service de psychiatrie infanto-juvénile, CH CHATEAUROUX-LE BLANC	M. PIGALE	Directeur du foyer départemental de l'enfance Blanche de Fontarce		
DEUX REUNIONS : 10 MARS ET 7 AVRIL 2017						

* Invité non présent



GHT DE L'INDRE

**CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL DES 9 FILIERES DU PROJET MEDICAL PARTAGE VERSION 30 JUIN 2017
LIEN AVEC LE PROJET DE SOINS PARTAGE**

FILIERE "TROUBLES COGNITIFS DES PERSONNES AGEES"

	MEDICAUX		SOIGNANTS		ADMINISTRATIF	
PILOTES	M. le Dr HALLAK Habib	Chef de pôle neurologie-gériatrie CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme POUTRIN Marie-Anne	Présidente CSIRMT CDGI	Mme CARREEL Chantal	Responsable de l'équipe de coopération territoriale CH CHATEAUROUX-LE BLANC
			Mme MICHARD Martine	Diététicienne CH LA CHATRE		
COPILOTE	M. le Dr GANDJI Jean-Alain	Praticien Hospitalier Service de Médecine CH LA CHATRE				
	Mme le Dr MATAS Marie-Laure*	Praticien hospitalier de médecine (pôle du Blanc) CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
TROIS REUNIONS : 14 MARS, 4 et 11 AVRIL 2017						

* Invité non présent



GHT DE L'INDRE
CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL DES 9 FILIERES DU PROJET MEDICAL PARTAGE VERSION 30 JUIN 2017
LIEN AVEC LE PROJET DE SOINS PARTAGE

FILIERE TRAUMATOLOGIE DE LA PERSONNE AGEE								
MEDICAUX		SOIGNANTS		ADMINISTRATIF				
PILOTES	M. le Dr AKHRAS Chaouki	Chef de service chirurgie orthopédique et traumatologique / Président du collège médical GHT CH CHATEAUROUX-LE BLANC	M. HOUDAYER Eric	Cadre de santé, bloc opératoire, chirurgie, consultations externes (pôle du Blanc) CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme CARREEL Chantal	Responsable de l'équipe de coopération territoriale CH CHATEAUROUX-LE BLANC		
			Mme BIBENS Carole	Infirmière coordonnatrice EHPAD VATAN				
COPILOTES	M. le Dr BERRIRI Kamel	Praticien hospitalier de médecine physique et de réadaptation / Président de CME CH ISSOUDUN	Mme VALENTIN Christel	Cadre de santé, chirurgie orthopédique et traumatologique CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. le Dr. BOUQUET Nicolas*	Praticien hospitalier SSR LE BLANC	M. PINTO Sergio*	Cadre de santé CH ISSOUDUN				
	M. le Dr. BAROUDI Abdulkader	médecin gériatre CH CHATEAUROUX/LE BLANC						
	M. le Dr. AL MAAZ Chouja*	Urgentiste CH ISSOUDUN						
	M. le Dr. ABOUDIB Antoine*	Service de chirurgie CH CHATEAUROUX/LE BLANC						
	M. le Dr. EL DALATI Farouk*	Urgentiste CH CHATEAUROUX/LE BLANC info transmise par DR SOULAT le 21/02/17						
	M. le Dr ROY Xavier*	Chef de pôle SSR CH CHATEAUROUX-LE BLANC						
DEUX REUNIONS : 8 ET 29 MARS 2017								
* Invité non présent								



GHT DE L'INDRE

CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL DES 9 FILIERES DU PROJET MEDICAL PARTAGE VERSION 30 JUIN 2017 LIEN AVEC LE PROJET DE SOINS PARTAGE

FILIERE SOINS PALLIATIFS						
	MEDICAUX		SOIGNANTS		ADMINISTRATIF	
PILOTES	M. le Dr DUFRENE Christian	Président de CME / Vice-président du collège médical GHT CDGI	Mme LACOU Christelle	Aide-soignante USLD La Cubissole (pôle du Blanc) CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme LABAISSE Eliane	Chargée de missions de l'équipe de coopération territoriale CH CHATEAUROUX-LE BLANC
			Mme GRILLON-PASCAUD Laurence	Cadre de santé de pédiatrie-néonatalogie CH CHATEAUROUX-LE BLANC		
COPILOTE	M. le Dr MINOIS Laurent	Chef de pôle médecine CH ISSOUDUN	Mme GERMAIN Aurore	Psychologue USLD La Chêneraie CDGI		
	M. le Dr POLIDORI Olivier	Responsable équipe mobile de soins palliatifs CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme COMONT Marie-Laure	Cadre de santé USLD La Chêneraie CDGI		
	Mme le Dr MATAS Marie-Laure	Praticien hospitalier de médecine (pôle du Blanc) CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme TRICOCHÉ	IDE (pôle du Blanc) CH CHATEAUROUX-LE BLANC		
	Mme TRUFFY Anne-Sandrine*	Médecin généraliste				
	M. le Dr CHERKAOUI Adil*	Oncologue CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Membre du CODESPA			
	M. le Dr MIGNOT Hervé *	Responsable de l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs CH CHATEAUROUX-LE BLANC	M. SCHNEIDER Philippe	Président CODESPA 36		
TROIS REUNIONS : 14 MARS, 20 MARS ET 4 AVRIL 2017						
	* Invité non présent					



GHT DE L'INDRE
CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL DES 9 FILIERES DU PROJET MEDICAL PARTAGE VERSION 30 JUIN 2017
LIEN AVEC LE PROJET DE SOINS PARTAGE

FILIERE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE						
MEDICAUX			SOIGNANTS		ADMINISTRATIF	
PILOTES	Mme le Dr BANDALY Françoise	Chef de pôle femme mère enfant CH CHATEAUROUX-LE BLANC	Mme SALLAT Sylvie	Cadre sage-femme du service de gynécologie-obstétrique CH CHATEAUROUX-LE BLANC, site de CHATEAUROUX	M. MARECHAL Cédric	Directeur-adjoint en charge de la stratégie, des ressources médicales et du territoire CH CHATEAUROUX-LE BLANC
COPILOTE	M. le Dr FAYAD Anwar	Gynécologue-obstétricien CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	M. BENCHEKROUN	chef du service de pédiatrie CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
	Mme le Dr MARCHAIS Lucie	médecin urgentiste CH CHATEAUROUX-LE BLANC				
UNE REUNION : 13 MARS 2017						
	* Invité non présent					

La feuille de route proposée par l'ANAP a été utilisée en guise de fil conducteur commun, dans chacun des neuf groupes de travail, dans la perspective d'une homogénéité de la démarche.

Dans chacun d'eux, les données issues des études préparatoires au projet médical du GHT de l'Indre, réalisées par l'unité régionale d'épidémiologie hospitalière (UREH), ont été exploitées.

Le document présent est donc le résultat de cette démarche de projet, inscrite dans un calendrier contraint :

	Février				Mars				Avril				Mai				Juin				
Semaines :	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Réunion CSIRMT territoriale (07/02) : validation méthodologique, identification des pilotes soignants pour chaque filière (9).																					
Consolidation des compositions des groupes de travail en lien avec les présidents du collège médical et de la CSIRMT de groupement : pilotes, copilotes et participants.																					
Organisation des réunions de travail.																					
Préparation des feuilles de route par filière.																					
Envoi des feuilles de route par filière aux membres des groupes de travail.																					
Réunion du comité stratégique (02/03) : point d'étape.																					
Réunion comité des usagers (09/03) : point d'étape.																					
1 ^{ère} tenue des réunions de travail.																					
Réunion CSIRMT territoriale (16/3) : point d'étape.																					
Travail inter session.																					
2 ^{ème} tenue des réunions de travail.																					
Finalisation des feuilles de route.																					
Envoi d'un document de travail « projet médico soignant du GHT de l'Indre aux membres de la CSIRMT et du collège médical.																					
Réunion de la CSIRMT (02/05) : projet médico soignant soumis à l'approbation des membres de la CSIRMT.																					
Réunion collège médical (04/05) : projet médico soignant soumis à l'approbation des membres du collège médical.																					
Réunion du comité territorial des élus locaux (10/05) : projet médico soignant soumis à l'approbation des membres du comité territorial des élus locaux.																					
Réunion comité des usagers (15/05) : projet médico soignant soumis à l'approbation des membres du comité des usagers.																					
Réunion comité stratégique (18/05) : projet médico soignant soumis à l'approbation des membres du comité stratégique.																					
Réunion des instances des établissements parties au GHT de l'Indre : avis relatifs au projet médico soignant du GHT de l'Indre.																					
Envoi du projet médico soignant du GHT de l'Indre à l'ARS Centre Val de Loire.																					

3- LE PROJET MEDICO SOIGNANT PARTAGE DU GHT DE L'INDRE

Le projet médical et soignant partagé du groupement hospitalier de territoire de l'Indre, présenté ci-dessous, reprend et complète les deux documents précédents, d'ores et déjà approuvés par l'ARS Centre Val de Loire (1^{er} juillet 2016 et 1^{er} janvier 2017) :

- A la date du 1^{er} juillet 2016, **huit domaines d'activité correspondant à des modalités de prises en charge hospitalières** avaient été déclinées : urgences, médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, SSR, gériatrie et HAD.

Parallèlement, **neuf axes de développement** avaient été identifiés, dans la perspective d'une déclinaison opérationnelle ultérieure : les ressources médicales, l'information médicale, la gestion de la qualité et des risques, l'hygiène, la pharmacie, l'imagerie médicale, l'éducation thérapeutique du patient, la prise en charge de la douleur et la biologie.

- A la date du 1^{er} janvier 2017, **six filières de soins** avaient été prioritairement choisies : prise en charge des AVC, de l'insuffisance cardiaque, de l'insuffisance respiratoire, des troubles cognitifs de la personne âgée, de la traumatologie de la personne âgée et des soins palliatifs.

Suite à l'intervention-conseil de l'EHESP, ces filières de soins ont été redéfinies pour en porter le chiffre à neuf, afin de prendre également en compte l'oncologie, la gynécologie et la psychiatrie à part entière.

Au total, et pour tenter de clarifier l'ensemble de ce vaste chapitre qui va suivre, son architecture est la suivante :

- **Présentation de quatre domaines d'activité, sous forme de reprise de la version du 1^{er} juillet 2016 : urgences, chirurgie, SSR et HAD.**
- **Présentation de neuf filières de soins, qui reprennent et affinent les quatre autres domaines d'activité précédemment identifiés dans le document du 1^{er} juillet 2016.**
- **Rappel des axes de développement partagés, sous forme de reprise actualisée de la version du 1^{er} juillet 2016.**

La différence entre un domaine d'activité et une filière de soins est explicitée par l'ANAP, dans sa publication datée d'octobre 2016 et disponible en ligne : « élaborer un projet médical partagé de GHT » (pages 16 et suivantes). En résumé, un domaine d'activité correspond à un mode de prise en charge (urgence, chirurgie...). Une filière de soins, c'est l'ensemble des activités complémentaires qui concourent, d'amont en aval, à la prise en charge d'une famille de pathologies. Le premier point de vue est davantage celui du gestionnaire de l'offre de soins ; le second s'inscrit plutôt dans la perspective du patient, usager des services sanitaires et médico sociaux.

3-1 LES DOMAINES D'ACTIVITE

3-1-1- URGENCES

Projet stratégique :

- Organiser le cœur de métier des urgences
- Développer l'attractivité de la médecine d'urgence
- Améliorer la prise en charge des patients âgés, porteurs de maladies chroniques et/ou relevant des soins palliatifs
- Adapter l'organisation des structures d'urgence à l'évolution de la médecine générale dans le département

3-1-1-1 ORGANISER LE CŒUR DE METIER DES URGENCES

La médecine d'urgence est une véritable spécialité qui nécessite des compétences spécifiques devant couvrir tout l'éventail d'urgence de l'enfant à l'adulte vieillissant et qui s'exerce « dans les murs et hors des murs » de l'hôpital.

Il convient de mettre en œuvre les actions suivantes :

- Allier proximité et compétences en permettant un exercice multi sites
- Favoriser l'organisation de formations
- Elaborer des protocoles et des procédures sur l'ensemble du territoire
- Privilégier des filières identifiées (AVC, urgences chirurgicales, urgences neurochirurgicales, urgences toxicologiques, urgences psychiatriques, urgences gériatriques et obstétricales...).
- Organiser la pratique de la médecine d'urgence pour permettre aux médecins urgentistes de faire toute une carrière dans cette spécialité

3-1-1-2 DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DE LA MEDECINE D'URGENCE

- Constituer une équipe territoriale unique de médecins urgentistes qui s'organise avec les services existants sur le territoire et qui repose sur la mise en œuvre de la circulaire n°2014-349 du 22/12/2014 relative au temps de travail des urgentistes.
- Organiser le temps de travail des urgentistes (travail posté et non posté)

- Garantir l'accès aux soins urgents/Renforcer le maillage de proximité SMUR et MCS (notamment articulation entre les deux GHT de l'Indre et du Loir et Cher dans le cadre de la couverture de la zone de Valençay)
- Organiser sur le territoire les transferts inter hospitaliers
- Mailler le territoire par les structures d'urgence
- Participer à la formation des futurs médecins du territoire
- Réactiver la filière de recrutement des jeunes urgentistes
- Développer les échanges entre les établissements de santé du territoire

3-1-1-3 AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES, PORTEURS DE MALADIES CHRONIQUES ET/OU RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

- Gériatrie
 - Développer une culture gériatrique
 - Eviter les hospitalisations injustifiées
 - Faciliter la transmission des données lors des hospitalisations
 - Développer l'intervention des gériatres aux urgences
 - Identifier des lits d'UHCD gériatriques
 - Organiser une vraie filière gériatrique aux urgences
 - Développer l'HAD en EHPAD après passage au plateau technique
- Maladies chroniques et soins palliatifs
 - Identifier les situations justifiant l'accès au plateau technique du service des urgences sur un temps court avec solution d'aval identifiée dès l'admission
 - Développer les admissions directes
 - Organiser une filière courte pour les patients admis au service des urgences et identifiés « fin de vie » pour un accès immédiat à un lit d'hospitalisation (politique territoriale du zéro patient en soins palliatifs en fin de vie sur un brancard aux urgences)
 - Favoriser l'intervention des équipes soins palliatifs aux urgences et UHCD

3-1-1-4 ADAPTER L'ORGANISATION DES STRUCTURES D'URGENCE A L'EVOLUTION DE LA MEDECINE GENERALE DANS LE DEPARTEMENT

L'évolution de la démographie de la médecine générale impacte directement l'activité des services d'urgence.

Pour permettre aux urgentistes de se recentrer sur leur cœur de métier, il est nécessaire de :

- Développer la régulation de médecine générale aux heures ouvrables
- Consolider la régulation de la permanence des soins ambulatoires aux heures de garde
- Etendre cette régulation à la nuit profonde / Mutualisation avec le Cher à étudier
- Développer la prescription médicale téléphonique
- Maintenir des effecteurs fixes et mobiles de médecine générale
- Organiser l'activité de médecine générale au sein même des services des urgences
- Mettre en place des centres de santé adossés à des structures d'urgence

Les conclusions de l'audit du pôle médecine d'urgence du CH Châteauroux-Le Blanc seront intégrées dans le présent projet stratégique.

3-1-2- CHIRURGIE

Projet stratégique :

- Optimisation des compétences sur les deux sites du CH de Châteauroux-Le Blanc.
- Collaborations intra et extra départementales existantes et perspectives
- Développement de la télé expertise et de la téléconsultation
- Développement de l'urologie sur le territoire.

Description du projet :

Il est rappelé en préambule que les axes stratégiques relatifs à la chirurgie, tels que décrits ci-après, ne pourront être mis en œuvre que **par la présence de ressources médicales supplémentaires** sur le territoire. Il s'agit là d'une **condition sine qua none à la mise en œuvre de ce projet** qui doit être portée par l'ensemble des établissements du GHT.

3.1.2.1 OPTIMISATION DES COMPETENCES SUR LES DEUX SITES DU CH DE CHATEAUROUX-LE BLANC

- Développer la coopération chirurgicale entre les deux sites du CH de Châteauroux-Le Blanc dans le domaine de la chirurgie ambulatoire et des consultations avancées, avec en première intention les spécialités de chirurgie digestive et de chirurgie orthopédique, et à terme en ORL et en chirurgie vasculaire sous réserve du respect de la condition préalable évoquée en préambule.
- Assurer les prises en charge chirurgicales complexes sur le site du CH de Châteauroux avec réorientation rapide vers le site du Blanc – Identification de lits post-chirurgicaux.
- Mettre en place des conventions de retour d'hospitalisation.

3.1.2.2 COLLABORATIONS INTRA ET EXTRA DEPARTEMENTALES ET PERSPECTIVES

- Poursuivre les conventions existantes avec le CHU de Tours.
- Développer les collaborations avec le CHU de Limoges.
- Maintenir et développer des consultations avancées avec le centre hospitalier d'ISSOUDUN : angiologie, urologie, ophtalmologie.
- Instaurer une permanence des soins en ophtalmologie et en urologie sur le territoire.

3.1.2.3 DEVELOPPEMENT DE LA TELEEXPERTISE ET DE LA TELECONSULTATION

- Développer la télé expertise et la téléconsultation
 - Liens avec les CHU de Tours et de Limoges.

3.1.2.4 DEVELOPPEMENT DE L'UROLOGIE SUR LE TERRITOIRE

- Développer l'urologie sur le territoire.

3-1-3- SSR

Projet stratégique :

- Organiser une filière SSR territoriale.
- Développer la télémédecine.
- Créer une équipe territoriale d'appui à la réadaptation.
- Constituer un centre de ressources et de formations en rééducation.
- Créer une unité cognitivo-comportementale sur le territoire de l'Indre (CH de Châteauroux-Le Blanc, site du Blanc).

3-1-3-1 ORGANISER UNE FILIERE SSR TERRITORIALE

L'objectif est que le bon patient soit dans le bon service au bon moment.

- Instaurer une supervision du logiciel Trajectoire reposant sur une coordination médicale territoriale regroupant les médecins de chacune des structures.
- Harmoniser la mise en œuvre sur le territoire de l'outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR édité par l'HAS.
- Renforcer la concertation entre les différents SSR du territoire.
- Déterminer des parcours patients par filière, y compris entre SSR.

3-1-3-2 DEVELOPPER LA TELEMEDECINE

- Créer une plateforme territoriale de télé-expertise et de téléconsultation en rééducation.
- Utiliser de la visioconférence (RCP ou staff pluridisciplinaire).

3-1-3-3 CREER UNE EQUIPE TERRITORIALE D'APPUI A LA READAPTATION (CH D'ISSOUDUN)

- S'assurer que le retour à domicile s'est effectué dans les conditions discutées à la sortie
- Coordonner les différents soins au domicile avec la création d'une équipe mobile de réadaptation
- Evaluer l'épuisement des aidants
- Poursuivre la réinsertion sociale et professionnelle

Cette équipe doit, à moyen terme, prévenir les échecs des retours à domicile et diminuer ainsi les hospitalisations pour raisons sociales.

3-1-3-4 CONSTITUER UN CENTRE DE RESSOURCES ET DE FORMATIONS EN REEDUCATION (CH D'ISSOUDUN)

- Améliorer la prise en charge du patient.
- Harmoniser la prise en charge et les pratiques professionnelles.
- Evaluer l'épuisement des aidants.

3-1-3-5 CREER UNE UNITE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE SUR LE TERRITOIRE DE L'INDRE (CH DE CHATEAUROUX-LE BLANC, SITE DU BLANC)

- Créer une unité cognitivo-comportementale au CH de Châteauroux-Le Blanc, site du Blanc, répondant au besoin évident au vu du profil des patients.

3-1-4- HAD

Projet stratégique :

1. Maillage sur le territoire : suppression des zones blanches
2. Articulation avec les SSIAD
3. Développement des prises en charge en EHPAD
4. Prise en charge des patients en chimiothérapie
5. Prise en charge des patients nécessitant des soins de rééducation.

Il se décline en trois actions :

- Structurer un pôle territorial d'HAD – augmentation de la capacité à 50 places et optimisation des capacités
- Développer la collaboration avec les SSIAD et les prises en charge en EHPAD
- Développer les prises en charge spécifiques : chimiothérapie, SSR...

3-1-4-1 STRUCTURER UN POLE TERRITORIAL D'HAD

- Donner les moyens en ressources humaines et organisationnelles à l'opérateur public unique. Au-delà d'une organisation structurée autour d'un personnel salarié, il est utile d'optimiser les partenariats avec des acteurs paramédicaux libéraux.
- S'assurer d'un fonctionnement H24 avec astreintes médicales et paramédicales, et ce, sur l'ensemble du territoire.
- Retravailler la procédure d'admission en lien avec les structures d'amont et d'aval et une communication avec les usagers
- Développer l'utilisation des nouvelles technologies en particulier la télémédecine et la télésurveillance dans un contexte de raréfaction des ressources
- Implanter des antennes sur la Châtre et Issoudun

3-1-4-2 DEVELOPPER LA COLLABORATION AVEC LES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE, LES SSIAD ET LES PRISES EN CHARGE EN EHPAD

- Définir, s'agissant de la collaboration avec les SSIAD, les modalités de leurs interventions (conventions, outils de communication...) auprès des patients pris en charge en HAD
- Etablir des procédures partagées et communes à l'ensemble des acteurs du secteur en vue de faciliter les mouvements de patients entre HAD-SSIAD et SSIAD-HAD
- Travailler en lien avec les équipes mobiles de gériatrie

3-1-4-3 DEVELOPPER LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES : CHIMIOTHERAPIE, SSR...

- Chimiothérapie :
 - Organiser un dialogue entre les médecins oncologues du CH Châteauroux-Le Blanc, l'HAD et les médecins de ville en vue de déterminer les modalités pratiques de coopération et en lien avec l'unité de reconstitution des cytotoxiques
 - Etablir un lien avec les médecins hématologues du CHU de Limoges
 - Réfléchir à un dispositif de soutien psychologique pour les patients et leur entourage.
- SSR :
 - Favoriser les relations entre les SSR et l'HAD
 - Renforcer les liens avec les professionnels libéraux et en particulier les paramédicaux rééducateurs
 - Anticiper, autant que faire se peut, les effets de la T2A en SSR.
- EHPAD :
 - En particulier en EHPAD où l'HAD doit être mieux développée
 - Articulation hébergement temporaire et HAD

3-2 LES FILIERES DE SOINS

3-2-1 PRISE EN CHARGE DES AVC

Description du contexte

➤ **Les chiffres clés de l'AVC**

- 150 000 AVC chaque année, 1 toutes les 4 minutes
- 80 % à cause d'une ischémie, 20 % à cause d'une hémorragie
- 7 millions d'hypertendus en France,
- L'AVC, une urgence : agir dans les 4 heures. 7 heures après, dommages souvent irréversibles

Après un AVC :

- 1 personne sur 5 décède dans le mois qui suit
- les 3/4 des survivants en gardent des séquelles définitives
- 1/3 devient dépendant
- 1/4 ne reprendra jamais d'activité professionnelle
- 1/4 des patients qui ont fait un AVC sont dépressifs

L'AVC ne frappe pas que les personnes âgées.

Chaque année 10 000 à 15 000 personnes de moins de 45 ans en pleine activité voient leur vie bouleversée par un AVC.

➤ **Offre de soins actuelle**

Prise en charge par les structures d'urgence

- SAMU 36 – Centre 15 : identification des signes, orientation adaptée pour la prise en charge
- CH CHATEAUROUX-LE BLANC, site de CHATEAUROUX (SAU/UHCD/USC/SMPU/SMUR/SMUR HELIPORTE/CENTRE 15) :
Arrivée du patient protocolisé, Télé AVC avec TOURS aux heures ouvrables ou avec LIMOGES, avis télé-médecine, orientation vers UNV autre établissement en fonction délai thrombolyse/ thrombectomie et score National Institute of Health (NIH).
- CH CHATEAUROUX-LE BLANC, site du BLANC (structure d'urgence/UHCD/USC/antenne SMUR)
Prise en charge AVC quand pas besoin d'Unité Neuro-Vasculaire
Les patients potentiellement thrombolysables sont envoyés dans les unités de proximité : CHATEAUROUX ou POITIERS ou TOURS en fonction des délais (conventions)
- CH ISSOUDUN (structure urgence/UHCD /antenne SMUR)
Orientation possible vers neuro CHATEAUROUX, BOURGES OU TOURS
- CH LA CHATRE
Unité mobile correspondant SAMU

A l'hôpital public

- Une unité dédiée aux AVC au sein du service de neurologie et gériatrie du CH de CHATEAUROUX-LE BLANC, site de CHATEAUROUX, accueillant les AVC en phase aiguë, quel que soit la nature ischémique ou hémorragique afin d'établir un diagnostic et un projet thérapeutique :
4 lits de soins continus dédiés aux AVC au sein d'une unité de neurologie, 2 praticiens, thrombolyse possible dans le cas de télé-AVC. Astreinte opérationnelle Neurologie pour les patients non thrombolysables et astreinte opératinnelle imagerie.
- Une unité de neurologie au CH de CHATEAUROUX-LE BLANC, site de CHATEAUROUX : 16 lits, 3.1 ETP de praticiens hospitaliers
- Des services de médecine polyvalente au CH d'ISSOUDUN, de la CHATRE et sur le site du BLANC
- Un service de réanimation au CH de CHATEAUROUX-LE BLANC :
 - Sur le site de CHATEAUROUX : 10 lits + 5 USC avec garde sur place, 3 ETP médicaux
 - Sur le site du BLANC, 3 lits d'USC, 0.5 ETP, pas de réanimation

Plateau technique

- CH CHATEAUROUX-LE BLANC, site de CHATEAUROUX
 - Imagerie médicale avec deux scanners et deuxième IRM en cours d'installation
 - Plateau explorations fonctionnelles neurologiques (EEG, EMG...)
 - Equipe kiné et ergothérapeute
 - Avis spécialisés extérieurs
- CH CHATEAUROUX-LE BLANC, site du BLANC
 - Imagerie médicale avec scanner mais pas de possibilité d'IRM dans l'heure
 - Recours Télémédecine (TLM) via ETIAM et avis téléphonique
- CH ISSOUDUN
 - Imagerie médicale avec TDM mais pas d'IRM dans l'heure
 - Recours TLM via ETIAM et avis téléphonique
 - Recours à des avis spécialisés et possibilité de transferts d'images

En aval

- CH de CHATEAUROUX-LE BLANC :
 - site de CHATEAUROUX : SSR polyvalent avec plateau technique / MPR /équipe kiné/ergo/éd sport / orthophoniste
 - Site du Blanc : SSR polyvalent, 0.5 ETP de kiné et pas d'ergothérapeutes. Envoi ensuite vers un SSR après passage en médecine pour bilan
- CH d'ISSOUDUN : Médecine physique et de réadaptation, SSP polypathologies gériatriques, plateau technique complet
- CH de la CHATRE (0,25 ergo + 2 ETP kinés), BUZANCAIS (0,5 ETP ergo +0,4 ETP kinés), CHATILLON (1ergo. Il y a du temps de kiné), LEVROUX (0,25 ETP ergo + 0.5 ETP de kinés salariés), VALENCAY (ce sont des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes libéraux salariés à temps partiel qui interviennent soit 0.53 ETP dont

0.33 ETP de kinés salariés) : SSR polyvalents. Ce sont des médecins généralistes et non des MPR

- SSR des Clinique Saint François et Clinique Manoir en Berry. Des kinés libéraux interviennent mais pas d'ergos. Ce sont des médecins généralistes qui exercent dans ces structures.

Les UNV

Les UNV de Territoire sont : Bourges et Orléans.

Les UNV de recours pour la thrombectomie sont : Tours, Poitiers et Limoges.

Télé AVC, préférentiellement avec le CHU de Tours en semaine et avec le CHU de Limoges le WE, la nuit et les jours fériés.

L'unité dédiée aux AVC : CH de Châteauroux-Le Blanc, site de Châteauroux.

Médecine de ville

France AVC 36 (siège social à l'hôpital d'Issoudun). Lieu d'information sur les premiers signes et l'appel du 15. Tous les médecins de rééducation en font partie.

Les protocoles

- CH de CHATEAUROUX-LE BLANC, site de CHATEAUROUX :
 - Appel 15 : orientation et déclenchement AVC Urgentiste + imagerie
 - Protocole relatif à la prise en charge des AVC non thrombolysables
 - UNV CHU TOURS dans le cadre Télé AVC Centre
 - UNV CHU LIMOGES dans le cadre d'une convention
 - Protocole de sortie du patient
 - Consultation pluri professionnelle simple avec un neurologue et un personnel paramédical 2 ou 3 mois après sortie en cas d'AVC
- CH de CHATEAUROUX-LE BLANC, site du BLANC :
 - Protocoles d'orientation lors de l'appel au 15
 - Information établissement médico-social : soit Dossier de Liaison Urgences (pour les patients qui sont en EHPAD et qu'ils doivent être consultés en urgence), soit appel structure
 - Existence de protocoles de sortie
 - Numéro d'appel « SOS AVC » disponible pour tous les médecins aux heures ouvrables en semaine 02 54 29 62 27 pour les médecins de ville et les médecins hospitaliers
- CH ISSOUDUN
 - Orientation protocolisée avec le SAMU
 - Pas de protocole pour les patients qui doivent rester à Issoudun
 - Pas de protocole de sortie pour les patients qui devront aller à Châteauroux.
 - Consultation pluri professionnelle post-AVC à partir du 2^{ème} mois qui suit l'AVC en HDJ (médecin, masseur- kinésithérapeute, neuro psychologue, assistante sociale, ergo, éducateur sportif)

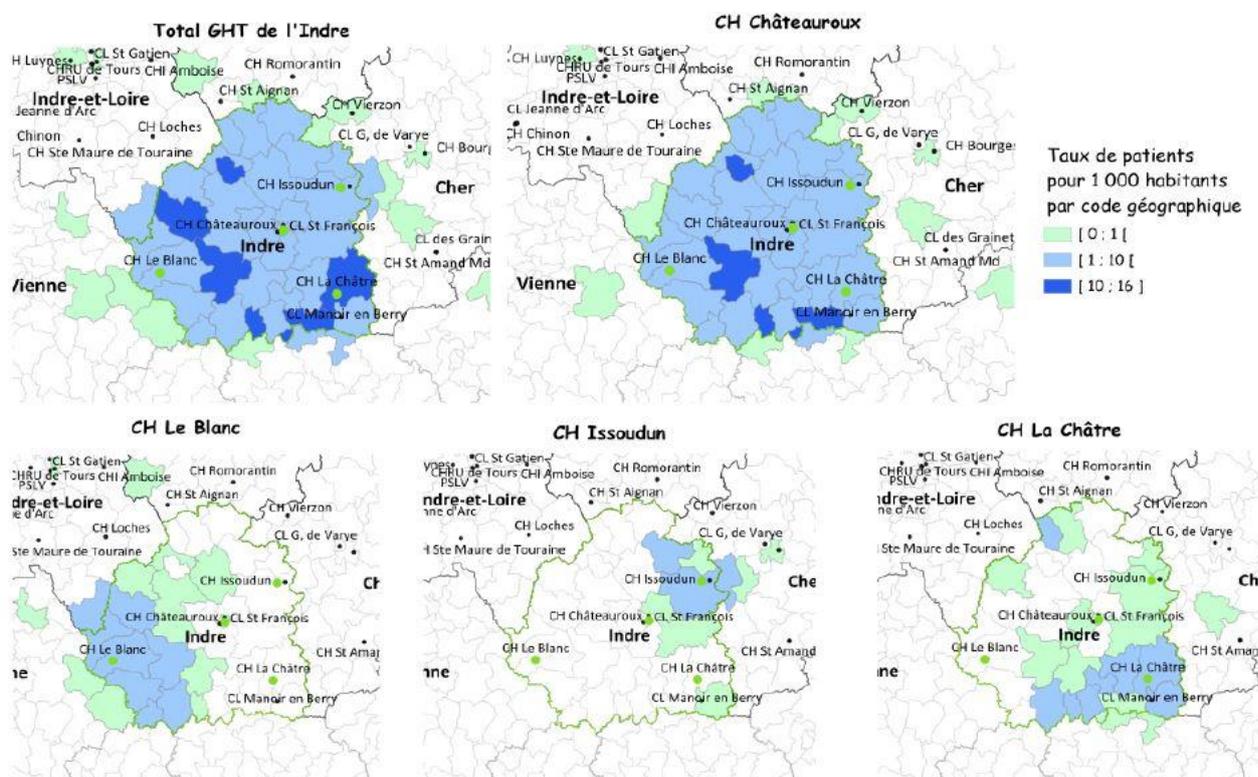
➤ **Les données du PMSI**

Données extraites du document ETUDE PREPARATOIRE AU PMP du GHT 36 Public MCO –
Mise à jour 2014 – Version du 23 juin 2015

Domaines d'Activité du GHT 36 PUBLIC 2014

Domaine d'activité	CHÂTEAUROUX	LE BLANC	ISSOUDUN	LA CHÂTRE	GHT 36 public	
					Nb séjours	%
Total	33 414	4 216	2 182	939	40 751	100%
Digestif	3 750	898	175	55	4 878	12%
Cardio-vasculaire	3 551	390	216	97	4 254	10%
Obstétrique	2 419	489	45		2 953	7%
Ortho-Trauma	2 303	381	67	9	2 760	7%
Système nerveux	1 942	230	145	126	2 443	6%
Pneumo	1 656	259	176	66	2 157	5%
Autres	1 344	240	88	224	1 896	5%

D05 : Système nerveux



➤ **L'analyse critique**

Sources : réponses aux questionnaires de décembre 2016, PMSI, PMP du GHT du 30/06/2016

MANQUE D'INFORMATION

- La population n'est pas suffisamment informée sur la prévention des AVC. Elle connaît peu les signes d'un AVC. La notion qu'il s'agit d'une urgence extrême n'est pas encore totalement acquise.
- Les urgences puis les services qui accueillent n'ont pas accès aux informations du dossier patient (score groupe iso-ressources, dossier de liaison, antécédent neurologique). Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) est pertinent en ce sens.

MANQUE DE COORDINATION ENTRE MCO/SSR ET SSR/SSR

- Difficultés dans l'organisation de l'orientation et de la sortie : manque de places et délais très longs. Dépend beaucoup de l'état neurologique et fonctionnel du patient.
- Impossibilité de réaliser IRM dans l'heure qui suit l'arrivée du patient.
- Absence, parfois, de procédure d'annonce de diagnostic et de protocole de sortie.
- Si rééducation, nécessité d'un bilan diagnostic complet, d'un bilan déficits moteurs, de l'évaluation douleur. Mais temps d'attente en HDJ SSR neuro d'un an à ISSOUDUN.
- Important que le projet de soins s'articule avec le projet de vie.

MANQUE DE PERSONNELS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

- Manque de médecins traitants pour le suivi. Quand le médecin traitant assure le suivi, il doit avoir l'ensemble des éléments d'évaluation et de prise en charge initiale de l'AVC (manque d'information).
- Manque de kinés sur le territoire (1h de rééducation par jour 5 fois par semaine) alors que les exigences sont encore plus élevées en SSR neurologie que dans les SSR polyvalents (1 kiné pour 6 contre 1 pour 15 en polyvalent).
- Manque d'orthophonistes sur le territoire.

Il existe quatre catégories pour orienter les patients selon les recommandations HAS, de la Société française neuro vasculaire et de la Société française de médecine physique et de rééducation) :

- Les patients qui n'ont qu'un seul trouble (moteur ou aphasique): Prise en charge en libéral ou HDJ SSR neuro. Ils sont autonomes pour la vie de tous les jours
- Les patients qui possèdent plusieurs déficiences (cognitives, phasiques, etc...) : prise en charge en SSR neurologie
- Les patients ne présentant pas dans les 8 jours qui suivent de récupération. L'autonomie est limitée. SSP dans un 1^{er} tps pouvant offrir une heure de rééducation par jour kiné et ergo (Châteauroux, Châtillon, Issoudun). Si récupération, possibilité de passage en SSR neuro.
- Les cas graves : états végétatifs ou « lock-in syndrom » orientés dans unités dédiées spécifiques à Issoudun.

Evolution prévisible de la filière

➤ Evolution de la demande des soins (population)

Population vieillissante mais information qui permet de sensibiliser plus de personnes

➤ Techniques médicales

Ouverture IRM 3 Tesla au CH de Châteauroux-Le Blanc en 2018, télé AVC,
Une évolution entre le début des symptômes et la thrombectomie pour élargir les délais thérapeutiques.

➤ Télémédecine

Télémédecine aux urgences, au sein du SSR pour pouvoir lier tous les SSR entre eux sur le territoire.

Objectifs de la filière

AXE 1 – AMELIORER LA PREVENTION ET DEVELOPPER LES AXES DE COMMUNICATION

- Amplifier les actions de communication auprès du grand public et des professionnels (médecins généralistes, France AVC)
- Développer la consultation multi disciplinaire post AVC (prévention, récidence)

AXE 2 – FLUIDIFIER LA FILIERE DE PRISE EN CHARGE MEDICALES DES AVC SUR LE TERRITOIRE DE SANTE EN PERIODE AIGUE

- Identifier les structures de prise en charge et les plateaux techniques (thrombectomie, thrombolyse)
 - Unité de soins continus des AVC au CH de CHATEAUROUX-LE BLANC, site de CHATEAUROUX
 - Unité neuro-vasculaire du CHU de TOURS
 - Unité neuro-vasculaire du CHU de LIMOGES
 - Unité neuro-vasculaire du CHU de POITIERS
- Orienter les patients en fonction du plateau technique nécessaire avec possibilité d'orienter en première intention sur les centres périphériques ou de proposer un parcours avec transfert après 48h sur les centres périphériques
- Développer les applications de télémédecine permettant de recourir à des avis spécialisés (entre neuro et médecine)
- Renforcer les articulations avec les services de médecine de proximité, SSR, USLD, EHPAD, HAD, et le domicile
- Formaliser cette organisation de façon commune
- Formaliser les retours précoces après thrombectomie et thrombolyse

- Formaliser et systématiser le bilan AIT (accident ischémique transitoire) sur une période courte (72 h) avec de la prévention
- Consultation pluridisciplinaire

AXE 3 – DEVELOPPER LA COORDINATION DES SSR SUR LE TERRITOIRE AINSI QUE LA TELEMEDECINE

- Organiser une filière SSR territoriale (supervision TRAJECTOIRE, harmoniser la mise en œuvre de l'outil HAS, renforcer la concertation entre les SSR, télémédecine,.....)
Coordonnateur départemental médecin de médecine physique
Les informations médicales doivent être bien remplies
Une régulation commune sur l'ensemble des demandes trajectoire concernant les AVC (1 MPR, 20% de temps)
Une réunion régulière des personnels médicaux.
- Créer une équipe territoriale d'appui de réadaptation (paramédicaux) (CH d'ISSOUDUN)
 - S'assurer que le retour à domicile s'est effectué dans les conditions discutées à la sortie
 - Coordonner les différents soins au domicile avec la création d'une équipe mobile de réadaptation
 - Evaluer l'épuisement des aidants
- Développer les applications de télémédecine
 - Créer une plateforme territoriale de téléexpertise et de téléconsultation en rééducation
 - Utiliser la visioconférence (RCP ou staff pluridisciplinaire)

AXE 4 – DEVELOPPER UNE HAD REEDUCATION

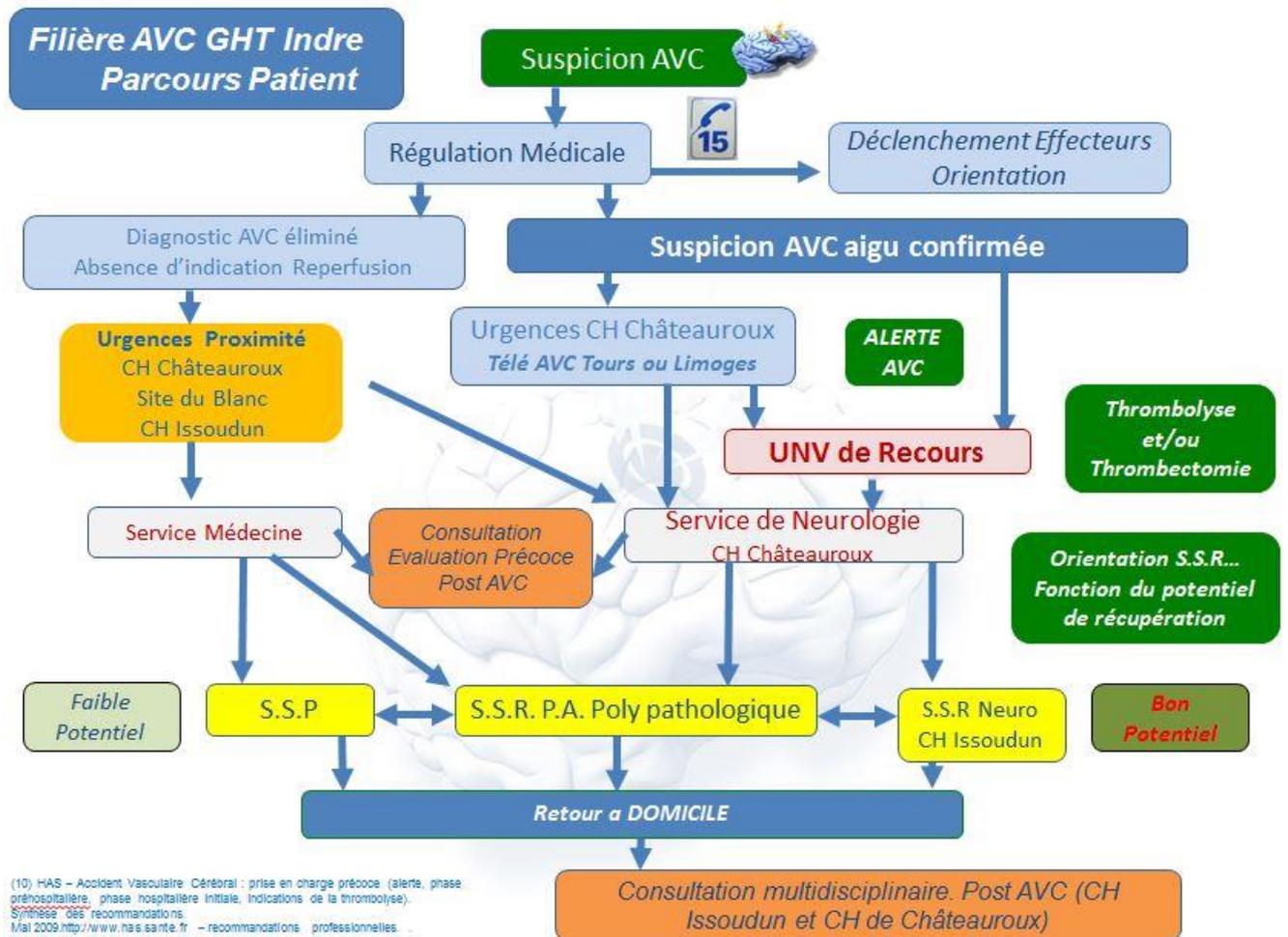
- Renforcer une équipe de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes.

DIMENSION SOIGNANTE :

- Formation des ARM au SAMU, les infirmières d'accueil pour informer des signes précoces. Formation sur les techniques de manutention, d'installation.
- Dans les services de médecine neurologique, formation de prise en charge initiale en aigu suivant les recommandations HAS
- Equipe territoriale d'appui en complémentarité avec les visio conférences (axe 2)

Structuration projetée de la filière

- Modalités de mise en œuvre concrète sur le territoire du GHT : où, quand, comment.... Cf Logigramme sur la prise en charge de l'AVC



(10) HAS – Accident Vasculaire Cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase pré-hospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). Synthèse des recommandations. Mai 2009 <http://www.has.santé.fr> – recommandations professionnelles. (23) Circulaire DGOS du 6 mars 2012 – RA/R3/PF3/2012/106.

- **Impact sur les autorisations d'activité**
Maintenir les autorisations
- **Référentiel de prise en charge partagé**
- **Définir les orientations possibles des patients hors GHT si nécessaire / articulation avec acteurs hors GHT**
- **Articulation avec privé ?**
- **Articulation avec acteurs amont / aval**
Temps médical en plus (télé-AVC et transfert)
L'aval devra être plus fluide
Besoin de recrutement de kinés et d'ergos dans les autres SSP
SROS 3 et PRS 1 : Développer la spécialité SSR personnes âgées polyhandicapées avec crise de dépendance ou en voie de dépendance (Issoudun, Châteauroux, La Châtre et Le Blanc)

Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT de l'Indre

➤ Evolution des effectifs

Gériatrie

Kiné, ergo, orthophoniste, les neuro-psychologues.

➤ Evolution des pratiques professionnelles

Vision conférence centralisée au SSR neuro d'Issoudun

Equipe territoriale paramédicale.

Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

➤ Indicateurs de suivi (exemples) :

- % de recours au 15
- % de patients accédant aux techniques de re-perfusion
- Nombre de séjours admis en Unité dédiée AVC et DMS (et IP-DMS)
- % de patients prise en charge dans une Unité dédiée en AVC
- % de patients prise en charge dans un SSR neuro
- Nombre de transferts entre SSR

1- Le thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » est composé de 9 indicateurs :

- Délai arrivée - imagerie en première intention ;
- AVC éléments indispensables à l'arrivée ;
- Expertise neuro vasculaire intégrant télé-AVC ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1^{er} jour ;
- Dépistage des troubles de la déglutition ;
- Transfert en SSR spécialisé ;
- Programmation d'une consultation post AVC ;
- Score d'autonomie ou de handicap à la sortie.

2- Indicateurs qualitatifs – Eléments indispensables à l'arrivée (EIA) :

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC :

Taux de patients pour lesquels :

- Le score de gravité NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) a été réalisé dans la 1^{ère} heure suivant l'arrivée
- La date et l'heure de survenue des symptômes sont notées dans le dossier

➤ **Indicateurs de réalisation d'actions :**

Augmenter le taux d'accès à la re-perfusion (15% d'ici 5 ans)

Augmenter le taux d'accès à l'unité dédiée de neuro

Mettre en place un coordonnateur départemental SSR Médecin de médecine physique

Créer une équipe territoriale d'appui de réadaptation (paramédicaux)

➤ **Modalités d'évaluation (exemples) :**

- Tableau de bord des indicateurs
- Analyse des écarts
- Discussions en comité stratégique et actions correctrices

3-2-2- PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Description du contexte

➤ **Offre de soins actuelle**

Voir chapitre 1

➤ **Les données du PMSI**

Voir :

- étude préparatoire au projet médical du GHT de l'Indre ; UREH ; version du 23 juin 2015.
- Scan santé ; <http://www.scansante.fr/> :
 - Activité GP : Aff. Cardio-vasculaire avec Acte classant non opératoire, ou anesthésie
 - Activité DoAC : Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et intervention)
 - G065 : Cardiopathies, valvulopathies

Analyse critique

- Le service de cardiologie du CH Châteauroux-Le Blanc est en sous-effectif médical.
- A défaut d'avis cardiologique au service des urgences du CH Châteauroux-Le Blanc, des hospitalisations sont prononcées, qui sont, pour certaines, évitables si une consultation rapide de cardiologie est organisée.
- L'annonce du diagnostic est à améliorer.
- La coopération avec la clinique Saint Gatien, dans le cadre des IRM cardiaques, constitue une plus-value dans l'offre de soins à destination des patients.
- La procédure de transmission des courriers et des images, en cas de transfert, n'est pas satisfaisante.
- L'articulation avec les prises en charge aval (SSR, USLD, EHPAD) est à améliorer en vue de réduire significativement les délais.
- le programme d'éducation thérapeutique des patients souffrant d'insuffisance cardiaque est un outil efficace pour le suivi des patients chroniques : il renforce l'autonomie des patients et réduit le risque de réapparition de situations d'urgence vitale.
- Le suivi des patients « insuffisant cardiaque » est à améliorer.
- Le développement du dispositif PRADO est en cours.

Evolution prévisible de la filière

- Forte difficulté de recrutement de médecins cardiologues.
- Développement de la télémédecine (recours à la télé imagerie et développement de la télé expertise).

Objectifs de la filière

La mise en œuvre des objectifs identifiés dépend du renforcement de l'équipe médicale du service de cardiologie du CH Châteauroux-Le Blanc.

AXE 1 – DEVELOPPER UN PARCOURS DE SOINS IDEAL DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE

- A la phase aigue
 - Appel au 15 en absence de médecin traitant
 - Identification critères gravité
 - Prise en charge aux Urgences
 - Recours à l'avis du cardiologue
 - Réalisation de l'échographie cardiaque
 - Evaluation de la Fraction d'éjection initiale
 - Evaluation fonction rénale
- Hospitalisation avec suivi cardiologique
 - Adaptation traitements de l'insuffisance cardiaque
 - Mise en place programme éducation thérapeutique
 - Organisation suivi ambulatoire
- Accès aux soins de suite et réadaptation
- Suivi ambulatoire
 - Médecin traitant / soignants.
 - Utilisation de la télé médecine en EHPAD pour le suivi

AXE 2 – CREER UNE PERMANENCE « INSUFFISANCE CARDIAQUE » POUR LES GENERALISTES ET LES MEDECINS COORDONNATEURS D'EHPAD

AXE 3 – DEVELOPPER LES AUTOMATES DE BIOLOGIE DELOCALISEE DANS LES HOPITAUX DE PROXIMITE

AXE 4 – AMELIORER LA PROCEDURE DE TRANSMISSION DES COURRIERS ET IMAGES, EN CAS DE TRANSFERT DU PATIENT

AXE 5 – AMELIORER LA PREPARATION DE LA SORTIE D'HOSPITALISATION

- Poursuivre le déploiement du référentiel HAS relatif à la sortie du patient.
- Renforcer les effectifs des équipes sociales.
- Poursuivre la réflexion sur un retour à domicile optimisé/une prise en charge d'aval adaptée, dans le cadre notamment des travaux en cours dans le cadre de la démarche de la délégation territoriale de l'ARS Centre-Val de Loire : « filière gériatrique », avec ses quatre sous-groupes : accès aux soins ; structures domicile/gériatrie ; géronto-psychiatrie et sorties d'hospitalisation.
- Créer une équipe d'appui territoriale à la réadaptation (CH d'Issoudun) :
 - S'assurer que le retour à domicile s'est effectué dans les conditions discutées à la sortie.
 - Coordonner les différents soins au domicile.
 - Evaluer l'épuisement des aidants (en lien avec la plateforme de répit des aidants portée par le CDGI)

AXE 6 – ORGANISER UNE FILIERE TERRITORIALE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION DE MANIERE A AMELIORER LA FLUIDITE DES PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES

- Instaurer une supervision du dispositif « Trajectoire » reposant sur une coordination médicale territoriale regroupant toutes les structures de soins de suite et de réadaptation du territoire de santé.
- Harmoniser la mise en œuvre sur le territoire de l'outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR édité par l'HAS.
- Mettre en place une offre d'hospitalisation de jour en SSR pour la prise en charge spécialisée des affections cardiovasculaires (code de la santé publique : D6124-177-26 à D6124-177-31) sous réserve des ressources disponibles.

AXE 7 – DEVELOPPER L'HOSPITALISATION A DOMICILE

- Etendre le périmètre d'intervention de l'HAD sur tout le territoire de l'Indre.
- Développer la collaboration avec les HAD de Vierzon et de Bourges.
- Organiser la collaboration avec le secteur infirmier libéral.
- Augmenter la capacité de la HAD à 50 places
- Développer la collaboration avec les SSIAD.
- Développer l'HAD en EHPAD.

AXE 8 – DEVELOPPER LA TELEEXPERTISE

AXE 9 – CREER AU CENTRE HOSPITALIER CHATEAUROUX-LE BLANC, UNE CONSULTATION DEDIEE A L'INSUFFISANCE CARDIAQUE, GERE PAR UN BINOME INFIRMIER-MEDEecin.

- Sous réserve de l'augmentation des effectifs médicaux dans le service de cardiologie, elle pourrait éventuellement être itinérante.

AXE 10 – RENFORCER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN FAVORISANT LES ENTRETIENS INFIRMIERS

AXE 11 – AMELIORER LE SUIVI AMBULATOIRE

- Systématiser la pratique des carnets de suivi, pour les patients insuffisants chroniques.
- Contribuer à la généralisation du dossier médical partagé (DMP).
- Développer le recours aux infirmiers libéraux pour le suivi à domicile.

Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

- **Indicateurs de suivi :**
 - Evolution de la DMS par site (et IP-DMS)
 - Suivi de la fraction d'éjection ventriculaire
 - Recours à l'avis cardiologique en cas d'hospitalisation
 - Utilisation du carnet de suivi

- **Indicateurs de réalisation d'actions (exemples) :**
 - Enquête relative à la mise en place du carnet de suivi.
 - Nombre de consultations réalisées dans le cadre de la consultation dédiée à l'insuffisance cardiaque, gérée par un binôme infirmier-médecin.
 - Suivi du taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, par les services des urgences.
 - Nombre d'infirmiers formés à l'insuffisance cardiaque.

3-2-3- PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

Description du contexte

➤ **Caractéristiques du territoire**

Population vieillissante :

Moyenne d'âge plus élevée que la moyenne nationale.

29.70 % de la population est âgée de plus de 60 ans contre 22.60 %.

Territoire rural de 232 268 habitants marqué par la place centrale de la ville de CHATEAUROUX.

Pénurie de professionnels : faible démographie médicale hospitalière et libérale avec seuil critique atteint.

➤ **Offre de soins actuelle** (lits et places, équipement, temps médical sur chaque site)

❖ **CH CHATEAUROUX/LE BLANC – site de CHATEAUROUX :**

- un service des maladies respiratoires avec plateau technique d'explorations fonctionnelles: 22 lits dont 1 lit de sommeil et astreinte opérationnelle médicale.
- un service de réanimation : 10 lits + 5 USC avec garde sur place.
- un SSR à orientation « maladies respiratoires »
 - avec prise en charge des patients en stage de réhabilitation respiratoire par groupe de quatre personnes
 - de plus, 5 lits en HDJ autorisés mais non financés.

❖ **médecins spécialistes en pneumologie :**

- au 1er janvier 2017 : 3 ETP pneumologues sur le site de CHATEAUROUX et deux en libéral soit cinq pneumologues pour le territoire
- à compter du 1er juillet 2017, passage à 2,60 ETP sur le site de CHATEAUROUX.

❖ **médecin MPR orientation affections respiratoires :**

- un médecin MPR sur le SSR du site de CHATEAUROUX avec autorisation de cinq places d'hôpital de jour «affections des maladies respiratoires »

❖ **Coopérations :**

- une demi-journée de consultations avancées tous les 15 jours par un pneumologue du site de CHATEAUROUX sur le site du BLANC soit 0.05 ETP d'un réanimateur avec spécialité en pneumologie.
- Une demi-journée de consultations tous les 15 jours à la MSP d'ARGENTON-SUR-CREUSE par un pneumologue du site de CHATEAUROUX.
- Un des médecins libéraux intervient sur le secteur d'ISSOUDUN et l'autre sur le bassin du BLANC.

- Un pneumologue libéral réalise des examens endoscopiques bronchiques une demi-journée hebdomadaire sur le CH de CHATEAUROUX

➤ **PMSI**

Matrice consommation-production en SSR – Année 2015 - Région Centre

**Matrice consommation-
production en SSR
Année : 2015
Région (26) : Centre
Type d'hospitalisation :
Catégorie Majeure : 04 -
Groupe Nosologique : 0406 -
Insuffisances respiratoires
chroniques et bronchopathies
obstructives**

Répartition de l'ensemble des journées ayant été produites par des établissements de la région et/ou consommées par des patients résidant dans la région

PRODUCTION : Établissements de la région par territoire de santé			CONSOMMATION : Territoires de santé des patients de la région						Ensemble
			Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	
Indre	36000046	CH ISSOUDUN	43	43
	36000053	CH DE CHATEAUROUX	20	.	907	26	.	.	953
	36000061	CH LA CHATRE	.	.	16	.	.	.	16
	36000079	CH LE BLANC	.	.	234	.	.	.	234
	36000095	HL ST-ROCH BUZANCAIS	.	.	129	.	.	.	129
	36000103	HL CHATILLON / INDRE	.	.	.	18	.	12	30
	36000111	HL DE LEVROUX	.	.	5	.	.	.	5
	36000129	CLINIQUE ST FRANCOIS	.	.	38	.	.	.	38
	Sous-total		63	.	1 329	44	.	.	12

Taux d'attractivité intra-régional

(journées consommées par les patients d'autres territoires de la région / journées produites par les établissements du territoire)

Territoire de santé d'implantation des établissements	Nombre de journées produits dans le territoire de santé	- dont nombre de journées consommées par des patients d'autres territoires de la région	Taux d'attractivité du territoire de santé
Indre	1 436	107	7,50%

Taux de fuite intra-régional

(journées consommées dans d'autres territoires de la région / journées consommées par les patients du territoire)

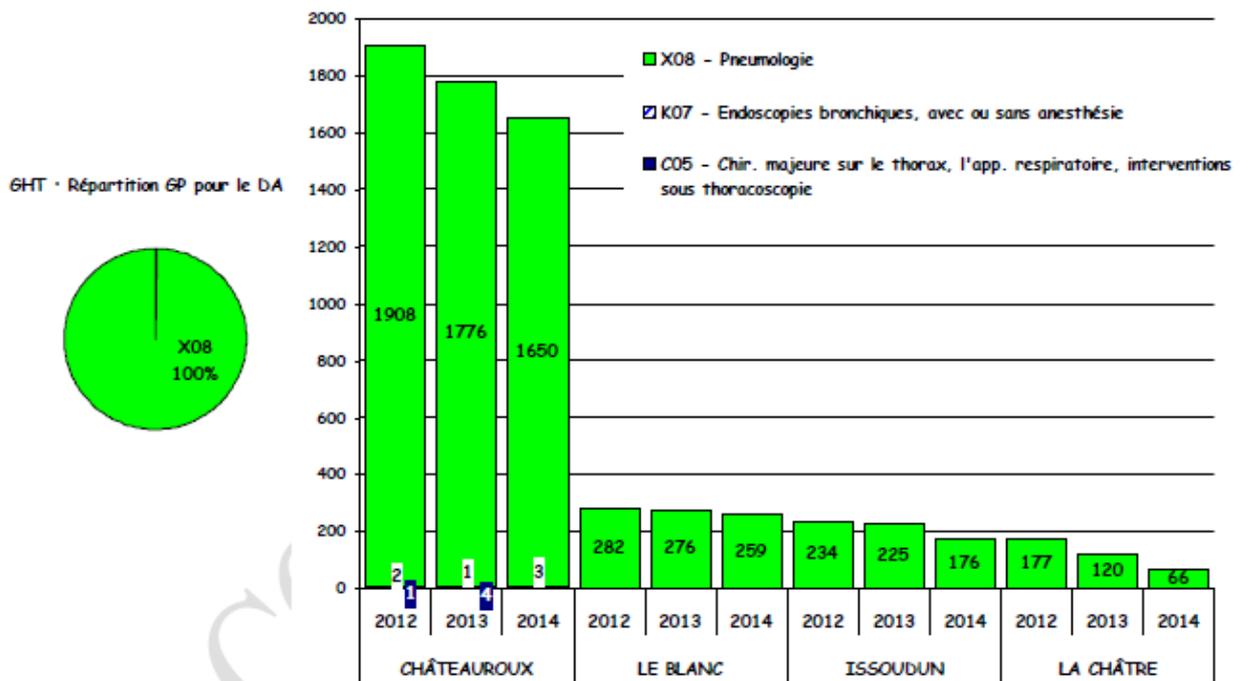
Territoire de santé de résidence des patients	Nombre de journées consommées par les patients du territoire de santé	- dont Nombre de journées consommées dans d'autres territoires de la région	Taux de fuite du territoire de santé
Indre	1 559	230	14,80%

Domaines d'Activité du GHT 36 PUBLIC 2014

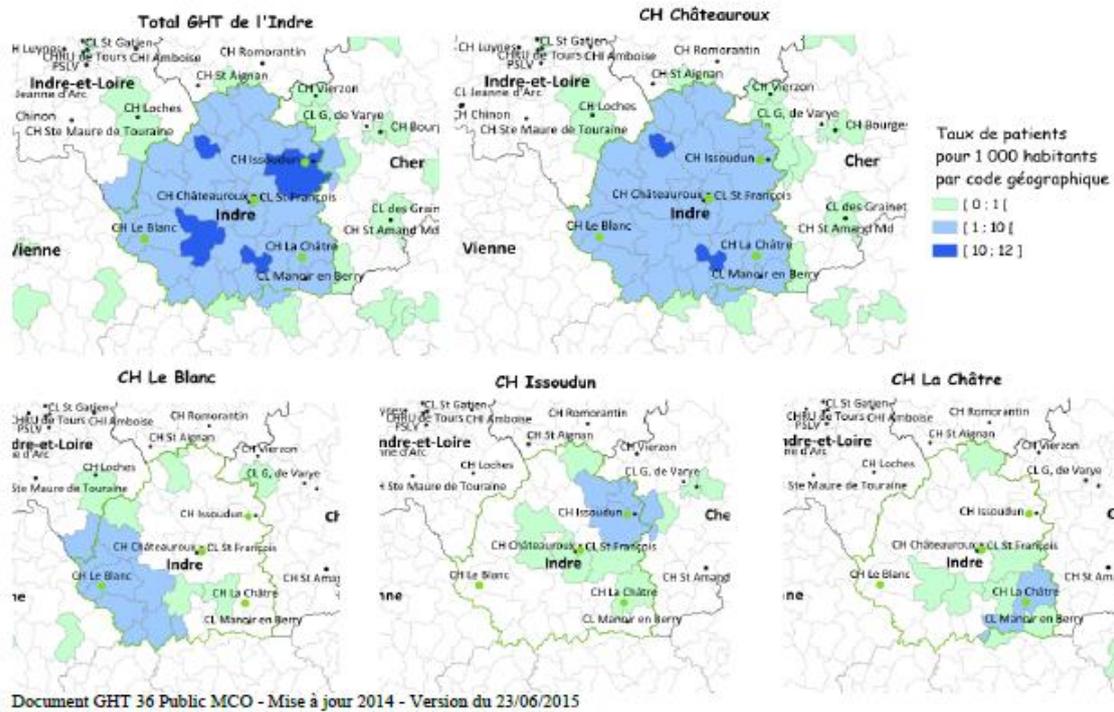
Domaine d'activité	CHÂTEAUROUX	LE BLANC	ISSOUDUN	LA CHÂTRE	GHT 36 public	
					Nb séjours	%
Total	33 414	4 216	2 182	939	40 751	100%
Digestif	3 760	898	176	66	4 878	12%
Cardio-vasculaire	3 661	390	216	97	4 264	10%
Obstétrique	2 419	489	46		2 963	7%
Ortho-Trauma	2 303	381	67	9	2 760	7%
Système nerveux	1 942	230	145	126	2 443	6%
Pneumo	1 666	269	176	66	2 167	5%
Autres	1 344	340	88	334	1 906	5%

D09 Pneumologie

D09 : Pneumologie (SÉJOURS)



D09 : Pneumologie



37

Activité PMSI du service des maladies respiratoires du CH de CHATEAUROUX

Maladies respiratoires

Activité 2015

22 lits / 8 030 journées théoriques

	2014	2015	Evolution
RUM	1282	1239	-3,4%
DMS	5,9	6,1	3,1%
Age moyen	69	69,6	0,9%
Nb journées	7524	7540	0,2%
Tx occupation	93,7%	93,9%	0,2%
File active	1084	1029	-5,1%
Tx entrées directes via urgences	34%	33%	-3,2%

Dix principales racines de GHM

GHM	Libelle	2014	2015	Cumul	% cumulé
23K02	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	224	255	255	21,0%
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	133	175	430	35,3%
04M05	Pneumonies et pleurésies banales âge supérieur à 17 ans	135	125	555	45,6%
04M03	Bronchites et asthme âge supérieur à 17 ans	75	94	649	53,3%
04M08	Bronchopneumopathies chroniques	73	63	712	58,5%
05M09	Insuffisances cardiaques et état de choc circulatoire	61	58	770	63,3%
04M09	Tumeurs de l'appareil respiratoire	46	35	805	66,1%
04M13	Cœdème pulmonaire et détresse respiratoire	41	33	838	68,9%
23M21	Désensibilisation et tests allergo. Nécessitant une hospitalisation	16	28	866	71,2%
04M11	Signes et symptômes respiratoires	76	27	893	73,4%
04M12	Pneumothorax	24	25	918	75,4%

Niveaux de sévérité

Niveau	2014	2015
1	23,9%	18,2%
2	28,2%	28,6%
3	15,4%	18,7%
4	4,4%	5,7%
T	4,8%	3,7%
Z	22,6%	24,7%
E	0,7%	0,5%

Activité de consultations (2620;2680)

	2014	2015	Evolution
Nombre de venues en consultation	2745	2463	-10,3%

Activité PMSI du service de réanimation du CH de CHATEAUROUX

Réanimation	RFA	2014	2015	Evolution	USC	2014	2015	Evolution
Activité 2015	RUM	266	239	-10,2%	RUM	504	486	-3,6%
10 lits / 3 650 journées théoriques	DMS	12,9	14,6	13,1%	DMS	3,6	3,7	2,2%
Unité de soins continus	Age moyen	65,8	65,9		Age moyen	66	67,5	
5 lits/1 825 journées théoriques	Nb journées	3447	3488	1,2%	Nb journées	1810	1788	-1,2%
	Tx occupation	94,4%	95,6%	1,2%	Tx occupation	99,2%	96,0%	-1,2%
	IGSZ moyen	47,3	48,6	2,7%	IGSZ moyen	24,4	27,1	11,1%
	File active	249	229		File active	448	423	
	Tx entrées directes via urgences	43%	46%		Tx entrées directes via urgences	19%	17%	
	Suppléments Réa	3425	3502		Suppléments SRC	1225	1427	

Dix principales racines de GHM Réanimation					
GHM	Libellé	2014	2015	Cumul	% cumulé
04M13	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	31	22	22	9,4%
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	21	21	43	18,3%
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le colon	16	13	56	23,8%
04M07	Infections et inflammations respiratoires	3	13	69	29,4%
01M13	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	6	12	81	34,5%
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	10	11	92	39,1%
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	15	10	102	43,4%
05C10	Chirurgie majeure de revascularisation	8	9	111	47,2%
05M14	Arrêt cardiaque	5	8	119	50,6%
04M20	Bronchopneumopathies surinfectées	4	7	126	53,6%

Niveaux de sévérité		
Niveau	2014	2015
1	9,8%	7,7%
2	12,2%	12,8%
3	26,3%	23,4%
4	45,5%	50,2%
T	2,7%	1,3%
Z	0,4%	0,9%
E	2,7%	3,8%

Dix principales racines de GHM USC					
GHM	Libellé	2014	2015	Cumul	% cumulé
05C10	Chirurgie majeure de revascularisation	59	62	62	13,9%
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le colon	30	33	144	32,2%
04M13	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	17	18	144	32,2%
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	18	16	144	32,2%
01C06	Interventions sur le système vasculaire pré-cérébral	36	15	144	32,2%
03C25	Interventions majeures sur la tête et le cou	12	13	182	40,7%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	17	13	170	38,0%
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	7	12	182	40,7%
01M13	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	5	10	192	43,0%
04M20	Bronchopneumopathies surinfectées	8	9	201	45,0%

Niveaux de sévérité		
Niveau	2014	2015
1	23,3%	16,6%
2	27,4%	30,4%
3	24,8%	26,0%
4	22,3%	23,9%
T	1,5%	0,7%
Z	0,2%	0,2%
E	0,4%	1,1%

Activité SSR « affections respiratoires » du CH de CHATEAUROUX

CATEGORIES MAJEURES	Effectif SSR RHA 2015	%	Nb de journées
01 Affections du système nerveux	129	16,2%	3329
02 Affections de l'oeil	2	0,3%	73
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	7	0,9%	141
04 Affections de l'appareil respiratoire	100	12,5%	1591
05 Affections de l'appareil circulatoire	82	10,3%	2024
06 Affections des organes digestifs	44	5,5%	1239
08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	303	38,0%	9259
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	22	2,8%	879
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	4	0,5%	184
11 Affections de l'appareil génito-urinaire	25	3,1%	665
16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	10	1,3%	319
18 Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	8	1,0%	199
19 Troubles mentaux et du comportement	8	1,0%	167
23 Autres motifs de recours aux services de santé	53	6,6%	1645
Total	797	100,0%	21714

Principaux groupes nosologiques	Effectif SSR RHA 2015	%	% cumulé	Nb de journées
Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives	72	9,0%	9,8%	953
Arthroses du genou avec implant articulaire	71	8,9%	19,4%	1 520
Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	52	6,5%	26,5%	2 064
Insuffisances cardiaques	49	6,1%	33,1%	1 102
Accidents vasculaires cérébraux avec hémiparésie	46	5,8%	39,3%	1 230
Soins palliatifs	46	5,8%	45,6%	1 333
Arthroses de la hanche avec implant articulaire	41	5,1%	51,2%	710
Fractures du membre inférieur	29	3,6%	55,1%	1417
Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	26	3,3%	58,6%	721
Accidents vasculaires cérébraux autres	26	3,3%	62,1%	610
Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin	16	2,0%	64,3%	612
Autres affections neuro-dégénératives (à l'exclusion des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées)	15	1,9%	66,4%	233
Tumeurs malignes du tractus génito-urinaire	15	1,9%	68,4%	349
Infections broncho-pulmonaires (non tuberculeuses)	14	1,8%	70,3%	316
Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage)	14	1,8%	72,2%	293

➤ **Analyse critique**

Sources : réponses aux questionnaires de décembre 2016, PMSI, PMP du GHT du 30/06/2016

- Diminution de l'activité des consultations spécialisées en raison du départ d'un médecin pneumologue.
- Problème de démographie des pneumologues : assurer la PDS et couvrir le territoire.
- Difficultés d'accès aux plateaux techniques d'imagerie médicale.
- Difficultés d'accès aux consultations spécialisées.
- Difficultés dans l'organisation de l'orientation vers SSR.
- Secteur non couvert par les pneumologues sur le bassin de vie de CHATILLON-SUR-INDRE et LA CHATRE.
- Coopération relative aux consultations avancées sur la MSP d'ARGENTON-SUR-CREUSE stoppée en raison du départ d'un médecin pneumologue.
- Autorisation d'HDJ pour la prise en charge des affections respiratoires en SSR mais pas de financement accordé.
- Complexité dans l'organisation de la poursuite de l'oxygénothérapie à domicile et en EHPAD (application de l'arrêté du 23 février 2015 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour l'oxygénothérapie et ses forfaits associés et de l'arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical).
- Complexité dans l'organisation du suivi des patients ventilés à long terme : prescription initiale et renouvellement par un pneumologue ou renouvellement en EHPAD par un médecin coordonnateur, après avis d'un prescripteur.
- Moyens dédiés à l'information, la prévention et la gestion des risques insuffisants.

Evolution prévisible de la filière

- Aggravation de la problématique actuelle prévisible du fait du manque de spécialistes hospitaliers et libéraux, de médecins généralistes et de médecins coordonnateurs en EHPAD.
- Fuite à évaluer vers les CHU du fait du manque de spécialistes.
- Augmentation de la demande de soins prévisible du fait du vieillissement croissant de la population et de l'éloignement de l'établissement spécialisé.

Objectifs de la filière

AXE 1 – AMELIORER L'INFORMATION, ET LE DEPISTAGE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

- Diffuser des documents d'information relatifs au tabagisme auprès des patients.
- Utiliser les formations médicales continues pour poursuivre la sensibilisation des médecins généralistes au dépistage des insuffisances respiratoires.

AXE 2 – AMELIORER L'ORIENTATION DES PATIENTS EN AVAL DU MCO

- Ouvrir l'hospitalisation de jour en SSR sous réserve du maintien de l'autorisation et de l'obtention du financement.
- Coordonner les admissions en lien avec la filière SSR : supervision TRAJECTOIRE et staff télémedecine.
- Eviter les réhospitalisations et améliorer le parcours du patient par la création d'un poste d'IDE de pratiques avancées sur la coordination des parcours complexes nécessitant un master II « parcours complexes de soins ».

AXE 3 – AMELIORER LE SUIVI DES PATIENTS

- Maintenir et développer les consultations spécialisées sur le territoire de l'Indre sous réserve du recrutement de médecins spécialistes pneumologues afin :
 - de diminuer les délais d'attente des programmations de consultations,
 - de diminuer les frais de transport,
 - et par conséquent d'améliorer la prise en charge de proximité du patient.
- Développer des actions éducatives pour que les IDE hospitaliers et libéraux puissent éduquer les patients dans les prises de traitement inhalé en lien avec l'IDE des pratiques avancées.

AXE 4 – AMELIORER L'ATTRACTIVITE DE LA SPECIALITE POUR RECRUTER DES INTERNES ET DES FUTURS SPECIALISTES

En concertation avec le CHRU de TOURS :

- Maintenir l'agrément de la pneumologie sur le GHT de l'Indre et définir des axes de formation précis pour les internes.
- Encourager la venue de deux internes de spécialité en mai 2017 (décision prise aux réunions des assises régionales) et maintenir cette offre de stage sur la durée en lien avec le CHRU de TOURS voire éventuellement avec celui de LIMOGES.
- Maintenir et/ou obtenir les agréments et encourager la venue d'internes de médecine générale, de spécialistes MPR dans les différents établissements du territoire.

Structuration projetée de la filière

- Maintenir les autorisations et obtenir les financements.
- Maintenir et obtenir les agréments pour accueillir des internes.
- Améliorer le maillage de la filière sur tout le territoire de l'Indre.

Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT de l'Indre

- Pourvoir les postes de pneumologues restés vacants.
- Former ou recruter une IDE de pratiques avancées.

Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

➤ Indicateurs de suivi :

- Activité PMSI
 - Nombre de séjours réalisés par site.
 - Niveau de complexité des séjours par site.
 - Nombre d'actes par nature et par site.
 - Evolution de la DMS par site (et IP-DMS).
 - Activité des SSR relatif à cette filière.
- Activité des services
 - Nombre de consultations avancées réalisées par site de proximité.
 - Délai d'obtention des rendez-vous de consultation.
 - Délai d'obtention des rendez-vous en imagerie.
- Taux de fuite sur le territoire.
- Mesure de la satisfaction des patients.

➤ Indicateurs de réalisation d'actions :

- Mise en place de nouvelles consultations avancées.
- Suivi du taux de postes médicaux vacants sur le GHT de l'Indre en comparaison sur la Région Centre – Val de Loire.
- Suivi du recours à l'intérim médical.
- Nombre de formation des IDE dans la prise en charge des traitements inhalés.
- Nombre d'agréments pour les accueils d'internes et nombre d'internes de spécialités et de médecine générale accueillis au sein d'une structure du GHT de l'Indre.

➤ Modalités d'évaluation :

- Discussions en comité stratégique et actions correctrices

3-2-4- PSYCHIATRIE

Description du contexte

➤ Analyse critique

- Le nombre de psychiatres sur le territoire de santé, quel que soit le lieu d'exercice (privé/public) est notoirement inférieur à la moyenne nationale, et même régionale, induisant une difficulté à faire face à la demande de soins, en psychiatrie infanto-juvénile, en psychiatrie adulte et en géroto psychiatrie.
- La sectorisation psychiatrique (particularisme du canton d'Issoudun) nuit à la cohérence des parcours des patients (notamment pour les adolescents, dans le cadre d'une prise en charge urgente ou dans les situations d'hospitalisation sans consentement).
- La file active du service de psychiatrie infanto juvénile (SPIJ) du CH de Châteauroux-Le Blanc augmente, avec notamment une augmentation importante de l'activité ambulatoire.
- Il existe une demande de coordination renforcée entre le service de psychiatrie infanto juvénile du CH de Châteauroux-Le Blanc et les institutions qui accueillent des mineurs avec troubles psychiatriques.
- Il manque des lieux de vie et d'accueil permettant d'accueillir des jeunes avec des troubles multiples du comportement, tels qu'il en existe dans le Cher et le Loir et Cher.
- Les EHPAD sont en difficultés devant l'augmentation des situations de troubles géroto psychiatriques des résidents, notamment la nuit.
- La réponse aux demandes des USLD et des EHPAD (demandes urgentes/suivi des patients), relative à la géroto psychiatrie, n'est pas assurée de manière satisfaisante, faute de ressources suffisantes du pôle territorial de psychiatrie.
- Des hospitalisations en urgence, voire des hospitalisations sous contrainte de personnes âgées souffrant de troubles cognitifs doivent parfois être réalisées. Le développement de la prévention et du repérage précoce permettrait de limiter ces hospitalisations, susceptibles de majorer les troubles présentés par les personnes âgées.

- Le territoire de santé manque de lits adaptés à la prise en charge des patients psychiatriques âgés.
- Le territoire de santé manque de lits adaptés à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes souffrant de troubles psychiatriques.

Evolution prévisible de la filière

- Le vieillissement de la population nécessite une adaptation de l'offre de soins psychiatrique, avec notamment une coordination accrue avec les structures d'hébergement de personnes âgées.
- La dégradation (identifiée par le diagnostic territorial de santé) des indicateurs socio-économiques départementaux a un impact sur la demande de soins psychiatriques (augmentation).
- La démographie déclinante des psychiatres et des médecins généralistes, sur le territoire de santé, est à prendre en compte afin de développer une réponse territoriale cohérente qui permette l'optimisation des ressources et moyens disponibles.
- La difficulté de recrutement d'infirmiers dans les établissements médico-sociaux ruraux demeure un frein aux prises en charge.
- L'orientation nationale relative au développement des prises en charge ambulatoires se poursuit.
- Le développement de la télémédecine peut être un atout dans les pratiques et la collaboration territoriale.

Objectifs de la filière

1. Améliorer la prise en charge psychiatrique des patients âgés.
2. Pérenniser et améliorer la prise en charge de la psychiatrie adulte.
3. Pérenniser et améliorer la prise en charge de la psychiatrie infanto-juvénile.
4. Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes avec troubles psychiatriques.

AXE 1 - AMELIORER LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES PATIENTS AGES

Améliorer la collaboration ville/hôpital.

Le projet vise à optimiser la communication et la coordination entre les services de psychiatrie et les EHPAD/le domicile. Les conventions entre les centres hospitaliers et les EHPAD pourront être révisées. Des protocoles seront élaborés et diffusés, afin de faciliter le retour à domicile ou en institution, après un séjour hospitalier.

Développer la formation des personnels des EHPAD (pathologies psychiatriques).

Le projet vise à proposer sur tout le territoire de l'Indre des formations réalisées par les professionnels de la psychiatrie.

Créer une équipe mobile géro-psycho-geriatrique.

Le projet vise à créer une équipe mobile géro-psycho-geriatrique, qui interviendra dans les USLD, les EHPAD du territoire de santé et le domicile. Elle aura pour mission, d'une part, de répondre aux demandes urgentes des établissements afin d'éviter des hospitalisations inutiles; d'autre part, de réaliser des entretiens d'évaluation, de soutien, et de participer aux synthèses, afin de renforcer significativement la prévention et le repérage précoce des troubles psychiatriques.

Développer la télémédecine et la télé expertise.

Développer des unités spécifiques pour accueillir des patients psychiatriques vieillissants, y compris les personnes en situation de handicap en fonction de leur pathologie.

Le projet vise à transformer des lits existants en renforçant les moyens de prise en charge. Quatre sites sont envisagés : le CDGI, le CH de la Châtre, le pôle du Blanc du CH Châteauroux-Le Blanc et enfin, l'EHPAD de Saint Gaultier.

AXE 2 - PERENNISER ET AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA PSYCHIATRIE ADULTE SOUS RESERVE DES MOYENS ET RESSOURCES MEDICALES NECESSAIRES.

Rationaliser la sectorisation psychiatrique du territoire de santé en rattachant le secteur d'Issoudun au département de l'Indre.

Assurer la réouverture d'une antenne CMP du pôle de psychiatrie du CH de Châteauroux-Le Blanc à Valençay.

Organiser le redécoupage du territoire autour du CMP pivot et de ses antennes pour les soins ambulatoires du pôle de psychiatrie du CH de Châteauroux-Le Blanc.

Faciliter l'accès aux avis psychiatriques, notamment en cas d'urgence (cf. les situations de péril imminent)

Développer la télémédecine et la télé expertise

Poursuivre et formaliser la collaboration avec la clinique du Haut Cluzeau.

AXE 3 - PERENNISER ET AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA
PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE.

Développer des alternatives à l'hospitalisation complète couvrant le territoire, sous réserve de moyens complémentaires.

Le projet vise :

- La constitution d'une unité 0-6 ans.
- La constitution, secondairement, d'un CMP Adolescents Adultes Jeunes.

Développer une capacité spécifique d'hospitalisation complète pour les adolescents.

Le projet vise :

- La constitution d'une unité psychosomatique pour adolescents (11-17 ans).

Améliorer la collaboration ville/hôpital.

Le projet vise :

- L'amélioration de la prise en charge des situations de crise.
Dans ce cadre, le recours au dispositif « patients remarquables », du SAMU/centre 15 continuera d'être utilisé, pour l'amélioration de la prise en charge urgente des mineurs.
- L'amélioration de la coordination des prises en charge.

Développer la télémédecine et la télé expertise

AXE 4 - AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE
HANDICAP VIEILLISSANTES AVEC TROUBLES PSYCHIATRIQUES.

Le projet vise d'abord l'organisation d'une réflexion pour définir les besoins, notamment en termes de lits/places.

La démarche engagée par le CODESPA dans ce domaine est à poursuivre.

Structuration projetée de la filière

Développement de bonnes pratiques partagées sur le territoire :

- Développement de la coordination ville/hôpital.
- Mise en place de formations à l'intention des personnels des EHPAD (pathologies psychiatriques).
- Elaboration d'un projet de télémédecine ; acquisition de matériels de télémédecine ; formation des personnels ; déploiement et évaluation.
- Poursuivre et formaliser la collaboration avec la clinique du Haut Cluzeau.

Renforcement de l'offre de soins, sous réserve de ressources complémentaires :

- Structuration des prises en charge ambulatoires en psychiatrie infanto juvénile.
- Consolidation de l'offre d'hospitalisation complète (de 4 à 8 lits).
- Création d'une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie.
- Réouverture à Valençay d'une antenne du CMP du pôle de psychiatrie du CH de Châteauroux-Le Blanc et redécoupage du territoire pour les soins ambulatoires.
- Ouverture d'unités spécifiques pour accueillir les patients psychiatriques vieillissants, y compris les personnes handicapées.

Modification de la sectorisation psychiatrique :

- Supprimer la spécificité relative à la sectorisation psychiatrique du territoire de santé.

Améliorer les modalités organisationnelles de la géro-psycho-geriatrie.

3-2-5- PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COGNITIFS DE LA PERSONNE AGE

Description du contexte

- **Données du PMSI.**
 - Données PMSI de la consultation mémoire du CH Châteauroux-Le Blanc

DIAGNOSTIC	PATIENT FILE ACTIVE (975)	NOUVEAUX PATIENTS
Plainte mnésique	182 (18.67%)	86 (15.84 %)
MCI amnésique	76 (7.79 %)	37 (6.81 %)
Maladie d'Alzheimer	325 (33.33 %)	148 (27.26 %)
Démence vasculaire	26 (2.67 %)	8 (1.47 %)
Démence mixte	12 (1.23 %)	7 (1.29 %)
Démence à Corps de Lewy	18 (1.85 %)	5 (0.92 %)
Démence Fronto-temporale	3 (0.31 %)	2 (0.37 %)
Paralysie supra nucléaire progressive	1 (0.1 %)	1 (0.18 %)
Dégénérescence Cortico Basale	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Maladie de Huntington	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Hydrocéphalie à pression normale	3 (0.31 %)	0 (0.0 %)
Encéphalite Limbique	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Démence non classée ailleurs	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Troubles anxieux (incluant l'ensemble des troubles anxieux	1 (0.1 %)	1 (0.18 %)
Troubles dépressifs isolés	2 (0.21 %)	0 (0.0 %)
Troubles psychotiques	2 (0.21 %)	0 (0.0 %)
Lésion vasculaire (AVC)	16 (1.64 %)	7 (1.29 %)
Traumatisme crânien	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Épilepsie (G40)	12 (1.23 %)	5 (0.92 %)
SEP	5 (0.51 %)	0 (0.0 %)
Maladie de Parkinson	16 (1.64 %)	7 (1.29 %)
Trouble organique cérébral directement lié une pathologie	11 (1.13 %)	10 (1.84 %)
Trouble organique cérébral directement lié à l'utilisation d'alcool ou autres toxiques	5 (0.51 %)	4 (0.74 %)
Iatrogénie (F13)	2 (0.21 %)	1 (0.18 %)
Troubles anxieux dépressifs	20 (2.05 %)	13 (2.39 %)
Autres troubles neurologiques (tumeurs, post chirurgicaux, anévrismes)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Atrophie corticale postérieure	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Démence de la maladie de Parkinson	8 (0.82 %)	2 (0.37 %)
Démence sémantique	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Aphasie progressive primaire	1 (0.1 %)	0 (0.0 %)

Diagnostic en attente	212 (21.74 %)	193 (35.54 %)
MCI Autres	3 (0.31 %)	0 (0.0 %)
Troubles dépressifs récurrents	1 (0.1 %)	0 (0.0 %)
Etat de stress post traumatique	1 (0.1 %)	0 (0.0 %)
Autres troubles psychiatriques (amnésie, psychogène,	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Autre démence vasculaire	11 (1.13 %)	6 (1.1 %)
Démence du VIH	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)

Source : rapport d'activité 2016 de la consultation mémoire du CH de Châteauroux-Le Blanc

NB : La file active est définie par l'ensemble des patients pour lesquels au moins un acte réalisé au cours de la période indiquée.

Les nouveaux patients sont ceux qui ont réalisé leur premier acte au cours de la période indiquée

- Se reporter à l'étude préparatoire au projet médical du GHT de l'Indre (voir annexe) pour l'analyse de l'activité médicale par établissement membre du GHT de l'Indre.
- Se reporter aux pages 50 et suivantes du schéma gérontologique 2017-2022 du conseil départemental de l'Indre pour l'analyse de la population accueillie en EHPAD et ULSD.

➤ Analyse critique

- Le service de neurologie-gériatrie du CH de Châteauroux-Le Blanc, en intégrant progressivement les autres établissements de santé du territoire, contribue chaque année à des actions de prévention et de dépistage grand public.
- Pour autant, la prévention et le dépistage précoce des troubles cognitifs restent insuffisants, notamment au regard du vieillissement de la population de l'Indre.
- La consultation mémoire du CH Châteauroux-Le Blanc et son pôle d'évaluation gériatrique pluri disciplinaires (évaluation de la perte d'autonomie, des risques de chutes, des troubles de la mémoire et bilan nutritionnel) constituent une offre de soins organisée et pertinente pour le territoire de santé.
- L'articulation entre la médecine de ville et le service de neurologie-gériatrie du CH de Châteauroux-Le Blanc contribue au dépistage rapide des situations de troubles cognitifs.
- Le centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) constitue un appui pour la consultation mémoire du CH Châteauroux-Le Blanc.
- Les deux EMG intra et extra hospitalières constituent des opérateurs performants et complémentaires, mais sous dimensionnés, pour la prévention et le dépistage des fragilités.

- La MAIA, portée par un GIE qui associe le conseil départemental de l'Indre et le CH Châteauroux-Le Blanc, constitue un appui important : prise en charge de situations complexes et démarche méthodologique de portage de dynamiques sur le territoire, dans son champ d'intervention.
- Le maintien à domicile des personnes souffrant de troubles cognitifs est souvent extrêmement dépendant des conjoints. Les dispositifs de soutien et de répit à leur intention sont insuffisants.
- Au vu de la démographie médicale (médecins généralistes, gériatres, neurologues et psychiatres) sur le territoire, l'offre de soins est fragilisée.
- La prise en charge des personnes souffrant de troubles cognitifs, dans les services d'urgence, est à améliorer.
- La préparation des sorties d'hospitalisation nécessite une fluidification des parcours aval des patients (USLD/SSR/EHPAD), avec une recherche d'une plus grande hétérogénéité des pratiques dans les établissements de santé et une articulation renforcée entre les acteurs de la ville et de l'hôpital.
- Les EHPAD du territoire ont un recours insuffisant à un avis géro-psycho-geriatrique pour les résidents.

Evolution prévisible de la filière

- Au vu des indicateurs démographiques (vieillesse de la population du territoire de santé), la demande de soins relative aux troubles cognitifs des adultes va vraisemblablement augmenter.
- De nouvelles techniques médicales (ex : imagerie nucléaire, ponctions lombaires) favorisent le dépistage.
- De nouvelles thérapies non médicamenteuses se développent et diversifient les modalités de prise en charge : place des aidants, animateurs dans les structures....
- Le déploiement de la télémédecine est une opportunité pour l'organisation de l'offre de soins sur le territoire.

Objectifs de la filière

AXE 1 - DEVELOPPER LA PREVENTION ET LE DEPISTAGE, EN LIEN AVEC LES ACTEURS HOSPITALIERS ET EXTRA HOSPITALIERS DU TERRITOIRE.

- Continuer de participer aux actions de communication grand public (évènementiels, outils de communication...).
- Promouvoir les démarches de prévention auprès des professionnels médicaux et para médicaux, et les associations d'usagers.
- Promouvoir la culture gériatrique dans les services de court séjour.

AXE 2 - SOUTENIR LES PROJETS DE RETOUR ET DE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES COGNITIFS.

- Développer les capacités d'intervention au domicile ou substitut de domicile de l'équipe mobile gériatrique Etre Indre du CDGI.
- Renforcer le soutien aux aidants, notamment dans le cadre de l'extension de la plateforme de répit développée par le CDGI.
- Renforcer l'articulation ville/hôpital notamment dans le cadre des préparations de sorties d'hospitalisation.

AXE 3 - AMELIORER LA REPONSE SUR LE TERRITOIRE AUX URGENCES RELATIVES AUX TROUBLES COGNITIFS.

- Développer une culture gériatrique dans les services de médecine d'urgence.
- Développer la collaboration entre les services de médecine d'urgence, de gériatrie, de médecine et de psychiatrie en facilitant le recours aux avis.
- Identifier des lits d'UHCD gériatriques au CH de Châteauroux-Le Blanc (site de Châteauroux).

AXE 4 - RENFORCER L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES COGNITIFS, SUR LE TERRITOIRE.

- Renforcer les capacités de la consultation mémoire labellisée du CH de Châteauroux-Le Blanc (site de Châteauroux).
- Développer une offre d'hospitalisation de jour gériatrique sur le territoire.
- Etendre/créer les capacités d'hospitalisation en court séjour gériatrique des CH d'Issoudun, de La Châtre et du site du Blanc, en lien avec le service de court séjour

gériatrique référent du CH de Châteauroux-Le Blanc, en vue d'optimiser les prises en charge.

- Utiliser un numéro unique d'orientation à l'intention des médecins généralistes, pour faciliter les admissions directes dans les services hospitaliers.
- Promouvoir la culture gériatrique dans les services de court séjour.
- Renforcer les capacités de l'équipe mobile gériatrique intra hospitalière du CH de Châteauroux-Le Blanc (site de Châteauroux).

AXE 5 - DEVELOPPER ET AMELIORER LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES COGNITIFS.

- Créer une équipe mobile de géronto psychiatrie dédiée aux interventions dans les USLD, les EHPAD du territoire de santé et le domicile.

AXE 6 - DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU DEPARTEMENT POUR LES PROFESSIONNELS DE LA GERIATRIE.

- Accueillir davantage d'internes sur le territoire.
- Développer une « politique d'attractivité » pour les professionnels du secteur.
- Promouvoir les pratiques infirmières avancées (responsabilisation étendue).
- Promouvoir la formation des professionnels soignants et médicaux.
- Promouvoir la mise en place de staffs pluridisciplinaires inter-établissements et l'élaboration de protocoles partagés.

AXE 7 - RATIONALISER LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE DU TERRITOIRE DE SANTE EN RATTACHANT LE SECTEUR D'ISSOUDUN AU DEPARTEMENT DE L'INDRE.

Structuration projetée de la filière

- Renforcer les ressources professionnelles de la consultation mémoire du CH de Châteauroux-Le Blanc : neuropsychologue, assistant de service social, médecin.
- Recruter des ressources humaines supplémentaires dans l'EMG intra hospitalière du CH Châteauroux-Le Blanc, sur la base du recensement des besoins, des bilans et de l'évaluation des fonctionnements actuels : médecin, infirmier, aide-soignant et secrétaire.

- Recruter des ressources humaines supplémentaires dans l'EMG « Etre Indre » rattachée au CDGI, sur la base du recensement des besoins, des bilans et de l'évaluation des fonctionnements actuels.
- Créer une équipe mobile géronto psychiatrique, rattachée au pôle de psychiatrie du CH Châteauroux-Le Blanc, pour :
 - Assurer et garantir le lien entre l'hospitalisation, la famille, l'EHPAD ou toutes autres structures.
 - Faciliter les retours des personnes âgées vers leur lieu de vie habituel (domicile ou structure d'hébergement) dans un délai optimal.
 - Assurer le suivi post hospitalisation.
 - Répondre rapidement aux sollicitations des EHPAD : entretiens d'évaluation, de soutien, participation aux synthèses.
- Renforcer les capacités de la plateforme de répit du CDGI.
- Identifier des lits d'UHCD gériatriques au CH de Châteauroux-Le Blanc (site de Châteauroux).
- Etendre les capacités d'hospitalisation en court séjour gériatrique sur le territoire.
- Développer les pratiques infirmières avancées.
- Développer un plan de formation à l'intention des professionnels médicaux et para médicaux du GHT de l'Indre : prévention et prise en charge des troubles cognitifs.
- Poursuivre la collaboration en cours dans le cadre des travaux de la filière gériatrique, pilotée par la délégation départementale de l'ARS Centre-Val de Loire, afin d'améliorer l'articulation ville/hôpital et améliorer les préparations des sorties des patients.

Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

- **Indicateurs de suivi :**
 - Taux de recours aux soins
 - Nombre de séjours réalisés par site
 - Taux de fuite sur le territoire
 - Evolution de la DMS par site (et IP-DMS)
 - Nombre et évolution des avis donnés par le CH de référence

- Mesure de la satisfaction des patients
- Nombre de nouveaux patients et la file active

- **Indicateurs de réalisation d'actions :**
 - Réduction du taux de postes vacants
 - Réduction du recours à l'intérim médical
 - Mise en place de la télé expertise
 - Nombre de protocoles territoriaux créés ou mis à jour

- **Modalités d'évaluation (exemples) :**
 - Tableau de bord des indicateurs
 - Analyse des écarts
 - Discussions en comité stratégique et actions correctrices

3-2-6- PRISE EN CHARGE DE LA TRAUMATOLOGIE DE LA PERSONNE AGE

**la traumatologie de la personne âgée est ici comprise de la manière suivante :
traumatologie de l'appareil locomoteur
de la personne âgée de plus de 75 ans
entraînant une prise en charge chirurgicale et/ou médicale,
sous forme d'hospitalisations ou de consultations externes.**

Description du contexte

Analyse critique

PREVENTION.

La population âgée n'est pas suffisamment informée des risques liés aux chutes, alors qu'il s'agit du premier accident domestique chez les personnes âgées, dont les conséquences sur l'autonomie sont fortes.

La réalisation d'un bilan social précoce, à domicile, favorise la prévention des chutes.

PRISE EN CHARGE/URGENCE.

Les délais d'attente sur brancard sont importants.

La prise en charge de la douleur du sujet âgé est à améliorer.

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE ET MEDICALE.

La coordination globale de la prise en charge chirurgicale et médicale, dès l'arrivée dans le service des urgences, puis au long du séjour d'hospitalisation, est à améliorer. (Procédure relative à la prise en charge des pathologies associées/procédure urgences-chirurgie orthopédique).

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

Il existe parfois une difficulté d'accès au bloc chirurgical pour les urgences relatives, pendant les horaires de permanence des soins.

ACCES AU PLATEAU TECHNIQUE.

Il existe parfois une difficulté d'accès à l'imagerie médicale, pendant les horaires de permanence des soins, notamment à l'IRM.

FILIERE AVAL.

Le délai de prise en charge aval du patient (passage de lits de médecine-chirurgie aux lits de SSR, EHPAD...) est long.

RETOUR A DOMICILE.

La préparation au retour à domicile est à améliorer (adaptation du logement, sensibilisation du patient et de son entourage, faible possibilité de recours aux kinésithérapeutes, ergothérapeutes ...).

Evolution prévisible de la filière

- **Forte difficulté de recrutement de chirurgiens.**
- **Demande de soins en progression.**
- **Développement de la chirurgie ambulatoire.**
- **Mise en place de nouvelles modalités de financement de l'activité SSR : dotation modulée à l'activité.**
- **Développement de la télémédecine (recours à la télé imagerie et développement de la télé expertise auprès des chirurgiens).**

Objectifs de la filière

- 1- Améliorer la prise en charge des urgences traumatologiques gériatriques sur le territoire.**
- 2- Améliorer la coordination médico-chirurgicale des parcours hospitaliers des personnes âgées, comprenant le recours au plateau technique.**
- 3- Organiser une filière territoriale de soins de suite et de réadaptation.**
- 4- Développer l'hospitalisation à domicile.**
- 5- Améliorer la préparation de la sortie d'hospitalisation.**
- 6- Optimiser la coopération et le bon fonctionnement en orthopédie et en traumatologie sur les deux sites du CH de Châteauroux-Le Blanc.**
- 7- Développer la télémédecine.**

9AXE 1 - AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES TRAUMATOLOGIQUES GERIATRIQUES SUR LE TERRITOIRE.

- Développer une culture gériatrique dans les services d'urgence.
- Prévoir la mise en œuvre de pratiques avancées².
- Développer l'intervention des gériatres de l'EMG intra-hospitalière dans le service des urgences du CH de Châteauroux-Le Blanc, site de Châteauroux.
- Identifier des lits d'UHCD gériatriques.
- Faciliter la transmission des données inter services et inter établissements.

→ Organiser une filière gériatrique dans les services d'urgence.

AXE 2 - AMELIORER LA COORDINATION MEDICO CHIRURGICALE, COMPRENANT LE RECOURS AU PLATEAU TECHNIQUE.

- Prévoir la mise en œuvre de pratiques avancées.
- Créer une unité de traumatologie-gériatrie au sein du pôle chirurgie du CH de Châteauroux-Le Blanc, site de Châteauroux.
- Augmenter la capacité d'intervention de l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière dans les services de chirurgie

² Selon la définition consensuelle du Conseil International des Infirmiers adoptée en 2008 : Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée.

La pratique avancée en soins infirmiers est centrée de manière privilégiée sur le domaine de la pratique clinique, elle se distingue des pratiques habituelles et s'inscrit dans la discipline infirmière dont elle partage les valeurs, les cadres de référence et le cœur de métier. Cette notion est importante car le métier socle reste celui d'infirmier.

Généralement, on distingue deux fonctions infirmières sous le terme faîtière d'IPA : l'infirmière praticienne et l'infirmière spécialiste clinique. Les domaines approfondis de la praticienne sont la cancérologie, la gérontologie, les maladies chroniques et la dépendance, la santé mentale. La spécialiste clinique se situe plus sur la coordination du parcours complexe, et participe à la démarche qualité.

Source : <http://www.infirmiers.com/>

AXE 3 - ORGANISER UNE FILIERE TERRITORIALE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.

- Instaurer une supervision du dispositif « Trajectoire » reposant sur une coordination médicale territoriale regroupant toutes les structures de SSR du territoire de santé.
- Harmoniser la mise en œuvre sur le territoire de l'outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR édité par l'HAS.
- Labelliser un centre de ressources et de formations en rééducation (CH d'Issoudun) :
 - Améliorer la prise en charge du patient
 - Harmoniser les pratiques professionnelles

AXE 4 - DEVELOPPER L'HOSPITALISATION A DOMICILE.

- Etendre le périmètre d'intervention de l'HAD sur tout le territoire de l'Indre.
- Organiser la collaboration avec le secteur infirmier libéral.
- Augmenter la capacité du service d'HAD à 50 places.
- Développer la collaboration avec les SSIAD.
- Développer l'HAD en EHPAD.
- Finaliser une convention d'association avec l'HAD privée de Vierzon (18).

AXE 5 - AMELIORER LA PREPARATION DE LA SORTIE D'HOSPITALISATION.

- Poursuivre le déploiement du référentiel HAS dans tous les établissements de santé (check list, fiche de liaison, ordonnance de sortie....)
- poursuivre la réflexion sur un retour à domicile optimisé/une prise en charge d'aval adaptée, dans le cadre notamment des travaux en cours dans le cadre de la démarche de la délégation territoriale de l'ARS Centre-Val de Loire : « filière gériatrique », avec ses quatre sous-groupes : accès aux soins ; structures domicile/gériatrie ; géronto-psychiatrie et sorties d'hospitalisation.
- Améliorer le déploiement du dispositif PRADO.

- Renforcer le service social dans les différents établissements et services pour fluidifier les sorties d'hospitalisation.

- Pérenniser les équipes mobiles gériatriques du territoire.
 - Renforcer les compétences et les moyens des équipes existantes sur la base du recensement des besoins, des bilans et de l'évaluation des fonctionnements actuels.
 - Améliorer la couverture du territoire départemental à domicile et en institutions sanitaires et médico-sociales.
 - Améliorer la complémentarité et la coordination des équipes mobiles

- Créer une équipe d'appui territoriale à la réadaptation (CH d'Issoudun) :
 - S'assurer que les conditions de retour à domicile s'effectuent dans les meilleures conditions pour la réadaptation.
 - Evaluer les dispositifs à domicile.
 - Evaluer l'épuisement des aidants (en lien avec la plateforme de répit des aidants portée par le CDGI)

AXE 6 - OPTIMISER LA COOPERATION ET LE BON FONCTIONNEMENT EN ORTHOPEDIE ET EN TRAUMATOLOGIE SUR LES DEUX SITES DU CH DE CHATEAUROUX-LE BLANC ET AVEC LE CH D'ISSOUDUN

- Développer la chirurgie ambulatoire et les consultations avancées en chirurgie orthopédique sur le site du Blanc.

- Assurer les prises en charge complexes sur le site de Châteauroux avec réorientation rapide au Blanc (identification de lits post-chirurgicaux).

- Développer les consultations avancées existantes au CH d'Issoudun.

AXE 7 - DEVELOPPER LA TELEMEDECINE.

- Développer la télé expertise avec les CHU (Tours, Limoges et Poitiers).
- Créer une plateforme territoriale de téléexpertise et de téléconsultation en rééducation.
- Utiliser la visio conférence pour les RCP ou staff pluridisciplinaires.

Structuration projetée de la filière

- **Modalités de mise en œuvre concrète sur le territoire du GHT.**

- Identifier des lits d'UHCD gériatriques.

Lieux pressentis : CH Châteauroux-Le Blanc, site de Châteauroux

Calendrier : 2021.

- Développer la chirurgie ambulatoire et les consultations avancées en chirurgie orthopédique.

Lieux : CH Châteauroux-Le Blanc, site du Blanc.

Calendrier : 2017.

- Assurer les prises en charge complexes sur le site de Châteauroux avec réorientation rapide au Blanc (identification de lits post-chirurgicaux).

Lieux : CH Châteauroux-Le Blanc.

Calendrier : 2017.

- Renforcer les équipes mobiles gériatriques du territoire.

Lieux : CH Châteauroux-Le Blanc (EMG intra hospitalière) et CDGI (EMG Eure-Indre).

Calendrier : 2018.

- Créer une équipe d'appui territoriale à la réadaptation.

Lieu : CH d'Issoudun.

Calendrier : 2018.

- Instaurer une supervision du dispositif « Trajectoire » reposant sur une coordination médicale territoriale.

Lieux : CH Châteauroux-Le Blanc, CH Issoudun, CH La Châtre, CH Buzançais, CH Châtillon sur Indre, CH Levroux et CH Valençay.

Calendrier : 2018.

- Constituer un centre de ressources et de formations en rééducation.

Lieu : CH Issoudun

Calendrier : 2018.

- Etendre les capacités d'intervention de l'HAD sur tout le territoire de l'Indre (périmètre et places).

Lieux : CH Châteauroux-Le Blanc

Calendrier : 2018

- Créer une plateforme territoriale de télé expertise et de télé consultation en rééducation.

Lieu : CH Issoudun

Calendrier : 2018.

- **Référentiel de prise en charge partagé**
- Développer une culture gériatrique dans les services d'urgence (élaboration de protocoles).
- Prévoir la mise en œuvre de pratiques avancées.
- Instaurer une supervision du dispositif « Trajectoire » reposant sur une coordination médicale territoriale regroupant les médecins de chacune des structures (élaboration d'une charte commune).
- Harmoniser la mise en œuvre sur le territoire de l'outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR édité par l'HAS.
- Améliorer la complémentarité et la coordination des équipes mobiles.
- Développer la chirurgie ambulatoire et les consultations avancées en chirurgie orthopédique sur le site du Blanc.
- Assurer les prises en charge complexes sur le site de Châteauroux avec réorientation rapide au Blanc (identification de lits post-chirurgicaux).

- **Articulation avec privé ?**
- HAD : Organiser la collaboration avec le secteur infirmier libéral.
- Développer la collaboration avec l'HAD privée de Vierzon, sous la forme de la signature d'une convention d'association.
- Développer l'articulation avec les cliniques (traumatologie et SSR).
- Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée pour l'articulation entre la médecine de ville et les établissements de santé du territoire.

Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT de l'Indre

➤ **Evolution des effectifs**

Augmenter l'effectif médical des gériatres et chirurgiens orthopédistes et, si possible, améliorer l'offre de soins par le développement de consultations avancées

➤ **Répartition sur le territoire**

- Etendre le périmètre d'intervention de l'HAD sur tout le territoire de l'Indre.
- Pérenniser les équipes mobiles gériatriques du territoire.
 - Améliorer la couverture du territoire départemental à domicile et en institutions sanitaires et médico-sociales.

➤ **Evolution des pratiques professionnelles**

Développer une culture gériatrique dans les services de médecine d'urgence.

Etudier la faisabilité de la mise en œuvre de pratiques avancées.

Faciliter la transmission des données inter services et inter établissements.

- Améliorer la capacité des services de médecine gériatrique à prendre en charge des consultations non programmées, afin d'éviter un passage obligatoire par le service des urgences.
 - Mettre en place un annuaire à destination des médecins de ville avec numéro dédié par service de spécialité avec une montée en charge progressive sur le territoire (CH Châteauroux-Le Blanc, site de Châteauroux, et Issoudun dans un premier temps, CH Châteauroux-Le Blanc, site du Blanc, et la Châtre dans un second temps).
- Instaurer une supervision du dispositif « Trajectoire » reposant sur une coordination médicale territoriale regroupant les médecins de chacune des structures.
- Harmoniser la mise en œuvre sur le territoire de l'outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR édité par l'HAS.
- Constituer un centre de ressources et de formations en rééducation (CH d'Issoudun) :
 - Améliorer la prise en charge du patient
 - Harmoniser les pratiques professionnelles
- HAD : Organiser la collaboration avec le secteur infirmier libéral.
- Développer la chirurgie ambulatoire et les consultations avancées en chirurgie orthopédique sur le site du Blanc.
- Assurer les prises en charge complexes sur le site de Châteauroux avec réorientation rapide au Blanc (identification de lits post-chirurgicaux).

Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

- **Indicateurs de suivi :**
 - Taux de recours aux soins
 - Sur-consommation ou sous-consommation de soins
 - Taux de fuite sur le territoire
 - Nombre de séjours réalisés par site
 - Niveau de complexité des séjours par site
 - Nombre d'actes par nature et par site
 - Mesure de la satisfaction des patients
- **Modalités d'évaluation :**
 - Discussions en comité stratégique et actions correctrices

3-2-7- SOINS PALLIATIFS

Description du contexte

➤ **Caractéristiques du territoire**

Population : Moyenne d'âge plus élevée que la moyenne nationale avec 29.70 % de la population âgée de plus de 60 ans contre 22.60 % en moyenne nationale.

Territoire rural marqué par la place centrale de la ville de CHATEAUROUX.

Pénurie de professionnels : faible démographie médicale avec seuil critique atteint.

➤ **Offre de soins** (lits et places, équipement, temps médical sur chaque site)

❖ **Lits Identifiés en Soins Palliatifs**

➤ **sur le département de l'Indre**

(Extrait du bilan d'activité du réseau de soins palliatifs en région Centre – Val de Loire – Année 2015)

Il y a **41 LISP** dans le département de l'Indre, dont 29 en MCO, 9 en SSR et 3 en USLD, répartis au sein de 7 institutions :

DEP. N°	IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS		NOMBRE DE LITS	Dont	Dont	Dont	Dont
	NOMS	STATUTS		Med	Chir	SLD	SSR
36	Centre hospitalier d'Issoudun	Public	4	4			
36	Centre hospitalier de Châteauroux	Public	20	14	1		5
36	Centre hospitalier du Blanc	Public	4	2			2
36	Clinique Saint-François à Châteauroux	Privé BL	3		3		
36	Centre départemental Les Grands Chênes	Public	3			3	
36	Hôpital local de Valencay	Public	2				2
36	Centre hospitalier de La Châtre	Public	5	5			
			41	25	4	3	9
Population	228091						
Taux d'équipement	17,98						

➤ **au niveau du groupe INDRIANCE**

- 24 lits identifiés
- Une équipe EMSP au CH de CHATEAUROUX/LE BLANC
- Une équipe EADSP au CH de CHATEAUROUX/LE BLANC
- Un service HAD sur CHATEAUROUX, LE BLANC, CHATILLON SUR INDRE
- Un SSR polyvalent dont 6 lits à orientation « oncologie » au CH de BUZANCAIS

➤ **au niveau du groupe EPAGE 36**

- 5 lits identifiés dont 3 en USLD au CDGI et 2 sur le SSR de VALENCAY

➤ **au niveau du CH d'ISSOUDUN**

- 4 lits identifiés en médecine

➤ **au niveau du CH LA CHATRE**

- 5 lits identifiés en médecine

❖ **Ressources humaines des équipes EMSP / EADSP**
 (Extrait du bilan d'activité du réseau de soins palliatifs en région Centre – Val de Loire
 – Année 2015)

RESSOURCES HUMAINES EQUIPE EMSP /EADSP	
Données institutionnelles	36 - Indre
Catégorie professionnelle	
Médecins	2,5 ETP
Cadres de santé	0 ETP
IDE	4 ETP
Psychologues	1,25 ETP
Secrétaires	1,1 ETP
Assistante sociale	
Formations obtenues	
Médecins	2 DU SP + 1 en cours
Cadres de santé	
IDE	1 DU SP
Psychologues	
Secrétaires	Sensibilisation
Assistante sociale	

❖ **des coopérations :**

- des interventions de l'EADSP dans les divers EHPAD du groupe INDRIANCE, EPAGE 36, ISSOUDUN et LA CHATRE.
- un comité départemental de soins palliatifs dans l'Indre constitué sous la forme associative : le CODESPA 36.

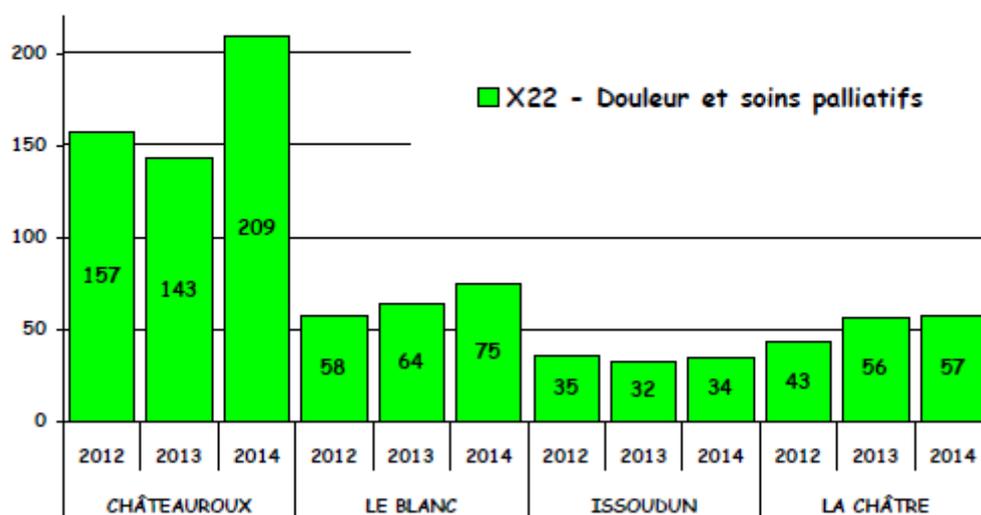
➤ **PMSI**

Données extraites du document ETUDE PREPARATOIRE AU PMP du GHT 36 Public MCO – Mise à jour 2014 – Version du 23 juin 2015

Domaines d'Activité du GHT 36 PUBLIC 2014

Domaine d'activité	CHÂTEAUROUX	LE BLANC	ISSOUDUN	LA CHÂTRE	GHT 36 public	
					Nb séjours	%
Total	33 414	4 216	2 182	939	40 751	100%
Digestif	3 750	898	175	55	4 878	12%
Cardio-vasculaire	3 551	390	216	97	4 254	10%
Obstétrique	2 419	489	45		2 953	7%
Ortho-Trauma	2 303	381	67	9	2 760	7%
Système nerveux	1 942	230	145	126	2 443	6%
Pneumo	1 656	259	176	66	2 157	5%
Activités inter spécialités	1 346	249	88	226	1 909	5%
Nouveau-nés	1 553	341			1 894	5%
Toxico, Intox., Alcool	1 081	105	139	19	1 344	3%
ORL, Stomato	1 134	82	25	6	1 247	3%
Uro-néphro/génital	804	188	111	22	1 125	3%
Hémato	869	47	112	17	1 045	3%
Endocrino	591	59	164	48	862	2%
Rhumato	620	118	67	37	842	2%
Tissu cutané/sous-cutané	612	97	58	13	780	2%
Psychiatrie	438	76	153	99	766	2%
Gynéco-Sein	363	44	11	2	420	1%
Douleurs Chron, SP	209	75	34	57	375	1%
Mal. Inf.	241	21	19	13	294	1%
Cathétérismes vasc.	287				287	1%
Chimio, Rdth, hors SE	173			1	174	0%
Ophthalmo	63	56	2	1	122	0%
Brûlures	23	3			26	0%
Trauma mult./graves	19	2			21	0%
Séances	7 367	6	375	25	7 773	19%

D24 - Douleurs chroniques, soins palliatifs



On note une augmentation dans le domaine d'activité D24 « douleur chronique, soins palliatifs » plus particulièrement sur CHATEAUROUX et LE BLANC.

Données extraites du rapport d'activité 2015 du CH de CHATEAUROUX

Activité EMSP du CH de CHATEAUROUX

Nombre de patients pour lesquels il y a eu au moins une rencontre avec le patient et/ou avec son entourage et/ou avec l'équipe soignante : 262

Dossiers soutiens ouverts hors prise en charge globale du patient : 35.

Moyenne d'âge des patients : 72,96 ans

Activité EADSP du CH de CHATEAUROUX

Nombre de patients : 467 (+ 19,44% par rapport à 2014) dont 442 accompagnements en fin de vie et 25 soutiens à l'occasion d'un deuil.

Moyenne d'âge des patients : 75 ans

Provenance : majorité hôpitaux (183 dossiers vus en staff) et EHPAD (74)

59 patients sur liste d'attente accompagnement en raison d'une importante file active avec temps d'attente de 10 jours en moyenne et 20 patients sont décédés ou ont été hospitalisés avant que l'EADSP puisse intervenir.

Collaboration EMSP/EADSP : 23 staffs pluridisciplinaires bimensuels et une réunion entre les médecins en 2015.

➤ **Analyse critique**

Sources : réponses aux questionnaires de décembre 2016, PMSI, PMP du GHT du 30/06/2016

- Trop de patients en soins palliatifs en fin de vie attendent aux urgences, à l'hôpital.
- Problème de disponibilité des lits d'accueil.

- Les critères d'inclusion en HAD (personne présente et soins techniques) ne permettent pas de répondre aux besoins.
- Les moyens humains, financiers et matériels ne sont pas toujours affectés.
- Les regroupements de LISP ne sont pas des USP.
- Limites de l'organisation des services : intrication curatif/palliatif.
- Pérennisation des LISP lors des changements structuraux des établissements.
- Souhait des patients de rester dans un service ou à domicile.
- Faible sensibilisation médicale à la prise en charge en soins palliatifs.
- Insuffisance dans la sensibilisation et la formation des soignants qui accueillent des patients en soins palliatifs.

Evolution prévisible de la filière

- Augmentation de la demande du fait d'une population vieillissante croissante.
- Toute personne sur le territoire de l'Indre doit pouvoir accéder à une prise en charge en soins palliatifs et à un accompagnement, en particulier les populations vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap, gens du voyage, migrants,...) et les enfants.

Objectifs et structuration de la filière

La loi du 9 juin 1999 vise à garantir l'accès aux soins palliatifs :

"Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».

Force est de constater qu'il persiste de fortes inégalités dans l'accès aux soins palliatifs et d'accompagnement des personnes malades à l'hôpital, dans les établissements médico-sociaux, au domicile des patients. Les populations vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap, en situation de précarité, gens du voyage, migrants, population carcérale...) sont particulièrement exposées à ces inégalités.

La filière « soins palliatifs » du GHT se donne pour objectif de réduire ces inégalités, de permettre aux personnes le nécessitant et à leurs proches d'avoir accès à des soins palliatifs et à un accompagnement quel que soit l'endroit où ils se trouvent en favorisant l'application du Plan National 2015 – 2018 pour le Développement des Soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.

L'organisation de cette filière doit s'inspirer du **guide de bonnes pratiques de la démarche palliative en établissement (avril 2004)**. La démarche palliative est définie dans le document ministériel du 22 février 2002 : « *Asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services (et à domicile) en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants* ».

Favoriser l'application du PLAN NATIONAL 2015 – 2018 pour le DEVELOPPEMENT des SOINS PALLIATIFS et l'ACCOMPAGNEMENT en FIN DE VIE, s'appuyant sur la loi de modernisation de notre système de santé

Toutes les mesures du Plan National 2015 – 2018 pour le Développement des Soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie ne concernent pas la filière « soins palliatifs » du GHT. Seules sont retenues les mesures pouvant s'inscrire dans un plan d'action.

S'appuyer sur les objectifs opérationnels, les actions, les indicateurs du volet « soins palliatifs » du Schéma Régional d'Organisation des Soins

AXE 1 – PROMOUVOIR L'INFORMATION AU GRAND PUBLIC CONCERNANT LES SOINS PALLIATIFS

- **Action 1 : Renforcer les actions du CODESPA et la diffusion de la culture palliative.**
- **Action 2 : Développer les actions des associations des usagers** en lien avec les représentants des usagers désignés par l'ARS Centre Val de Loire au sein des commissions des usagers de chaque établissement et des représentants des usagers au sein du comité des usagers du GHT de l'Indre.

AXE 2 – INFORMER LE PATIENT, ET/OU LA PERSONNE DE CONFIANCE ET/OU SON ENTOURAGE, LUI PERMETTRE D'ETRE AU CENTRE DES DECISIONS QUI LE CONCERNENT

- **Action 1 : Favoriser l'autonomie des patients dans les décisions qui les concernent.**
 - *Accompagner le patient dans la démarche de rédaction des directives anticipées à tous les niveaux de la filière mais surtout en amont d'une hospitalisation.*
 - *Communiquer spécifiquement auprès des personnes de confiance pour qu'elles appréhendent mieux leur rôle notamment dans les situations de fin de vie.*
- **Action 2 : Renforcer la démocratie sanitaire sur la question des soins palliatifs et de la fin de vie.**
 - Améliorer la politique de coopération avec les associations d'usagers et d'aidants : participation de représentants des usagers au CORESP du CH de Châteauroux, aux CLUD des établissements du GHT et INTERCLUD SP EP'AGE 36.
 - Encourager les travaux d'observation des pratiques et le maintien des débats éthiques initiés depuis 2012 : Groupe Ethique 36, groupe de réflexion éthique du centre hospitalier de CHATEAUROUX/LE BLANC, comité de bientraitance et réflexion éthique du groupe EPAGE 36
- **Action 3 : Veiller à la mise en place d'un projet de soins personnalisé avec la participation du patient et/ou de la personne de confiance et/ou de ses proches.**
 - Améliorer l'annonce de l'accompagnement en soins palliatifs auprès du patient et/ou de la personne de confiance et/ou de ses proches.
 - Revoir et homogénéiser les procédures LATA, sédation profonde et continue.

AXE 3 – FLUIDIFIER LE PARCOURS DU PATIENT EN SOINS PALLIATIFS

▪ **Action 1 : Soutenir les professionnels et les aidants dans la prise en charge et l'accompagnement en soins palliatifs à domicile.**

- Mettre en place et diffuser un répertoire des ressources et des compétences sur le territoire en lien avec le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources).
- Favoriser les hospitalisations directes en LISP sans passage par les urgences.
- Organiser la sortie d'hospitalisation en soins palliatifs sur la base de recommandations de la HAS.
- Faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par les professionnels de santé de ville (médecin traitant, IDE, Aides à domicile, travailleurs sociaux).
- Améliorer la communication et la transmission du projet de prise en charge palliative à la sortie de l'hospitalisation avec tous les acteurs du domicile.
- Poursuivre le soutien des aidants de proches en fin de vie : EADSP, EMSP, associations de bénévoles (ALAVI), en particulier en favorisant et en organisant des séjours de répit.
- Fluidifier le parcours des enfants pris en charge en soins palliatifs en lien avec les CHRU et le réseau régional des soins palliatifs pédiatriques PALLIENCE (Palliatif Enfant Centre).

▪ **Action 2 : Développer les soins palliatifs en établissements de santé, services sociaux et médicosociaux.**

Rôle central des commissions du CODESPA 36 dans l'Indre.

- Favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD sur la base des expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie.
- Intégrer la dimension / la prise en compte des besoins en soins palliatifs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et en particulier ceux des EHPAD.

▪ **Action 3 : Conforter les soins palliatifs en hospitalisation à domicile.**

- Développer la prise en charge des soins palliatifs en HAD sur tout le territoire de l'Indre avec extension de l'HAD sur le bassin de vie de LA CHATRE et le bassin de vie d'ISSOUDUN en lien avec l'HAD de VIERZON.
- Evaluer les conditions des interventions de l'HAD en établissements d'hébergement et identifier les freins et les leviers pour favoriser leur développement.

▪ **Action 4 : Renforcer et développer les liens entre les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, l'HAD, les équipes mobiles (EMSP/EADSP) et les acteurs du domicile.**

Le lien entre l'EADSP 36 et les établissements médico-sociaux, l'HAD et les acteurs du domicile s'est bien développé sous l'égide du CODESPA 36. Le Comité de Réflexion en Soins Palliatifs (CORESP) permet de construire une démarche palliative

partagée entre l'EMSP, l'EADSP, le CODESPA 36 et les services de soins du Centre Hospitalier de Châteauroux/Le Blanc.

- Organiser une réflexion conjointe avec les services des urgences pour mettre en place la fiche URGENCES / PALLIA validée par la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) et pouvoir répondre aux situations d'urgence au domicile pour les personnes en fin de vie avec définition de « protocoles d'anticipation » adaptés au patient.
- Maintenir les démarches de coopérations existantes et promouvoir les conventions et outils de coopération entre HAD, SSIAD et SPASAD : améliorer l'articulation entre SSIAD et HAD pour la prise en charge d'un même patient et renforcer les capacités et fréquences d'intervention des SSIAD/SPASAD dans des horaires élargis et notamment le week-end ou la nuit.
- Expérimenter en sortie d'hospitalisation une articulation HAD-Hébergement temporaire en EHPAD pour les personnes âgées bénéficiant de soins palliatifs.
- Définir les modalités de prise en compte de la démarche palliative dans le document de liaison.
- Travailler en lien avec les SSR comportant des LISP, les USLD et les EHPAD en organisant une meilleure orientation en SSR (supervision Trajectoire et concertation entre SSR) et en développant l'utilisation de la télémédecine (staff, visioconférence, téléexpertise...)
- Utiliser le dossier pharmaceutique lors de sa mise en place.
- Utiliser le DMP pour améliorer l'échange d'information.

AXE 4 - GARANTIR L'ACCES AUX SOINS PALLIATIFS POUR TOUS : REDUCTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS PALLIATIFS

- **Action 1 : Promouvoir le repérage précoce des besoins en soins palliatifs**
 - Réaliser un audit relatif à l'état des lieux de la prise en charge en soins palliatifs
 - Développer le repérage précoce des besoins en soins palliatifs par la diffusion d'outils spécifiques (PALLIA 10, PALLIA 10 GERONTO).
- **Action 2 : Compléter l'offre spécialisée en soins palliatifs sur les territoires**
 - Améliorer les accès aux USP (unité de soins palliatifs) géographiquement les plus proches du domicile du patient.
 - En fonction des résultats de l'audit, étudier la création d'une USP.
 - Promouvoir les démarches d'évaluation qualitative des structures de soins.

AXE 5 – FORMER ET SOUTENIR LES PROFESSIONNELS

- **Action 1 : Renforcer les enseignements sur les soins palliatifs pour tous les professionnels.**
 - Poursuivre et améliorer la sensibilisation du personnel.

- Favoriser pour chaque étudiant, en filière médicale et paramédicale, la réalisation d'au moins un stage dans un service prenant en charge des patients en soins palliatifs.
 - Inscrire les formations aux soins palliatifs comme prioritaires dans les actions de développement professionnel continu pour les professionnels de santé.
 - Fixer des objectifs de formation aux soins palliatifs pour les professionnels des établissements de santé, d'hébergement, des services sociaux et médicosociaux.
- **Action 2 : Soutenir davantage les professionnels.**
 - Organiser des temps d'échanges entre professionnels pour leur permettre d'exprimer leurs questions.
 - Soutenir les professionnels référents dans leurs missions pour favoriser le compagnonnage dans les différents services.
 - Continuer les interventions annuelles au sein des IFSI /IFAS du GHT de l'Indre.

AXE 6 – DEVELOPPER LA POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES EN SOINS PALLIATIFS

- **Action 1 : Etablir une cartographie des risques sur le territoire de l'Indre.**
- **Action 2 : Analyser les évènements indésirables.**
- **Action 3 : Mettre en place des CREX départementaux entre les différents acteurs deux ou trois fois par an pour évoquer les cas complexes afin d'améliorer les pratiques.**

Maintenir le comité de réflexion en soins palliatifs : évaluation et suivi de la prise en charge graduée des patients, aide à l'élaboration d'un projet personnalisé de soins, création et diffusion d'une base documentaire SP constituée de procédure d'appel, modalités de recueil et archivage DA, aide au codage en LISP, protocoles cliniques tenant compte des recommandations et guides de bonne pratique, aide au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux

AXE 7 – PROMOUVOIR LA QUALITE DE VIE DU PATIENT, DE SON ENTOURAGE ET DES PROFESSIONNELS

- **Action 1 : Promouvoir la qualité de vie du patient et de son entourage.**
 - Adapter au mieux l'organisation des visites et améliorer l'accueil des personnes de confiance et/ou de l'entourage du patient.
 - Adapter l'alimentation du patient suivi en soins palliatifs en fonction de ses souhaits.
 - Maintenir et/ou développer une prise en charge relative au bien-être du patient (exemple : socio-esthéticienne ou tout autre professionnel).
- **Action 2 : Promouvoir la qualité de vie des professionnels en accord avec les référentiels et s'assurer qu'elle soit prise en compte**

Exemples : créer des groupes de paroles et des échanges avec des psychologues, prévenir et limiter la souffrance professionnelle.

- **Action 3 : Développer la promotion éthique, la bientraitance et l'évaluation.**

Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT de l'Indre

- Maintenir les effectifs médicaux.
- Etudier la possibilité de recruter des IDE dans les EHPAD la nuit.
- Instaurer des postes de psychologues à temps partagé.
- Améliorer les formations des personnels.

Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

- **Indicateurs de suivi :**
 - Bilan d'activité PMSI sur le territoire
 - Bilan du réseau *de soins palliatifs en région Centre – Val de Loire*
 - Taux de recours aux soins y compris nombre de prises en charge en HAD
 - Indicateurs du SROS
 - Mesure de la satisfaction des patients tant au niveau des établissements de santé qu'au niveau des établissements sociaux et médico-sociaux.
- **Indicateurs de réalisation d'actions :**
 - Nombre de personnes de confiance désignées
 - Nombre de directives anticipées rédigées
 - Nombre de fiches URGENCE PALLIA réalisées
 - Existence d'un répertoire des ressources et des compétences sur le territoire.
 - Nombre de séjours de répit
 - Mise en place de la télémédecine : nombre de staffs, nombre de visioconférences, nombre de télé-expertises,...
 - Nombre de protocoles territoriaux créés ou mis à jour
 - Nombre de référents territoriaux formés
 - Nombre de sensibilisations et formations auprès des personnels
 - Nombre de formations dispensées en IFSI/IFAS
 - Nombre d'évènements indésirables, nombre de CREX
 - Existence d'une cartographie des risques sur le département de l'Indre
- **Modalités d'évaluation :**
 - Tableau de bord des indicateurs
 - Analyse des écarts
 - Discussions en comité stratégique et actions correctrices
 - Politique de qualité et gestion des risques
- **Modalités d'actualisation**

3-2-8- GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Description du contexte

➤ **Faible niveau des naissances (INSEE, 2014) :**

- Taux de natalité de 9,0 pour 1 000 habitants contre 11,2 en région Centre-Val-de-Loire et 12,1 au niveau national.
- Taux de fécondité de 49,5 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 54,8 en région Centre-Val-de-Loire et 55,3 au niveau national.

➤ **Temps médical et paramédical :**

CHATEAUROUX : 5,90 ETP pour la gynéco-obstétrique et 5,50 ETP pour la pédiatrie
27 SF

LE BLANC : 1,50 ETP pour la gynéco-obstétrique, et 1,20 ETP pour la pédiatrie
7 SF

ISSOUDUN : 3 SF

MEDECINE DE VILLE : 4 gynéco obstétriciens, 8 SF libérales 2 pédiatres de ville dont 1 à temps partiel en CAMPS

AUTRES ACTEURS : PRADO à Châteauroux, réseau périnatalité, le réseau diapason, Association de soutien à l'allaitement (Le Blanc)

➤ PMSI

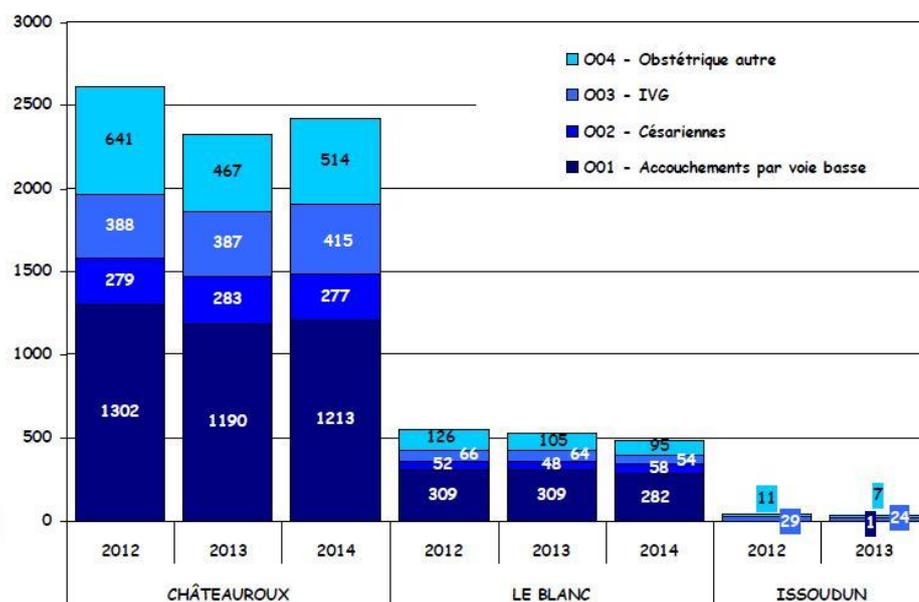
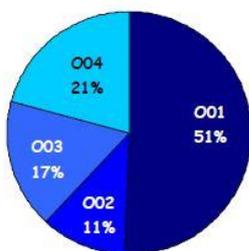
Données extraites du document ETUDE PREPARATOIRE AU PMP du GHT 36 Public MCO – Mise à jour 2014 – Version du 23 juin 2015

Domaine d'activité	CHÂTEAURoux	LE BLANC	ISSOUDUN	LA CHÂTRE	GHT 36 public	
					Nb séjours	%
Total	33 414	4 216	2 182	939	40 751	100%
Digestif	3 750	898	175	55	4 878	12%
Cardio-vasculaire	3 551	390	216	97	4 254	10%
Obstétrique	2 419	489	45		2 953	7%
Ortho-Trauma	2 303	381	67	9	2 760	7%
Système nerveux	1 942	230	145	126	2 443	6%
Pneumo	1 656	259	176	66	2 157	5%
Activités inter spécialités	1 346	249	88	226	1 909	5%
Nouveau-nés	1 553	341			1 894	5%
Toxico, Intox., Alcool	1 081	105	139	19	1 344	3%
ORL, Stomato	1 134	82	25	6	1 247	3%
Uro-néphro/génital	804	188	111	22	1 125	3%
Hémato	869	47	112	17	1 045	3%
Endocrino	591	59	164	48	862	2%
Rhumato	620	118	67	37	842	2%
Tissu cutané/sous-cutané	612	97	58	13	780	2%
Psychiatrie	438	76	153	99	766	2%
Gynéco-Sein	363	44	11	2	420	1%
Douleurs Chron, SP	209	75	34	57	375	1%
Mal. Inf.	241	21	19	13	294	1%
Cathétérismes vasc.	287				287	1%
Chimio, Rdth, hors SE	173			1	174	0%
Ophthalmo	63	56	2	1	122	0%
Brûlures	23	3			26	0%
Trauma mult./graves	19	2			21	0%
Séances	7 367	6	375	25	7 773	19%

D13, D14 : Obstétrique et Périnatalité (SÉJOURS)

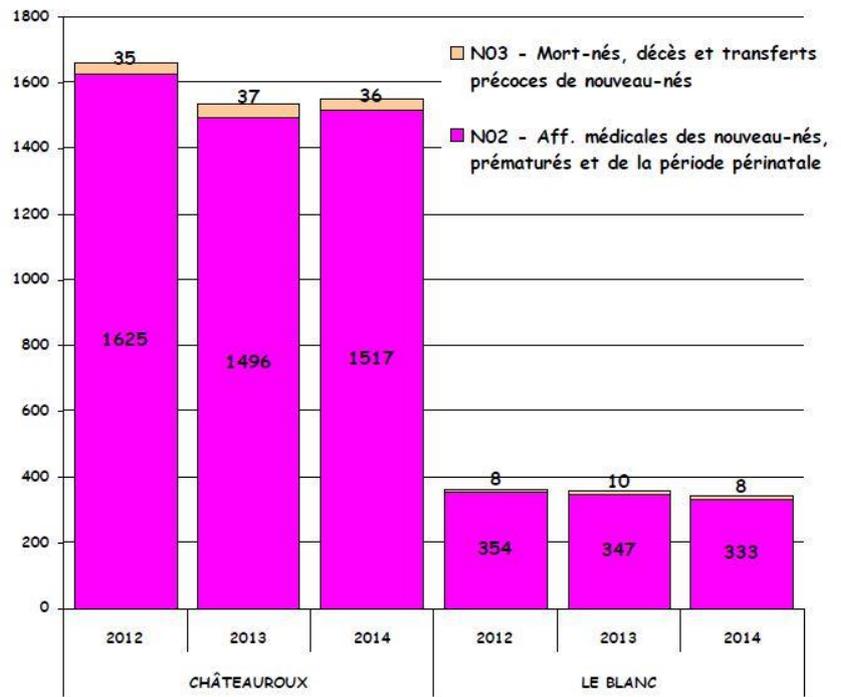
D13 : Obstétrique

GHT : Répartition GP pour le DA

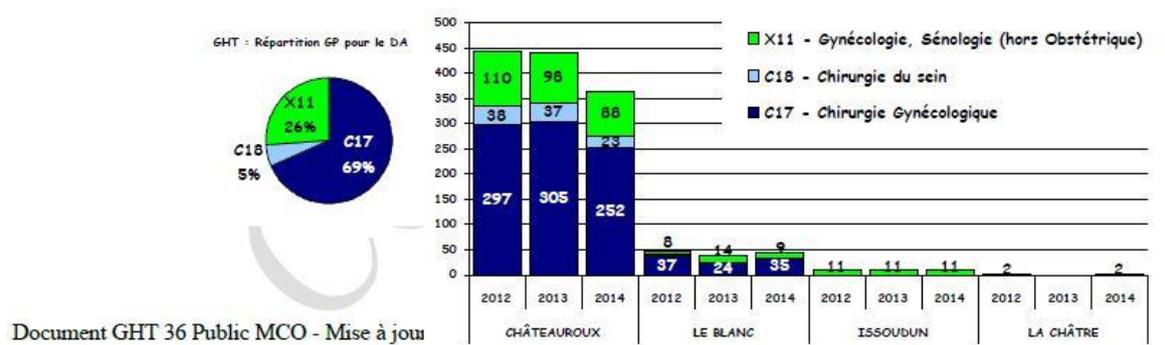


D14 : Nouveau-nés

GHT : Répartition GP pour le DA



D12 - Gynécologie - sein



Evolution du nombre de naissances sur le site de CHATEAUROUX :

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de naissances	1604	1604	1483	1508	1410	1268

Evolution du nombre de naissances sur le site du BLANC :

Année	2013	2014	2015	2016
Nombre de naissances	346	340	290	296

➤ Analyse critique et enjeux

- La sécurité de la prise en charge des patients.
- Déficit de temps médical tant en ville qu'à l'hôpital. Démographie médicale. Pas de problème de recrutement de sage-femme.
- Couverture du territoire difficile car distance en voiture importante et peu de moyens de transport.
- Il faut donner accès aux soins aux patients là où ils habitent. Ensuite, il convient d'organiser un transfert quand cela est nécessaire.
- Baisse de natalité importante.
- Vieillesse importante de la population.
- Beaucoup de précarité de la population.
- Pas de sage-femme en PMI, pas de relais pour les prises en charge des patients.
- Les consultations non programmées doivent être développées avec la mise en place d'une vraie unité d'urgence gynéco-pédiatrique sur le territoire.

Evolution prévisible de la filière

➤ Concurrence ?

Concurrence hors du département (Clinique de Poitiers, Limoges, Tours avec assurance d'une péridurale). Cancer du sein (concurrence clinique de Châteauroux)

➤ **Evolution de la demande des soins (population)**

Population vieillissante et baisse du nombre d'accouchements. Organiser la gradation des soins. Augmentation de demandes de prise en charge gynéco car pas de gyneco en ville à Issoudun et au Blanc. En l'état actuel des perspectives, il n'y aura plus de gynécologues en ville, en 2018, à Châteauroux.

➤ **Techniques médicales**

Accorder une place plus importante à la présence du père dans le suivi pré et post accouchement. Développer l'ambulatoire. Unités physiologiques de naissance. Développer la prise en charge chirurgicale du cancer du sein

➤ **Innovations techniques**

La ventilation non invasive à haut débit nasal afin de diminuer le transfert des nouveau-nés en détresse respiratoire.

Autre enjeu : Passage à pédiatrie niveau 2B (ventilation et prise en charge des nouveau-nés sur place) pour éviter les transferts à Tours.

Objectifs de la filière

AXE 1 – MIEUX ARTICULER LA PRISE EN CHARGE ET GRADUER L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE

- Consultations avancées au CH de la CHATRE
- Centre de périnatalité au CH d'ISSOUDUN et consultations avancées
- Maternité de niveau 1 du CH CHATEAUROUX-LE BLANC, site du BLANC (dans le respect des normes de fonctionnement en vigueur et des éléments sur la base desquels les autorisations ont été accordées).
- Maternité de niveau 2a du CH CHATEAUROUX-LE BLANC, site de CHATEAUROUX
- Maternité de niveau 3 CHU de TOURS
- Développer des consultations non programmées avec la mise en place d'une vraie unité d'urgence gynéco-pédiatrique au CH Châteauroux-Le Blanc, site de Châteauroux.
- Obtenir une qualification du service de pédiatrie du CH CHATEAUROUX-LE BLANC, site de CHATEAUROUX au « niveau 2B » (ventilation non invasive et prise en charge des nouveau-nés sur place), afin d'éviter les transferts à Tours.

AXE 2 – HARMONISER LES PRISES EN CHARGE ET FORMALISER LES PROTOCOLES

- Valoriser et partager les bonnes pratiques (hypertension, diabète gestationnel, tous les déclenchements, hémorragie de la délivrance, infection materno-fœtale) de manière régulière.
- Clarifier les situations de transfert entre Le Blanc et Châteauroux au niveau gynéco-obstétrique et pédiatrie.

AXE 3 – CONSOLIDER LES RCP TERRITORIALES PAR VISIO-CONFERENCE

- RCP pour diagnostic anténatal en gynéco-obstétrique (échographistes, pédiatres, généticiens)
- RCP pour oncologie en gynéco-obstétrique (ergothérapeute, radiothérapeute)

AXE 4 – POURSUIVRE LE PARTAGE D'INFORMATION AVEC LA PMI

AXE 5 – DEVELOPPER DE NOUVELLES CONSULTATIONS AVANCEES POUR REDUIRE LE TAUX DE FUITE VERS D'AUTRES TERRITOIRES DE SANTE

- Le Nord et l'Est du département : BUZANCAIS, CHATILLON, VALENCAY, VATAN, ISSOUDUN

AXE 6 – RETRAVAILLER L'ORGANISATION DU CENTRE DE PLANIFICATION AU BLANC

Structuration projetée de la filière

- **Référentiel de prise en charge partagé à mettre à jour.**
- **Définir les orientations possibles des patients hors GHT si nécessaire / articulation avec acteurs hors GHT.**

Préférentiellement, le CHRU de TOURS.

Des protocoles existent déjà, relatifs aux transferts intra utéro. En revanche, la formalisation des modalités de transferts gynécologiques et post-natals reste à finaliser.

- **Articulation avec acteurs amont / aval**

Médecins de ville et sages-femmes libérales en amont.

Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT de l'Indre

- **Evolution des effectifs** : Beaucoup de départs à la retraite de médecins de ville en gynéco-obstétrique et en pédiatrie (difficultés à prévoir dans un ou deux ans).
- **Répartition sur le territoire**
- **Evolution des pratiques professionnelles**. Développement de l'ambulatoire

Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

- **Indicateurs de suivi** :
 - Taux de fuite sur le territoire
 - Nombre de séjours réalisés par site
 - Nombre d'actes par nature et par site
 - Respect des critères défini pour l'accouchement selon la gradation des soins
 - Nombre de consultations réalisées par site (médecins et sages-femmes)
 - Nombre de consultations avancées réalisées par site de proximité (médecins et sage-femmes)
 - Mesure de la satisfaction des patients à CHATEAUROUX et au BLANC
 - Evolution de la DMS par site (et IP-DMS)
- **Indicateurs de réalisation d'actions**:
 - Mise en place d'une consultation avancée sur un site.
 - Nombre de protocoles territoriaux créés ou mis à jour
 - Réduction du taux de postes vacants
 - Réduction du recours à l'intérim médical
 - Désignation de 2 référents territoriaux (1 à CHATEAUROUX et 1 au BLANC)
- **Modalités d'évaluation** :
 - Tableau de bord des indicateurs suivis annuellement.
 - Analyse des écarts
 - Réunion du groupe de travail de la filière une fois par an
 - Discussions en comité stratégique et actions correctrices

3-2-9- ONCOLOGIE

Description du contexte

➤ **Caractéristiques du territoire**

Population vieillissante :

Moyenne d'âge plus élevée que la moyenne nationale (29.70 % de la population du territoire a plus de 60 ans, contre 22.60 % en France)

Territoire rural faiblement peuplé (232.268 habitants) marqué par la place centrale de la ville de CHATEAUROUX

Pénurie de professionnels : faible démographie médicale hospitalière et libérale avec seuil critique atteint

➤ **Offre de soins actuelle** (lits et places, équipement, temps médical sur chaque site)

❖ **Sur le site de CHATEAUROUX**

- plateau technique (tomodensimétrie TDM, IRM, endoscopie)
- un service d'oncologie médicale avec astreinte médicale de sécurité : 22 lits en hospitalisation complète (dont 1 chambre d'isolement protecteur et 9 LISP) + 14 places en hospitalisation de jour : 5.32 ETP en janvier 2016 dont trois oncologues TP et un oncogériatre à 0.10 ETP qui assure des consultations. RCP hebdomadaire le mardi
- un service de médecine interne de 40 lits d'HC et 6 lits HDJ avec astreinte de sécurité : prise en charge de l'onco-hématologie et réalisation de chimiothérapies, RCP tous les 15 jours (jeudi) en hématologie avec le CHRU de TOURS
- une équipe EMSP
- une équipe EADSP
- un SSR polyvalent avec 5 lits identifiés « soins palliatifs » avec astreinte de sécurité médicale
-

❖ **Sur le site du BLANC**

- plateau technique (TDM, endoscopie)
- un service de médecine polyvalente de 30 lits dont 2 LISP, avec astreinte opérationnelle
- un SSR avec deux LISP
- un ETP gastroentérologue ayant l'autorisation d'administrer la chimiothérapie
- un ETP oncogériatre et soins palliatifs
- un ETP cardiologue pour les bilans pré-thérapeutiques de chimiothérapie
- la réalisation de bilans oncogériatriques dans le service de médecine
- une unité de soins continus

❖ **Sur le site du CH d'ISSOUDUN**

- un service de médecine et oncologie en hospitalisation de jour : 4 lits

❖ **Sur le site du CH de BUZANCAIS**

- un SSR polyvalent dont 6 lits à orientation « oncologie » avec :
 - astreinte médicale de sécurité
 - réunion pluridisciplinaire hebdomadaire en présence du médecin coordonnateur du SSR et du médecin oncologue du site de CHÂTEAUROUX (vient ½ j par semaine via convention de coopération)
 - admission rapide possible en chambre seule, après évaluation médicale précise par Trajectoire

- typologie des patients pris en charge :
 - bilan complémentaire diagnostique
 - patients atteints de tumeurs solides ou onco-hématologiques
 - malades en cours de traitement anti-cancéreux oral ou injectable (traitement par chimiothérapie curative ou palliative), ou en cours de radiothérapie
 - suite de traitement de complication aiguë, suite de prise en charge palliative

❖ **Un service HAD 36 avec trois antennes sur CHATEAUROUX, LE BLANC, CHATILLON SUR INDRE**

❖ **Coopérations existantes concernant**

○ **Le circuit de la décision**

- Le 3 C CHATEAUROUX/BERRY (CHATEAUROUX/LE BLANC, LA CHATRE, ISSOUDUN, Clinique SAINT FRANCOIS, Cabinet de gastro-entérologie Saint Luc à Châteauroux, Centre de radiothérapie Saint Jean à SAINT DOULCHARD) est fonctionnel.
- Les praticiens du centre de radiothérapie et d'oncologie médicale de SAINT DOULCHARD (18) participent au quorum des RCP
- Un praticien du cabinet Saint Luc à CHATEAUROUX (gastro-entérologie) participe au quorum des RCP (en renfort de cette prise en charge, au regard de l'épidémiologie)
- Coopération inter-établissements pour l'exercice des activités de cancérologie avec le CHRU TOURS

○ **La fluidité du parcours du malade**

- Mise à disposition d'un oncologue sur le SSR de BUZANCAIS à raison d'une-demi-journée hebdomadaire
- Mise à disposition d'un oncologue sur le CH de LA CHATRE à raison d'une demi-journée hebdomadaire

• **La démarche palliative**

Intervention de l'EADSP dans les EHPAD du CH du BLANC, de LA CHATRE, BUZANCAIS, MEZIERES EN BRENNE, SAINT

GAULTIER, ARGENTON SUR CREUSE, CHASSENEUIL, LA CHARMEE CHATEAUROUX, CLION SUR INDRE, ECUEILLE, SAINTE SEVERE, EGUZON

- Coopération CH CHATEAUROUX / BOURGES pour la prise en charge en soins palliatifs
- Bénévolat auprès des malades :
 - Coopération avec l'association ALAVI (accompagnement des personnes en fin de vie)
 - Permanences et interventions ponctuelles de membres bénévoles de la Ligue Contre le Cancer

➤ **Fuites hors département**

Les fuites en % (données PMSI MCO 2013-2015)

Département	Année	Chirurgie Mammaire	Chirurgie Digestive	Chirurgie Urologie	Chirurgie Thoracique	Chirurgie Gynécologie	Chirurgie ORL	Chimiothérapie	Radiothérapie
Indre	2013	49,80	27,10	31,30	40,00	40,60	34,20	22,80	82,00
	2014	46,40	27,20	44,20	40,90	46,00	22,60	24,30	76,80
	2015	49,70	31,50	47,10	46,70	36,50	22,30	24,80	78,20

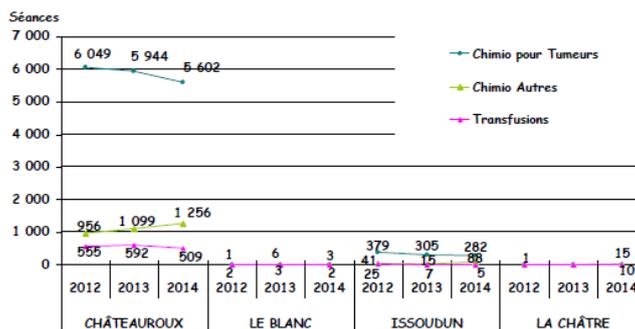
- **Activité : données extraites du document ETUDE PREPARATOIRE AU PMP du GHT 36 Public MCO – Mise à jour 2014 – Version du 23 juin 2015**

Domaines d'Activité du GHT 36 PUBLIC 2014

Domaine d'activité	CHATEAUROUX	LE BLANC	ISSOUDUN	LA CHATRE	GHT 36 public	
					Nb séjours	%
Total	33 414	4 216	2 182	939	40 751	100%
Digestif	3 750	898	175	55	4 878	12%
Cardio-vasculaire	3 551	390	216	97	4 254	10%
Obstétrique	2 419	489	45		2 953	7%
Ortho-Trauma	2 303	381	67	9	2 760	7%
Système nerveux	1 942	230	145	126	2 443	6%
Pneumo	1 656	259	176	66	2 157	5%
Activités inter spécialités	1 346	249	88	226	1 909	5%
Nouveau-nés	1 553	341			1 894	5%
Toxico, Intox., Alcool	1 081	105	139	19	1 344	3%
ORL, Stomato	1 134	82	25	6	1 247	3%
Uro-néphro/génital	804	188	111	22	1 125	3%
Hémato	869	47	112	17	1 045	3%
Endocrino	591	59	164	48	862	2%
Rhumato	620	118	67	37	842	2%
Tissu cutané/sous-cutané	612	97	58	13	780	2%
Psychiatrie	438	76	153	99	766	2%
Gynéco-Sein	363	44	11	2	420	1%
Douleurs Chron, SP	209	75	34	57	375	1%
Mal. Inf.	241	21	19	13	294	1%
Cathétérismes vasc.	287				287	1%
Chimio, Rdth, hors SE	173			1	174	0%
Ophthlmo	63	56	2	1	122	0%
Brûlures	23	3			26	0%
Trauma mult./graves	19	2			21	0%
Séances	7 367	6	375	25	7 773	19%

Activité Séances du GHT 36 PUBLIC

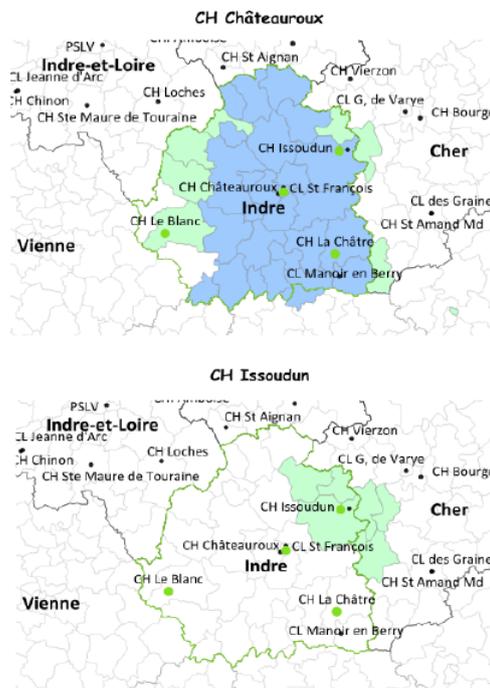
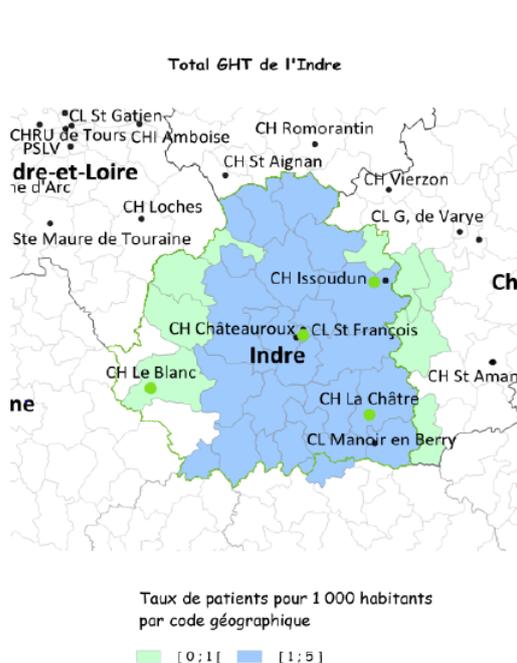
GHT 36 Public : Séances	2014				GHT 36 Public
	CHÂTEAUROUX	LE BLANC	ISSOUDUN	LA CHÂTRE	
<i>Chimiothérapie pour tumeur</i>	5 602	1	282		5 885
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	5 602	1	282		5 885
<i>Chimiothérapie pour aff Non tumorale</i>	1 256	3	88	15	1 362
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	1 256	3	88	15	1 362
<i>Transfusion</i>	509	2	5	10	526
28Z14 Transfusions, en séances	509	2	5	10	526
Total Séances	7 367	6	375	25	7 773
Nombre Total de Patients Distincts "Toutes Séances"	872	4	33	13	921



Document GHT 36 Public MCO - Mise à jour 2014 - Version du 23/06/2015

8

S02 : Chimiothérapie pour affection tumorale



Document GHT 36 Public MCO - Mise à jour 2014 - Version du 23/06/2015

9

Extrait du rapport d'activité 2015 du CH de CHATEAUROUX

Oncologie médicale

Activité 2015

22 lits / 8 030 journées théoriques

	2014	2015	Variations
RUM	503	597	18,7%
RUM HDJ	4917	4998	1,6%
DMS	14,9	12,5	-16,3%
Age moyen	65,1	66,1	1,5%
Nb journées	7488	7443	-0,6%
Tx occupation	93,3%	92,7%	-0,6%
File active	343	395	15,2%
% entrées via urgences	17,5%	25,1%	43%

Dix principales racines de GHM

GHM	Libelle	2014	2015	Cumul	% cumulé
23Z02	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	119	133	133	22,9%
17M06	Chimiothérapie pour autre tumeur	91	104	237	40,7%
04M09	Tumeurs de l'appareil respiratoire	26	34	271	46,6%
01M26	Tumeurs malignes du système nerveux	18	18	289	49,7%
18M07	Septicémies	11	18	307	52,7%
06M05	Autres tumeurs malignes du tube digestif	12	14	321	55,2%
04M05	Pneumonies et pleurésies banales	12	12	333	57,2%
04M11	Signes et symptômes respiratoires	5	11	344	59,1%
07M06	Affections malignes du système hépatobiliaire ou du pancréas	9	18	362	62,2%
08M25	Fractures pathologiques et autres tumeurs app.musculosquelettique	4	10	372	63,9%

Niveaux de sévérité

Niveau	2014	2015
1	11,6%	14,6%
2	15,3%	15,3%
3	17,3%	16,3%
4	7,8%	6,4%
J	0,0%	0,0%
T	17,7%	19,4%
Z	29,9%	27,5%
E	0,4%	0,5%

GHM Hôpital de jour

	2014	2015	Variations	
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	4649	4712	1,4%
28Z14Z	Transfusions, en séances	85	86	1,2%
17M06	Chimiothérapie pour autre tumeur	106	113	6,6%

Activité de consultations (2687)

	2014	2015	Evolution
Nombre de venues en consultation	2567	2721	6,0%

Médecine Interne

Activité 2015

40 lits / 14 600 journées théoriques
6 places HDJ

	2014	2015	Evolution
Nb RUM Méd D RDC	720	656	-8,6%
DMS	7,2	7,4	3,2%
Nb RUM Méd D 1er	1119	1034	-7,6%
DMS	7,8	8,1	4,7%
Nb RUM HC	1839	1692	-8,0%
Age moyen	67,5	68,8	1,9%
Nb journées	13853	13283	-4,1%
Tx occupation	94,9%	91,0%	-4,1%
Nb RUM HDJ	2429	2421	-0,3%
Nb RUM total service	4268	5147	20,6%
File active	1799	1729	-3,9%
Tx entrées directes via urgences (service)	34%	32%	-4,4%

Dix principales racines de GHM Médecine interne

GHM	Libelle	2014	2015	Cumul	% RUM
08M27	Sciaticques et autres radiculopathies	115	92	92	5,5%
23M06	Autres facteurs influant sur l'état de santé	101	86	178	10,7%
10M02	Diabète, âge supérieur à 35 ans	77	76	254	15,2%
28Z14Z	Transfusions, en séances	49	66	320	19,2%
11M04	Infections des reins et des voies urinaires	65	55	375	22,5%
04M05	Pneumonies et pleurésies banales	36	52	427	25,6%
16M11	Autres troubles de la lignée érythrocytaire	53	50	477	28,6%
01M21	Douleurs chroniques rebelles	42	48	525	31,5%
09M05	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans	61	44	569	34,1%
23M20	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	45	43	612	36,7%

Niveaux de sévérité

Niveau	2014	2015
1	31,8%	29,0%
2	25,9%	25,0%
3	18,1%	20,8%
4	4,9%	7,3%
T	6,7%	5,3%
Z	12,2%	12,5%
E	0,2%	0,1%

GHM Hôpital de jour

	2014	2015	Variations	
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	918	1046	13,9%
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	746	644	-13,7%
28Z14Z	Transfusions, en séances	352	400	13,6%

Activité de consultations (2601)

	2014	2015	Evolution
Nombre de venus en consultation	5113	5027	-1,7%

➤ **Analyse critique**

Sources : réponses aux questionnaires de décembre 2016, PMSI, PMP du GHT du 30/06/2016

- Le département de l'Indre ne possède plus de centre de radiothérapie, et pas de TEPSCAN
- Le parcours de prise en charge sénologique n'est pas optimal
- L'accès aux spécialistes d'organes est compliqué

Pour le site de CHATEAUROUX pour 2016

- Stabilité de l'activité en hospitalisation complète, discrète diminution en hospitalisation de jour
- Tendence à la diminution de la DMS
- Augmentation de l'âge moyen
- Augmentation de la file active
- Stabilité globale des consultations (sur site + avancées)
- Majoration de 25% à 31% des admissions via les urgences
- Activité des LISP en majoration en 2014 et 2015, stabilisation autour de 20% de l'activité globale en 2016 ; réunion hebdomadaire (vendredi) de synthèse en soins palliatifs depuis l'été 2015

Evolution prévisible de la filière

- Aggravation de la problématique actuelle prévisible du fait du manque croissant de spécialistes
- Augmentation de la demande de soins prévisibles du fait du vieillissement croissant de la population et de l'éloignement de l'établissement spécialisé

Objectifs de la filière

AXE 1 – FLUIDIFIER LES PARCOURS DU PATIENT

Axes prioritaires :

- Renforcer les moyens médicaux dans le service d'oncologie pour permettre de développer des consultations avancées, des offres de télémédecine (télé-expertises...) et répondre à la demande de proximité. Exemple. : mise en place de consultations avancées d'oncologie médicale sur le CH d'ISSOUDUN, initiée depuis avril 2017 avec l'intervention de M. le Dr CHERKAOUI.
 - Afin d'optimiser le parcours du patient et éviter certains déplacements sur le site de CHATEAUROUX en particulier pour les personnes vulnérables (exemple : prise en charge en hormonothérapie voire ultérieurement en chimiothérapie orale)
 - En maintenant les coopérations relatives à l'aval d'hospitalisation en oncologie Médicale (SSR de BUZANCAIS, médecine LA CHATRE)
 - En développant cette démarche sur le secteur géographique du BLANC

- Nécessité d'étendre le périmètre d'intervention de l'HAD sur le territoire de l'Indre (sur le bassin de La Châtre, Issoudun et en collaboration avec l'HAD privé de Vierzon), en particulier dans les EHPAD mais également dans les foyers résidence en lien avec les SSIAD
- Etudier la création d'un site de chimiothérapie de statut « associé » au CH d'ISSOUDUN
- Développer la chimiothérapie en HAD
- Installer un TEPSCAN à CHATEAUROUX

Axes secondaires :

- Développer la prise en charge directe dans les services sans passer par les urgences
- Avoir une réflexion sur la réalisation de chimiothérapies sur le site géographique du BLANC
- Susciter la réflexion sur le besoin d'un centre de radiothérapie sur le GHT de l'Indre voire de l'utilisation / la création de structures hôtelières afin de permettre une diminution des frais de transport et d'améliorer le parcours du patient
- Dans l'attente de cette réflexion, privilégier les prises en charge en radiothérapie vers les centres de référence comme SAINT-DOULCHARD et TOURS, mais faciliter le parcours du patient en permettant des accès au centre de radiothérapie de proximité géographique (LIMOGES, POITIERS)
- Permettre au patient de bénéficier de leur traitement à CHATEAUROUX ou site(s) associé(s) avant de revoir leur référent hors département

AXE 2 – AMELIORER LA PRISE EN CHARGE MEDICALE SUR LE TERRITOIRE (OFFRE DE PROXIMITE)

Axes prioritaires :

- Faciliter l'accès à l'information de RCP pour les établissements du GHT de l'Indre via le DCC
- Optimiser le recours à des RCP communes avec les CHRU périphériques comme POITIERS, LIMOGES pour optimiser la prise en charge par secteur géographique
- Renforcer les moyens médicaux pour pérenniser et développer la prise en charge de l'oncogériatrie sur le CH CHATEAUROUX/LE BLANC
- Renforcer les moyens matériels et médicaux pour permettre la prise en charge des cancers du sein sur le territoire
- Formaliser la collaboration avec le CHRU de TOURS pour optimiser la prise en charge des cancers de l'ovaire.
- Pérenniser les moyens matériels, médicaux, et conventionnels pour permettre la prise en charge de l'onco-hématologie sur le territoire

AXE 3 – DEVELOPPER LA TELEMEDECINE ET AMELIORER LA COLLABORATION ET L'ARTICULATION VILLE/HOPITAL, AVEC LES CHRU PERIPHERIQUES (TOURS, LIMOGES, POITIERS...) ET LES CENTRES SPECIALISES PARISIENS TELS QUE L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY, L'INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS, OU L'INSTITUT CURIE

▪ **Action 1 : développer la télémédecine**

- Développer les applications de télémédecine permettant de recourir à des avis spécialisés sur les centres périphériques
- Identifier les spécialités pour lesquelles une téléconsultation ou une télé expertise est requise et possible
- Equiper les établissements concernés de matériel adéquat
- Permettre un accès au dossier informatisé
- Financer les consultations de télémédecine (émetteurs, récepteurs)
- Accompagner le déploiement de la télémédecine par la formation des intervenants
- Engager une réflexion sur la mise en place d'une plate-forme d'échanges numérisée (Ex: plate-forme web APICEA au CH de Créteil)

▪ **Action 2 : Améliorer la collaboration et l'articulation Ville/Hôpital**

Axes prioritaires :

- Développer l'envoi sécurisé des courriers sur le département
- Développer la filière recherche clinique en cancérologie (oncologie médicale et hématologie)
- Partager les protocoles par pathologie via le DCC ou par un autre moyen (site internet)

Axes secondaires :

- Organiser la réalisation de séances de chimiothérapie en HAD
- Développer et pérenniser la télémédecine en articulation ville/hôpital
- Formaliser les liens avec les CHRU POITIERS, LIMOGES et les centres spécialisés parisiens
- Développer la mutualisation d'imagerie médicale en Région Centre (projet en cours avec le GCS Télésanté Centre)

AXE 4 – RESSOURCES MEDICALES

Axes prioritaires :

- Maintenir les agréments de médecine générale et de spécialité (oncologie, hématologie) dans les établissements de santé ; développer l'attractivité pour la formation des internes en lien avec l'ARS Centre – Val de Loire et le CHRU de TOURS voire de LIMOGES
- Identifier les spécialités sur lesquelles les postes sont nécessaires
- Evaluer les ressources médicales nécessaires au déploiement de la télémédecine

- Rédiger les profils de poste d'assistants partagés inter-établissements régionaux ou en inter-régions dans les spécialités identifiées

Axes secondaires :

- Permettre aux internes en stage en libéral de participer à 2 ou 3 formations médicales continues annuelles en oncologie médicale et les inciter à se présenter aux professionnels hospitaliers.

AXE 5 – AMELIORER LA PREVENTION ET DEPISTAGE

Axes prioritaires :

- Améliorer les actions de prévention et dépistage des différents cancers
- Améliorer et fluidifier l'accès des médecins libéraux aux demandes d'avis aux spécialistes d'organes

Structuration projetée de la filière

- Maintenir les autorisations en cours
- Maintenir les agréments relatifs à l'accueil des internes
- Maintenir les coopérations existantes et RCP communes en lien avec le CHRU de référence mais également en lien avec des CHRU périphériques pour optimiser le parcours du patient en fonction du secteur géographique
- Demander l'autorisation d'extension avec augmentation des capacités à 50 places (35 places actuellement) en HAD sur le territoire avec fonctionnement H24 avec astreintes médicales et paramédicales
- Etudier la création d'un site de chimiothérapie associé sur le CH d'ISSOUDUN et étendre au pôle du BLANC la possibilité de réaliser les traitements de chimiothérapie

Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT de l'Indre

- Consolider et enrichir les effectifs médicaux
- Permettre la formation d'oncogériatre
- Créer des postes infirmiers de coordination (IDEC) intra-établissement et de territoire

Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

➤ Indicateurs de suivi :

- Activité PMSI
 - Nombre de séjours réalisés par site
 - Nombre d'actes par nature et par site
 - Evolution de la DMS par site (et IP-DMS)

- Activité des services
 - Nombre de consultations avancées réalisées
 - File active de patients pris en charge en HAD pour chimiothérapie
 - Nombre de reconstitutions en URCC pour l'HAD
 - Pourcentage d'admission par les Urgences

- Activité clinique de qualité de prise en charge
 - Nombre de RCP et nombre de courriers de RCP adressés par APICRYPT à partir du DCC
 - Nombre de consultations de télé-médecine
 - Nombre de malades pour qui l'inclusion dans un protocole de recherche clinique est recherchée et/ou réalisée
 - Taux de fuite hors territoire

- Mesure de la satisfaction des patients

➤ Indicateurs de réalisation d'actions :

- Mise en place de nouvelles RCP de recours avec les CHRU périphériques
- Mise en place de la télé-médecine (télé-expertise et/ou téléconsultation)
- Suivi du taux de postes médicaux vacants sur le GHT de l'Indre en comparaison sur la Région Centre – Val de Loire
- Nombre d'agrément pour les accueils d'internes et nombre d'internes de spécialités et de médecine générale accueillis au sein d'une structure du GHT de l'Indre.
- Nombre de recrutements médicaux
- Nombre de recrutements infirmiers
- Nombre de conventions d'association signées
- Nombre d'installations d'équipements lourds (TEPSCAN)

➤ Modalités d'évaluation :

- Tableau de bord des indicateurs
- Analyse des écarts
- Discussions en comité stratégique et actions correctrices

3-3 AXES DE DEVELOPPEMENT PARTAGES

3-3-1- RESSOURCES MEDICALES

Projet stratégique :

- Développement d'une politique de gestion des ressources médicales territoriale dépassant le cadre sanitaire et s'appuyant sur des coopérations interrégionales

3-3-2- INFORMATION MEDICALE

Projet stratégique :

- Mutualisation des services d'information médicale
- Mise en place de formations communes

Pilotage : CH de Châteauroux-Le Blanc, établissement support du GHT

Etat d'avancement :

M. le Dr COUZON est nommé responsable du département de l'information médicale de territoire.

3-3-3- QUALITE ET RISQUES

Projet stratégique :

- Mise en œuvre de formations communes
- Projet qualité territorial

Etat d'avancement :

Deux journées départementales Atelier GHT qualité / gestion des risques organisées par le réseau QUALIRIS Centre –Val de Loire :

- le 19 avril 2016 : état des lieux, bilan de l'existant, diagnostic, conclusion et perspectives
- le 11 octobre 2016 : retour des questionnaires, étude et validation du diagnostic Qualiris et réalisation d'une matrice SWOT :

SWOT / AFOR du GHT 36 bilan atelier Qté/GdR

FORCES / AVANTAGES Deux directions communes avec COPIL Qualité fonctionnels. Certifications déjà effectuées. Organisations Qualité fonctionnelles et en place dans la majeure partie des établissements.	FAIBLESSES Pas d'Expert-visiteur dans les ES du GHT. Plusieurs ES ont des indicateurs de Bilan LIN en "E". Distance entre ES. Difficulté de connexion internet dans certains ES. Circuit du médicament : obligations et réserves. Maturité du Management Qualité (dont la culture) hétérogène.
OPPORTUNITES Préparation des certifications communes et synchronisées. Un membre d'une équipe Qualité souhaite devenir EV. CREX inter-ES sur une prise en charge et sur le processus Qté/GdR. Tableau de bord de suivi des indicateurs du processus Qté/GdR commun aux ES du GHT. Se réunir en visio-conférence (système télémedecine ARS C-VdL). Harmoniser le traitement des FEI.	RISQUES Diversité des logiciels Qualité. Représentativité de la Qualité au niveau des instances du GHT. Organisation des ressources de la fonction Qté/GdR au niveau du GHT. Difficulté d'adhésion à une politique commune. Intégration des établissements indépendants.

3-3-4- HYGIENE

Projet stratégique :

- Amélioration de la couverture du temps de médecin hygiéniste sur le territoire sous réserve des ressources disponibles

3-3-5- PHARMACIE

Projet stratégique :

- Mise en place d'une stérilisation à l'échelon territorial
- Développement de la démarche de pharmacie clinique et de la conciliation médicamenteuse à l'échelon territorial

3-3-6- IMAGERIE MEDICALE

Projet stratégique :

- Renouvellement et extension des équipements d'imagerie sur le territoire de l'Indre sur les deux sites autorisés
- Développement du recours à la télé imagerie
- Optimisation de la permanence des soins sur le territoire

3-3-7- EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

Plusieurs programmes d'ETP sont déjà mis en place au CH Châteauroux-Le Blanc :

- Pédiatrie : trois programmes ETP (surpoids / diabète / asthme)
- Cardiologie : prise en charge de l'insuffisance cardiaque (avec le réseau Diapason)
- SSR : patients AVK
- Maladies respiratoires : prise en charge des BPCO.

Le CH Issoudun développe deux projets de programmes d'ETP: l'un relatif aux patients amputés, l'autre relatif aux « post-AVC ».

Projet stratégique :

- Diversification de l'offre en ETP.
- Formation des personnels en éducation thérapeutique du patient.
- Création d'une unité territoriale de coordination en ETP (UCTET).
Ce projet a d'ores et déjà fait l'objet d'une démarche de financement auprès de l'ARS Centre-Val de Loire courant 2016.
L'unité de coordination territoriale de l'Education Thérapeutique via l'animation d'un réseau d'acteurs, dans une démarche d'accessibilité, de qualité et de progrès.
Trois axes de travail avaient été identifiés :
 - Axe 1 – Améliorer la pertinence de l'offre ETP et l'adéquation aux besoins du territoire
 - Axe 2- Accroître l'efficacité et l'efficience du dispositif visant à dispenser l'ETP
 - Axe 3 – Accroître l'efficacité et l'efficience du dispositif visant à coordonner l'ETP
- Développement de l'accompagnement à l'autonomie en santé
Le CH de Châteauroux-Le Blanc avait participé à la réponse à l'appel à projet « accompagnement à l'autonomie en santé » en août 2016 avec le réseau Diapason, la clinique Saint-François, l'association France Diabète et le CODES. Cette démarche n'a pas été retenue. Le projet s'adressait aux patients obèses, enfant à partir de 5

ans ou adultes, en échec de perte ou de stabilisation de poids, en difficulté psychosociale ou d'accès aux soins. Pour autant, les partenaires restent attentifs à cette dimension.

3-3-8- DOULEUR

Projet stratégique :

- Développement d'une animation territoriale
- Mise en place de formations communes
- Développement éventuel de consultations avancées

Sous réserve d'un renforcement des ressources médicales et paramédicales

3-3-9- BIOLOGIE

Projet stratégique :

- Réflexion sur un laboratoire prestataire unique au sein du GHT
- Travail sur l'identité vigilance sur le territoire

4- L'ORGANISATION DE LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Description du contexte

➤ Plans nationaux - Plan de défense et de sécurité

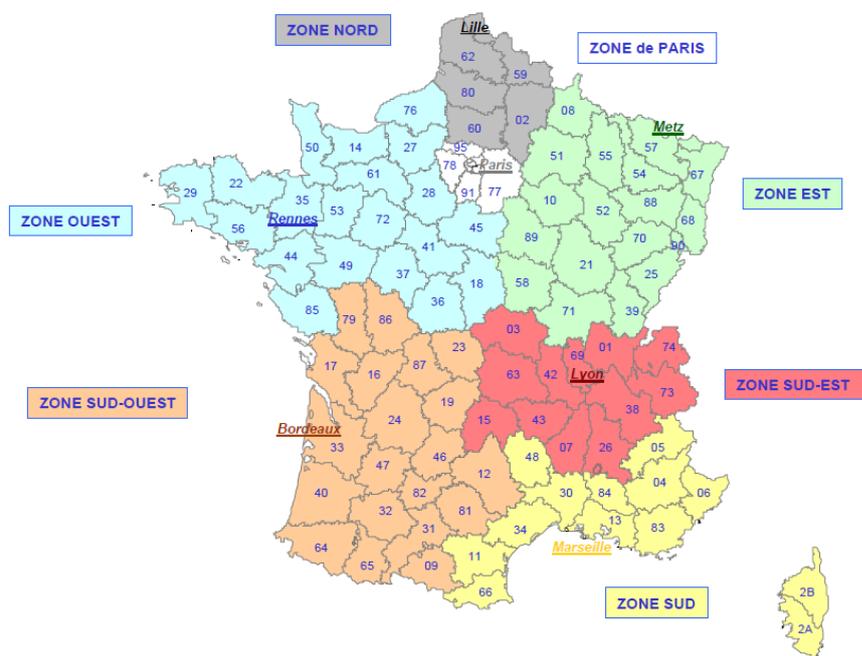
L'État s'organise en trois échelons administratifs : les arrondissements, les départements et les régions, un nouvel échelon a été créé en 1959 : les zones de défense.

La France compte sept zones de défense et de sécurité en métropole, et cinq zones en Outre-Mer.

Chaque zone de défense et de sécurité est dirigée par un préfet de zone de défense et de sécurité qui est le préfet de région et de département du siège de la zone. Il est assisté d'un préfet délégué pour la défense et la sécurité.

La région Centre – Val de Loire dépend de la zone OUEST dont le siège est à RENNES.

LES 7 ZONES DE DEFENSE ET DE SECURITE
et leurs chefs-lieux



HFDS/Santé - octobre 2010

Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires, volet sanitaire des plans zonaux de défense et de sécurité, a pour objectif de faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone de défense et de sécurité. Il constitue ainsi un plan de renfort complémentaire du dispositif d'organisation de la réponse du système sanitaire (ORSAN).

Le plan zonal de mobilisation identifie notamment :

- ▶ la répartition et les modalités de mobilisation des moyens matériels mobiles au sein de la zone, dits « tactiques », ainsi que les ressources humaines propres à la zone pouvant être mobilisées en renfort
- ▶ les modalités de suivi de l'offre de soins zonale et notamment des capacités à prendre en charge les pathologies induites par l'exposition à un risque nucléaire, radiologique, bactériologique, chimique, ou explosion (risque NRBC-E)
- ▶ les modalités de la mobilisation des moyens d'autres zones ou de l'Etat (stocks stratégiques de produits de santé, réserve sanitaire) en renfort en cas de dépassement des capacités de la zone
- ▶ le plan de formation et d'entraînement des acteurs de la santé au sein de la zone.

Il est arrêté par le préfet de zone, après avis du comité de défense de zone mentionné à l'article R.1311-25 du code de la défense

Le plan zonal de mobilisation pour faire face aux situations ayant un impact sanitaire exceptionnel est préparé par le Directeur Général de l'ARS de zone, en concertation avec les ARS de la zone, le préfet de zone et Santé Publique France.

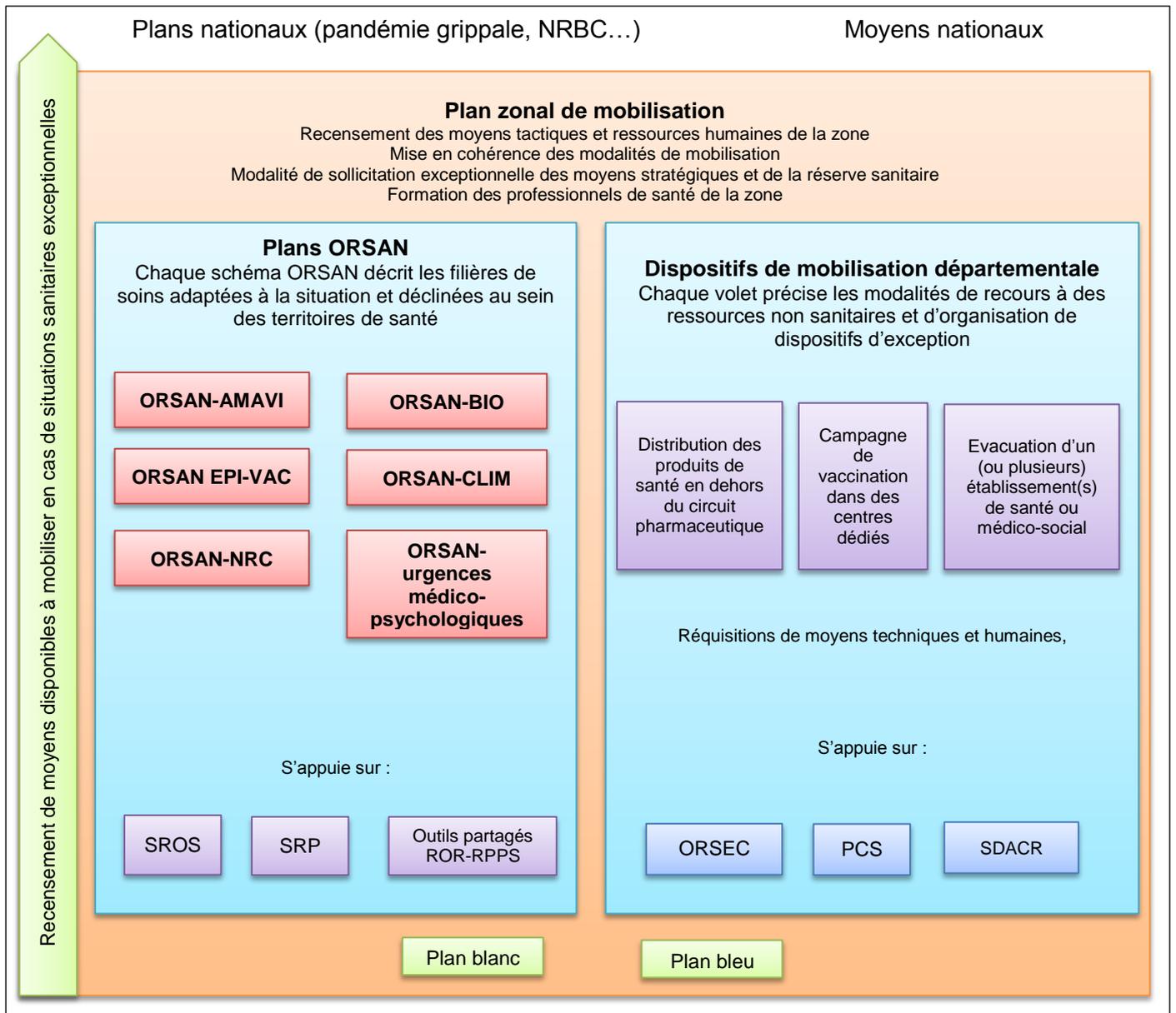
Ce plan est par suite décliné par le Directeur Général de chaque ARS de la zone, au sein de son territoire.

Il permet la mise en place d'une organisation adaptée lors d'une situation ayant un impact sanitaire exceptionnel, assurant l'expression rapide des besoins, ainsi que le suivi de la mobilisation et de la répartition des moyens sanitaires humains et matériels mobilisés en renfort.

Il se décline en deux volets :

- les plans ORSAN adaptés à la montée en charge du système de santé sous la responsabilité et le « commandement » du Directeur Général de l'ARS,
- des plans et dispositifs préfectoraux permettant de mobiliser d'autres ressources hors du champ de la santé : réquisitions de moyens techniques et humains, mise à contribution des communes, Service Départemental d'Incendie et secours, ... sous l'autorité du préfet de département.

Ces deux volets sont complémentaires et constituent le volet « SANTE » du dispositif de défense et de sécurité.



➤ **Le réseau de partenaires ORSeC de l'Indre**

Le réseau ORSeC de l'Indre est composé :

- De services de l'Etat,
- De la Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé
- De collectivités territoriales
- Des associations et organismes avec lesquels des conventions opérationnelles ont été conclues
- Des partenaires privés : opérateurs des réseaux de téléphonie, opérateurs des réseaux d'électricité, de gaz et de l'eau, la poste, la SNCF.

Le plan ORSEC NOVI est élaboré sous l'autorité du Préfet de l'Indre et définit les différents types de risques auxquels sont exposés les habitants de l'Indre et les missions des différents services de l'état.

Ref : Plan ORSEC Départemental : dispositions Générales

Les structures d'Urgence du département de l'Indre notamment le SAMU 36 et les SMUR sont impliqués plus particulièrement dans le plan ORSEC NOVI pour la prise en charge des victimes éventuelles et l'orientation dans les structures de soins adaptées.

Ref : Plan ORSEC NOVI 2011

Plus récemment, le Plan ORSEC NOVI ALPHA définit l'organisation spécifique à mettre en place devant la survenue d'une tuerie de masse avec nombreuses victimes. Il s'articule avec le plan ORSAN AMAVI établi sous l'autorité du DGARS.

Ref : ORSEC Novi Attentats 2016

➤ **Organisation générale des différents sites du GHT de l'Indre**

Etablissements du GHT de l'Indre	Plan blanc	Canicule	Grand froid	Grippe	Plan NRBC	Risque biologique	Plan bleu	Plan Vigipirate	Existence situation étb en tension	Salle de crise
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE CHATEAUROUX	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI Janvier 17 Hôpital sous tension	OUI
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE LE BLANC	OUI	OUI	OUI	OUI	A travailler	A travailler	OUI			
CH ISSOUDUN	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
CH LA CHATRE	OUI	OUI	OUI	OUI	-	-	OUI	OUI	NON	OUI
CH BUZANÇAIS	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI
CH CHATILLON-SUR-INDRE	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI
CDGI	OUI	OUI	En cours	OUI	NON	NON	OUI	Applications directives nationales	NON	OUI
CH LEVROUX	OUI	OUI	En cours	OUI	NON	NON	OUI	Applications directives nationales	NON	OUI
CH VALENÇAY	OUI	OUI	En cours	OUI	NON	NON	OUI	Applications directives nationales	NON	OUI
EHPAD VATAN	OUI	OUI	En cours	OUI	NON	NON	OUI	Applications directives nationales	NON	OUI

Etablissements du GHT de l'Indre	Essais plan blanc/bleu	Combien d'essai	Réel plan blanc/bleu	Fiches organisation	Mise à jour des fiches	Listing des agents mobilisables	Difficulté dans la mise à jour	Personnel suffisamment informé
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE CHATEAUROUX	OUI	≠ 1 en 06/16 prise d'otages dans une école ≠ 1 en 12/16 exercice national SIVIC ≠ 1 en 03/17 attentat à l'aéroport		OUI	OUI	OUI	OUI	NON
CH CHATEAUROUX-LE BLANC SITE LE BLANC	OUI	Plan blanc en 2015 et 2016	NON	OUI	OUI Au 31.12.2016	OUI	OUI	OUI +/-
CH ISSOUDUN	OUI	1/AN	NON	OUI	OUI	OUI	NON	-
CH LA CHATRE	NON		NON	OUI	1/AN	OUI	NON	NON
CH BUZANÇAIS	NON	0	OUI Plan bleu en 2016 fortes chaleurs	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
CH CHATILLON-SUR-INDRE	NON	0	NON	OUI	OUI En mars 2016	OUI	OUI	NON
EPAGE 36 CDGI / LEVROUX / VALENÇAY / VATAN	OUI	1/AN	OUI 06 et 12/16 pour le CDGI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON

Chaque établissement a mis en place un dispositif plan blanc ou plan bleu.
L'établissement support siège du SAMU 36 possède une organisation générale du plan blanc SSE.

➤ **Organisation générale du plan blanc SSE CH CHATEAUROUX (Version 07/2016)**

L'organisation générale du plan blanc SSE de l'établissement support se décline en cinq modules :

5 MODULES :

MODULE 1 : GESTION ALERTE S.S.E.

MODULE 2 : ORGANISATION PRE-HOSPITALIERE

MODULE 3 : ORGANISATION HOSPITALIERE

MODULE 4 : ANNEXES N.B.C

MODULE 5 : ANNEXES RISQUE BIOLOGIQUE

Chaque module contient trois types de fiches :

3 TYPE DE FICHES

FICHES ACTION ex Fiches Réflexes

FICHES RAPPEL

FICHES TECHNIQUES

En lien systématique avec la direction de l'établissement, le SAMU zonal de RENNES, les SAMU voisins, les services d'urgences, l'ARS Centre-Val de Loire, le SDIS, la gendarmerie et la police, la cellule d'urgence médicopsychologique et les services logistiques (sécurité, pharmacie, bloc opératoire.....).

➤ **La cellule d'urgence médicopsychologique CUMP 36**

Le CH de CHATEAUROUX/BLANC dispose depuis 1998 d'une cellule d'urgence médico-psychologique (décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013) composée d'un psychiatre référent départemental, d'un psychologue, de deux cadres de soins et de huit IDE à compétences psychiatriques.

En 2015, cette cellule a été déclenchée 14 fois.

Une organisation régionale des CUMPs est en cours de constitution.

➤ **L'unité plan blanc sur le site de CHATEAUROUX**

Une unité plan blanc existe sur le CH de CHATEAUROUX et peut être ouverte dans deux cas :

- un afflux massif de victimes (dans le cadre du plan blanc) → ouverture de courte durée
- une activité très importante au niveau du service des urgences et impossibilité d'accueillir les patients dans les services d'hospitalisation → ouverture plusieurs jours consécutifs (Exemple : période grippale).

La décision d'ouverture est prise en concertation avec le médecin des urgences, le directeur, la cellule de crise et le directeur de garde.

Les besoins en personnel soignant pour faire fonctionner cette unité de 20 lits, sont :

- cinq infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat / 24h
- cinq aide-soignant(e)s / 24h
- un agent des services hospitaliers / 24h

Concernant le personnel médical, les besoins exprimés sont les suivants :

- 2 praticiens hospitaliers temps plein à compétence générale ;
- 0,5 praticien hospitalier gériatre partagé avec le S.H.C.D. gériatrique.

➤ **Analyse critique**

- Absence à ce jour d'organisation d'exercices internes au sein de l'établissement (exercice cadre et exercice réel).
- Difficultés pour motiver l'ensemble de l'établissement à s'impliquer dans la prise en charge des SSE.
- Difficultés concernant la démographie médicale de l'établissement et notamment du pôle Urgences pouvant impacter l'opérationnalité de ce service lors d'une SSE en situation réelle.
- Sensibilisation et information insuffisantes de l'organisation interne auprès des différents professionnels au sein de chaque établissement.
- Absence de retour d'information après un essai plan blanc/plan bleu auprès des professionnels.
- Difficultés rencontrées dans la mise à jour des listes de rappel.
- Echanges réguliers insuffisants ou inexistantes entre les différents établissements du département de l'Indre.
- Situation démographique médicale ayant atteint un seuil critique dans le département de l'Indre.

Objectifs SSE

AXE 1 – SENSIBILISER, INFORMER ET FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE CHAQUE ETABLISSEMENT DU FONCTIONNEMENT DU PLAN BLANC SSE

- Déclarer comme mission institutionnelle la formation et la participation aux formations pour la gestion des SSE
- Sensibiliser et informer les différents professionnels médicaux, soignants, logistiques et administratifs par la diffusion de notes d'information et d'affichage en écran de veille.
- Informer régulièrement les administrateurs de garde et les référents.
- Mettre à disposition l'organisation générale du plan blanc SSE dans chaque établissement sur des fichiers communs accessibles à tous pour que chacun puisse connaître les actions qui les concernent.
- Poursuivre les actions de formation (AFGSU, PSC1/Secourisme, risques NRBC, actualisation des connaissances en secours et soins d'urgence, formations spécialisées en médecine d'urgence...).

- Identifier au sein des structures d'Urgence des « Référents SSE » qui auront en charge le suivi du matériel, la formation des équipes, l'entraînement à l'utilisation du matériel SSE (notamment installation montage et démontage UDH, PMA, PSM1, utilisation tenues de protection...)
- Identifier les référents pour l'utilisation de l'application SIVIC en salle de crise
- Former les médecins et soignants concernés au DAMAGE control
- Actualiser le plan blanc aux nouveaux risques à l'origine de l'évolution des doctrines nationales
- Faciliter les échanges avec les autres services impliqués dans la gestion des SSE notamment : Sapeurs-Pompiers, préfecture, Forces de sécurité, associations de secouristes.
- Organiser un réseau de transmission des informations en temps réel entre établissements en SSE, notamment : disponibilités lits, moyens humains, matériels...

AXE 2 – AMELIORER LA MISE A JOUR DE L'ORGANISATION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

- Vérifier le dispositif écrit de l'organisation du plan blanc SSE au moins une fois par an.
- Améliorer la discipline de mise à jour des fiches rappels GESTION ALERTE pour avoir un système de déclenchement automatique optimal.
- Assurer le suivi régulier du matériel spécifique aux SSE (PSM1 camion PMA, Matériel remorque UDH)
- Mettre en place en lien avec la pharmacie l'utilisation de l'outil informatique pour le suivi et la gestion des matériels SSE notamment lot PMS 1

AXE 3 – VEILLER A L'ORGANISATION REGULIERE DE MANŒUVRE PLAN BLANC

- Organisation régulière d'exercice plan blanc
- Informer les professionnels référents des retours des exercices « plan blanc » ou « plan bleu » pour améliorer la réactivité de chacun en cas de situation réelle.

AXE 4 – ORGANISER DES REUNIONS ENTRE LES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS DU GHT DE L'INDRE

- Organiser à minima une réunion annuelle entre les différents directeurs et référents « plan blanc » ou « plan bleu » afin de permettre une meilleure coordination
- Et même en lien avec la Clinique Saint-François

Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT de l'Indre

- Pourvoir les postes médicaux vacants.
- Maintenir les effectifs de l'équipe CESU pour poursuivre les formations auprès des professionnels
- Prise en compte du temps consacré par les référents SSE pour leurs missions SSE
- Intégrer le temps de participation aux exercices et entraînements dans le temps de travail de l'ensemble des catégories de personnel

Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

- **Indicateurs de suivi :**
 - Nombre d'exercices plan blanc réalisés sur le département par établissement
 - Nombre d'exercices plan bleu réalisés sur le département par établissement
 - Date des mises à jour des fiches de rappel
 - Nombre de formations réalisées
- **Indicateurs de réalisation d'actions :**
 - Nombre de réunions SSE au niveau du GHT
 - Nombre de notes d'information diffusées
 - Nombre d'affichages en écran de veille réalisés
 - Suivi des postes médicaux vacants sur le pôle médecine d'urgence
- **Modalités d'évaluation :**
 - Retour des évaluations des exercices « plan blanc/plan bleu ».
 - Discussions en comité stratégique et actions correctrices
- **Modalités d'actualisation**

Remerciements

Le GHT de l'Indre tient à remercier toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de son projet médical et soignant partagé :

- ❖ Les membres des instances du GHT de l'Indre :
 - CSIRMT de groupement
 - Collège médical
 - Comité territorial des élus locaux
 - Comité des usagers
 - Comité stratégique

- ❖ Les membres des groupes de travail :
 - Filière « prise en charge des AVC »
 - Filière « prise en charge de l'insuffisance cardiaque »
 - Filière « prise en charge de l'insuffisance respiratoire »
 - Filière « psychiatrie »
 - Filière « prise en charge des troubles cognitifs de la personne âgée »
 - Filière « prise en charge de la traumatologie de la personne âgée »
 - Filière « soins palliatifs »
 - Filière « gynécologie-obstétrique »
 - Filière « oncologie »

- ❖ Le médecin DIM territorial

- ❖ Les équipes « qualité et risques » des établissements parties du GHT de l'Indre

- ❖ Les personnels des équipes transversales et des plateaux techniques des établissements parties du GHT de l'Indre :
 - Hygiène
 - Douleur
 - Education thérapeutique du patient
 - Imagerie médicale
 - Pharmacie
 - Biologie

- ❖ Les intervenants de SPH Conseil

- ❖ Les intervenants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

- ❖ L'équipe de coopération territoriale du centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc

LISTE DES SIGLES

▪ AFGSU	Attestation de formations aux gestes et soins d'urgence
▪ AIT	Accident ischémique transitoire
▪ ALAVI	Accompagnement des personnes en fin de vie
▪ ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
▪ ARM	Auxiliaire de régulation médicale
▪ ARS	Agence Régionale de Santé
▪ AVC	Accident vasculaire cérébral
▪ CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
▪ CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
▪ CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
▪ CH	Centre Hospitalier
▪ CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
▪ CHU	Centre hospitalier universitaire
▪ CME	Commission médicale d'établissement
▪ CMP	Centre Médico-Psychologique
▪ CMRR	Centre mémoire de ressources et de recherche
▪ CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
▪ CODESPA 36	Comité départemental de soins palliatifs de l'Indre
▪ COPIL	Comité de pilotage
▪ CORESP	Comité de réflexion en soins palliatifs
▪ CPP	Centre périnatal de proximité
▪ CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
▪ CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques
▪ CTE	Comité Technique d'Etablissement
▪ DAFCO	Direction des Affaires Financières et de la Coopération
▪ DCC	Dossier communiquant de cancérologie
▪ DMP	Dossier médical partagé
▪ DMS	Durée moyenne de séjour
▪ EADSP	Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs
▪ EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
▪ EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
▪ ELA	Equipe de liaison en addictologie
▪ EIA	Eléments indispensables à l'arrivée
▪ EMG	Equipe mobile gériatrique
▪ ETP	Education thérapeutique
▪ ETP	Equivalent temps plein
▪ EMSP	Equipe Mobile des Soins Palliatifs
▪ FMC	Formation médicale continue
▪ GHT	Groupement hospitalier de territoire
▪ GIE	Groupement d'intérêt économique
▪ GIR	Groupe iso-ressources
▪ GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
▪ HAD	Hospitalisation A Domicile
▪ HAS	Haute autorité de santé
▪ HC	Hospitalisation complète
▪ HDJ	Hospitalisation de jour
▪ ICF	Institut du couple et de la famille
▪ IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
▪ IDEC	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat de coordination
▪ IGAS	Inspection générale des affaires sociales
▪ INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
▪ IRM	Imagerie par résonance magnétique
▪ LATA	Limitation ou arrêt de thérapeutiques actives
▪ LISP	Lits identifiés soins palliatifs
▪ MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
▪ MCO	Médecine – Chirurgie – Obstétrique
▪ MCS	Médecins correspondants SAMU
▪ MPR	Médecine physique et de réadaptation
▪ MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
▪ NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale
▪ NRBC	Risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques

- PASA Pôle d'activités et de soins adaptés
- PDS Permanence Des Soins
- PMA Poste médical assisté
- PMOT Prélèvements multi-organes et de tissus
- PMP Projet médical partagé
- PMS Projet soignant partagé
- PMSI Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
- PMSP Projet médico-soignant partagé
- PPA Pôle de Psychiatrie Adulte
- PRADO Programme d'accompagnement au retour à domicile
- PRS Projet régional de santé
- PUI Pharmacie à usage interne
- RCP Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- RESPIRE Réseau santé précarité de l'Indre
- ROR Répertoire opérationnel des ressources
- RPPS Répertoire partagé des professionnels de santé
- SAU Structure d'accueil des urgences
- SDHEI Service Départemental d'Hygiène et d'Epidémiologie de l'Indre
- SF Sage femme
- SHCD Service d'hospitalisation de courte durée
- SIH Service d'Information Hospitalier
- SIM Service d'Information Médicale
- SMPU Service de médecine polyvalente d'urgence
- SMUR Service mobile d'urgence et de réanimation
- SPASAD Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- SPIJ Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile
- SROS Schéma régionale de l'organisation des soins
- SSE Situation sanitaire exceptionnelle
- SSIAD Services de soins infirmiers à domicile
- SSR Soins de Suite et de Réadaptation
- TDM Tomodensimétrie
- TLM Télémedecine
- Trajectoire via Trajectoire = service public en ligne, gratuit et sécurisé
qui propose une aide à l'orientation personnalisée en SSR, HAD, SLD ...
- T2A Tarification à l'Activité
- UDH Unité de décontamination hospitalière
- UHCD Unité d'hospitalisation de courte durée
- UCC Unité cognitivo-comportementale
- UCA. Unité de Chirurgie Ambulatoire
- UCSA Unité de consultations et de soins ambulatoire
- UHCD Unité d'hospitalisation de courte durée
- UHR Unité d'hébergement renforcé
- UCTET Unité de coordination territoriale en éducation thérapeutique
- UREH Unité régionale d'épidémiologie hospitalière
- URCC Unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques
- UNV Unité neuro-vasculaire
- USC Unité de soins continus
- USP Unité de soins palliatifs
- USIC Unité de soins intensifs en cardiologie
- USLD Unité de soins longue durée
- UMCS Unité mobile correspondante SAMU