



PROJET MEDICAL ET DE SOINS PARTAGE - Groupement Hospitalier de Territoire d'Eure-et-Loir -

TABLE DES MATIERES

Préambule

I	Caractéristiques du territoire de santé d'Eure et Loir	page 5
	I-1. Caractéristiques du territoire	
	I-2. Répartition de l'offre de soins du GHT	
II	Elaboration du projet médical et de soins partagé	page 27
	II-1. Méthodologie	
	II-2. Valeurs portées par le GHT d'Eure-et-Loir	
	II-3. Rappel des objectifs du PMP et du PSP	
III	Projet Médical et de Soins Partagé	page 39
	III.1 Fiches du Projet médical partagé	
	<u>Vague 1 :</u>	page 39
	Cardiologie	page 40
	Gynécologie Obstétrique	page 47
	Dermatologie	page 57
	Ostéo-articulaire	page 60
	Urgences	page 71
	Volet Qualité	page 77
	<u>Vague 2 :</u>	page 81
	Gériatrie	page 82
	Santé Mentale	page 92
	Anesthésie	page 114
	Néphrologie	page 120
	Chirurgie orthopédique	page 127
	ORL-Tête-Cou	page 134
	Biologie	page 140
	ETP	page 146
	Endocrinologie diabétologie	page 151
	MPR	page 158
	Oncologie	page 162
	Médecine polyvalente	page 167
	Pédiatrie	page 173
	Pneumologie	page 180
	Réanimation	page 187
	Soins palliatifs	page 192
	Hépatogastro-entérologie	page 203
	PMA	page 209
	Chirurgie Viscérale	page 215

PREAMBULE

Conformément à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, précisée par décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, et suite à la transmission de la convention constitutive du groupement, approuvée par arrêté du 30 août 2016, la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire a officiellement arrêté la composition du GHT d'Eure et Loir par acte réglementaire du 1^{er} juillet 2016 :

- le Centre Hospitalier de Chartres,
- le Centre Hospitalier de Dreux,
- le Centre Hospitalier Henri EY,
- le Centre Hospitalier de Châteaudun,
- Le Centre hospitalier de Nogent le Rotrou,
- le Centre Hospitalier de La Loupe.

Le GHT d'Eure et Loir ainsi constitué, les six établissements parties doivent élaborer ensemble un projet médical et de soins partagé (PMSP) garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

A cet effet, le décret dispose que « le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire ».

Il comprend notamment :

- **Au 29 avril 2016** : Les objectifs médicaux ;
- **Au 1^{er} janvier 2017** : l'organisation d'une offre de soins graduée ;
- **Au 1^{er} juillet 2017** :
 - o Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
 - o Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur :
 - La permanence et la continuité des soins ;
 - Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;
 - Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
 - Les plateaux techniques ;
 - La prise en charge des urgences et soins non programmés ;
 - L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
 - Les activités d'hospitalisation à domicile ;
 - Les activités de prise en charge médico-sociale ;

Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des huit activités citées ci-dessus ;

- Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;
- Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;
- Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
- Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

« Les équipes médicales concernées par chaque filière que le PMP mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.

La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement. »

C'est en ce sens que les acteurs médicaux et paramédicaux du GHT d'Eure et Loir, ont, depuis le 6 juillet 2017 repris les travaux de rédaction du Projet Médical et de Soins Partagé avec, pour les deux premières vagues, l'ambition de rendre leurs travaux avant la fin de l'année 2017.

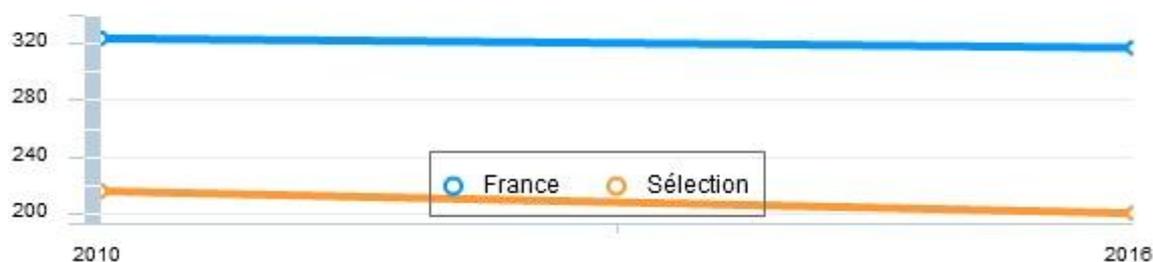
I - Caractéristiques du Territoire de santé d'Eure et Loir

I-1. Caractéristiques du Territoire :

Le département d'Eure et Loir est un département où la densité médicale est particulièrement faible.

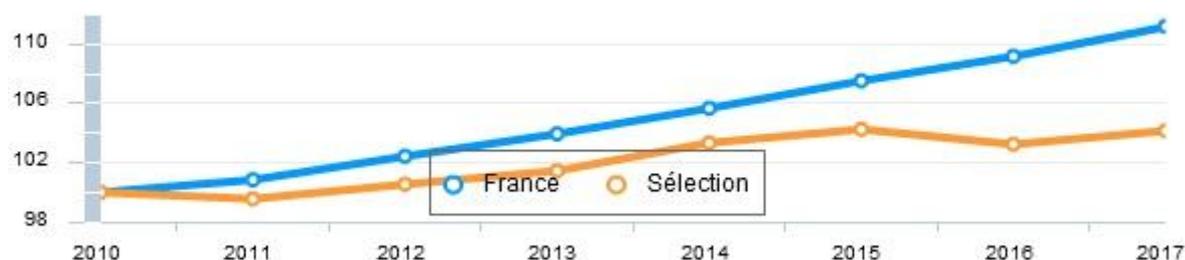
Force est de constater que celle-ci est constamment en baisse depuis 2010 et très en dessous de celle constatée au niveau national (Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Eure-et-Loir - Densité médicale - activité totale (pour 100 000 hab.)
Evolution temporelle comparée



On note cependant une hausse du nombre de médecins inscrits à l'ordre sur notre département entre 2010 et 2016, hausse qui est cependant à nuancer avec la hausse au niveau national, qui, encore une fois, est supérieure à celle du territoire (Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Eure-et-Loir - Les médecins inscrits au tableau de l'ordre (Nombre)
Evolution temporelle comparée, base 100



On note également une répartition inégale des médecins spécialistes sur la région et au sein des territoires : plus forte densité sur l'axe ligérien et au niveau des pôles urbains. Il existe des zones d'emploi dépourvues de neurologues, de pédiatres, de gastroentérologues, de pneumologues.

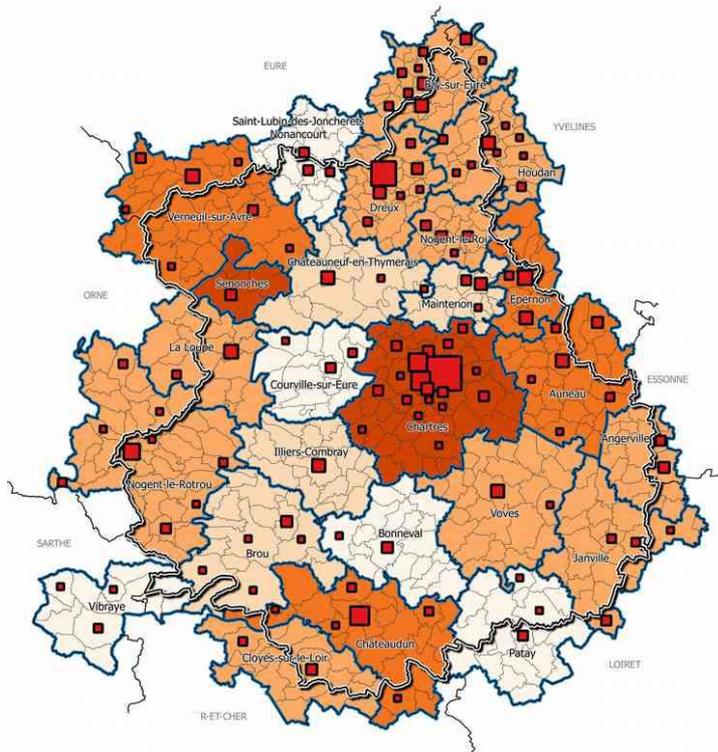
La problématique de la démographie des professionnels de santé est particulièrement préoccupante en Eure-et-Loir, notamment en Beauce, territoires où le caractère rural est prononcé et dans les franges franciliennes, zones confrontées à la proximité et à l'attractivité de l'Île de France.

Pour rappel, 8 zones fragiles « SROS » ont été identifiées pour le département d'Eure et Loir par l'ARS Centre Val de Loire. Ces zones fragiles correspondent aux territoires « où une part de la population vit dans un bassin de vie avec une densité en omnipraticiens inférieure de 30% à la densité (moyenne) de la France ».

	Densité des médecins généralistes en 2016
Région Centre	7 / 10 000 habitants
En Eure-et-Loir	5,9 / 10 000 habitants

La densité de médecins généralistes apparaît particulièrement faible dans la partie ouest et sud de la couronne péri-urbaine de Chartres, notamment à Courville-sur-Eure et Bonneval mais aussi dans les bassins de vie de Maintenon, Châteauneuf, Saint-Lubin et Brou). La densité moyenne observée à l'ouest est à mettre en regard de la population particulièrement âgée de ces territoires (Source INSEE).

IMPLANTATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LES BASSINS DE VIE D'EURE-ET-LOIRE EN 2014



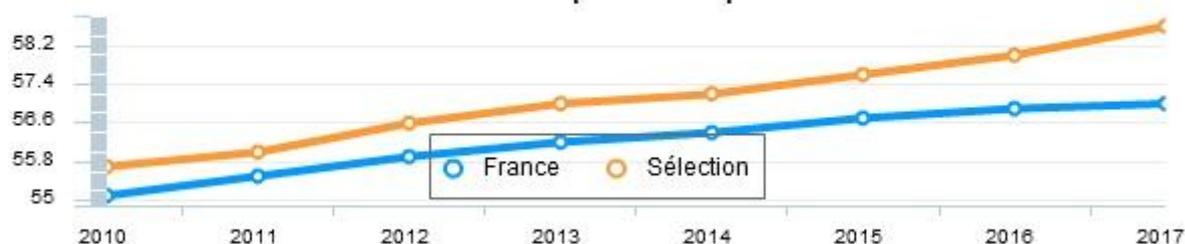
Eure-et-Loir - Les médecins généralistes, toutes activités et tous modes d'exercice (Nombre)
Evolution temporelle comparée, base 100



La pyramide des âges des médecins généralistes en Eure et Loir est particulièrement défavorable : 50% des médecins en exercice vont partir à la retraite dans les 5 ans à venir (Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Eure-et-Loir - Moyenne d'âge de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre (âge)

Evolution temporelle comparée



Au-delà des médecins généralistes, il convient de souligner une situation plus dégradée que la moyenne régionale en ce qui concerne les médecins spécialistes

	Densité en médecins spécialistes
Région Centre	67,6 / 100 000 habitants
En Eure-et-Loir	51,8 / 100 000

Eure-et-Loir - Les spécialistes chirurgicaux, toutes activités et tous modes d'exercice (Nombre)

Evolution temporelle comparée, base 100



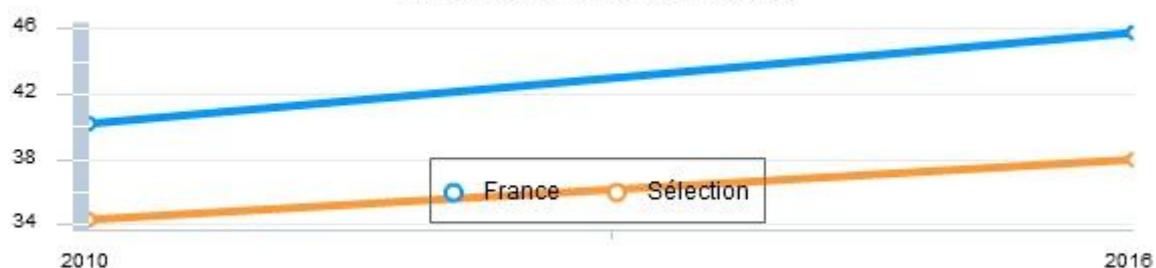
Eure-et-Loir - Les spécialistes médicaux (hors MG), toutes activités et tous modes d'exercice (Nombre)

Evolution temporelle comparée, base 100



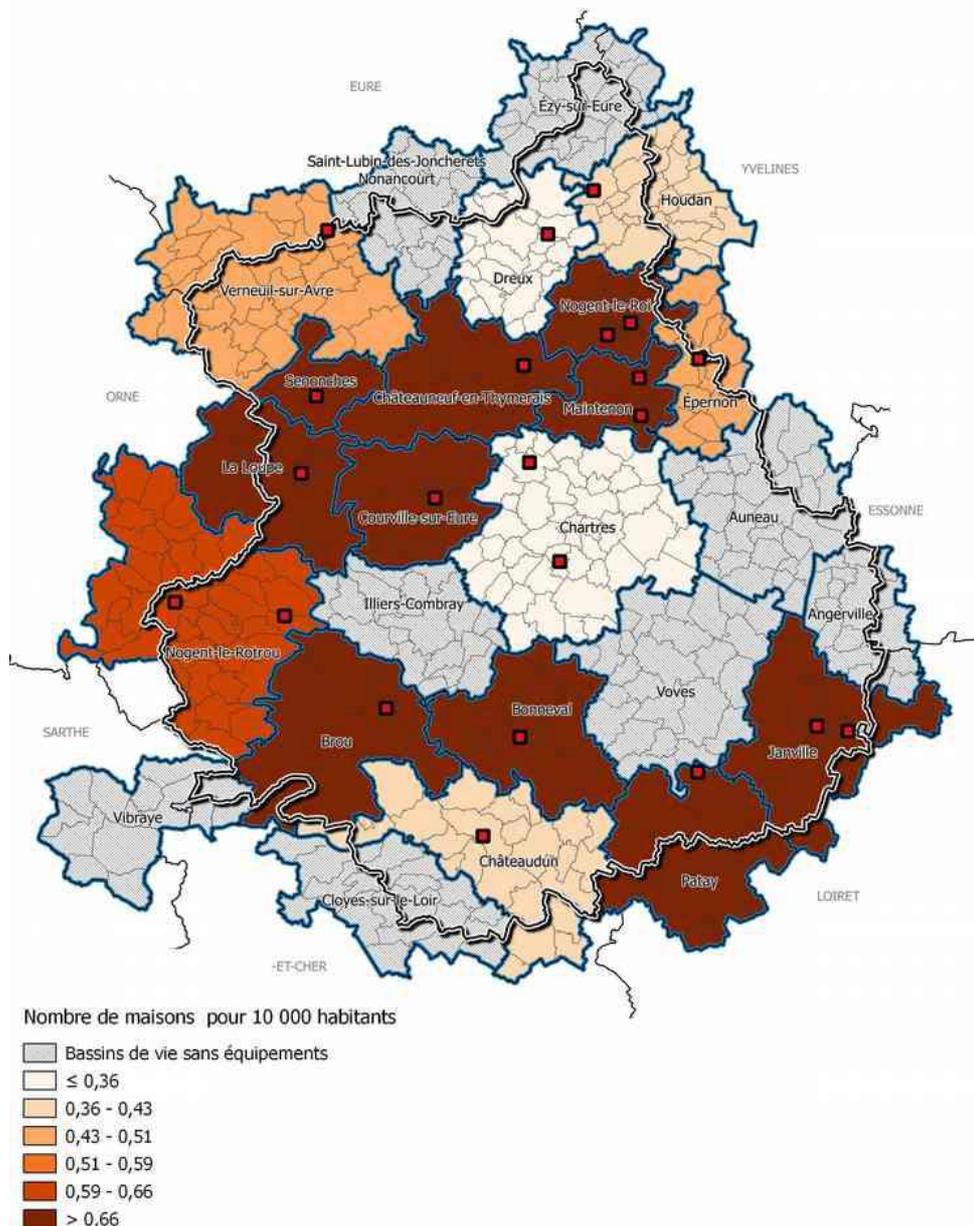
Enfin, il est à constater que la profession tend à se féminiser mais que la part des femmes dans la population médicale en Eure et Loir reste quand même inférieure à la part nationale (Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Eure-et-Loir - Part des femmes (%) Evolution temporelle comparée



L'implantation des maisons de santé semble compenser en partie la faiblesse du maillage en médecins généraliste, notamment pour les bassins de vie de Courville-sur-Eure, Bonneval, Brou, Châteauneuf-en-Thymerais, Maintenon et Patay. Toutefois, il reste d'importantes "zones blanches" : Illiers-Combray, Saint-Lubin, Vibraye (Source INSEE).

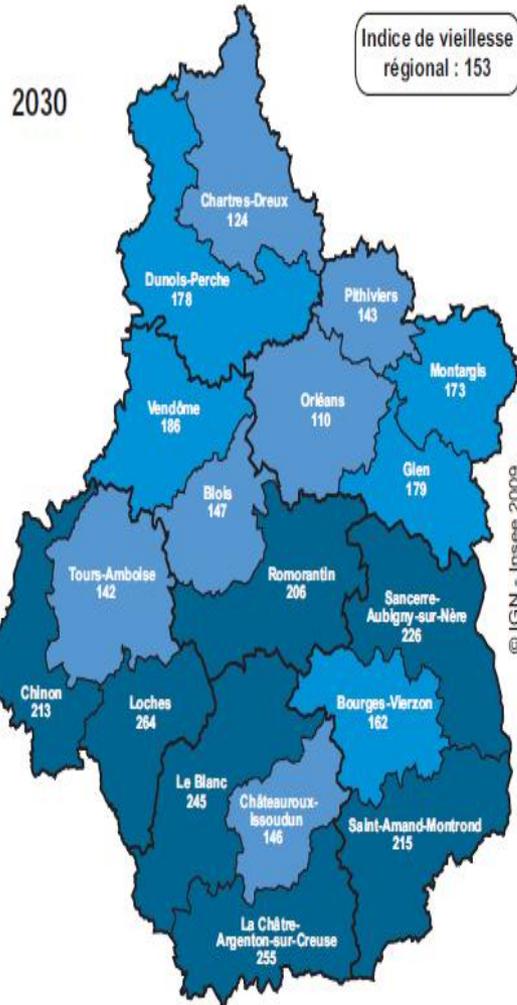
IMPLANTATION DES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES DANS LES BASSINS DE VIE D'EURE-ET-LOIRE EN 2014



Le vieillissement de la population Eurélienne est une donnée importante à prendre en compte et nous pouvons constater que, d'ici à 2030, le bassin de vie Chartres-Dreux aura un indice de vieillesse inférieur à l'indice régional et le bassin Dunois-Perche un indice supérieur à l'indice régional.

	2009	2014
0 à 14 ans	19,6	19,8
15 à 29 ans	17,1	15,9
30 à 44 ans	20,4	19,3
45 à 59 ans	20,7	20,2
60 à 74 ans	13,4	15,5

75 ans ou + 8,9 9,3



Nombre de personnes de plus de 60 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans

200
150
100
50

I-2. Répartition de l'offre de soins du GHT :

Le territoire d'Eure et Loir présente la particularité, de bénéficier de 2 établissements de référence (Chartres et Dreux), avec les mêmes autorisations, notamment au niveau des soins critiques (réanimation, UNV, USIC). On note cependant, que le CH de Chartres assure la cardiologie interventionnelle et le CH de Dreux l'AMP.

Les Centres Hospitaliers de Châteaudun, Nogent le Rotrou et de La Loupe assurent des missions d'établissement de proximité.

Le Centre Hospitalier Henri Ey assure quant à lui les missions dévolues aux établissements de santé mentale sur le territoire.

Etablissement : Centre Hospitalier de CHARTRES

Description : Etablissement public de santé dont l'offre de soins est répartie sur 3 sites : Louis Pasteur, Hôtel Dieu et St Brice, tous situés dans l'agglomération chartraine.

Capacité :

Médecine : 381 lits
Chirurgie : 78 lits et 15 places d'ambulatoire
SSR : 80 lits et 5 places d'UER
Psychiatrie : 5 lits HC et 67 places (HDJ)
Handicap psychique : 53 places (HDJ)
EHPAD : 449 lits
SESSAD : 41 places
IME : 12 places

Etablissement : Centre Hospitalier de DREUX

Description : Etablissement public de santé dont l'offre de soins est répartie sur 3 sites : le Centre Hospitalier général, le Prieuré et les Eaux Vives, tous situés sur la ville de Dreux.

Capacité :

Médecine : 237 dont 197 HC, 24 HDJ et 16 HDS
Chirurgie : 77 dont 47 HC, 15 HDJ et 15 HDS
Gynécologie/Obstétrique/pédiatrie : 70 dont 63 HC et 7 HDJ
MCO : 392 dont 346 HC et 46 HDJ
SSR / MPR : 116 dont 50 SSR HC, 6 MPR HDJ, 8 EVC MPR et 52 MPR
EHPAD : 261 lits (92 USLD, 92 aux Eaux Vives et 77 au Prieuré)
Alzheimer : 10 places d'accueil de jour
Psychiatrie : 96

Etablissement : Centre Hospitalier de CHATEAUDUN

Description : Etablissement public de santé situé à Châteaudun.

Capacité :

Médecine : 93 lits
Chirurgie : 10 places d'ambulatoire
Gynécologie obstétrique : 15 lits
SSR : 50 lits
EHPAD : 235 lits dont 4 d'hébergement temporaire
USLD : 28 lits + 12 lits UHR à partir de janvier 2018

Etablissement : Centre Hospitalier Henri EY

Description : Etablissement public de santé spécialisé en psychiatrie, assurant en Eure et Loir, une mission de prévention et d'accueil, de soins et de post-cure en santé mentale. Cette offre est complétée par une capacité médico-sociale dans le champ de la gériatrie et du handicap psychique.

Capacité :

Psychiatrie : 305 lits et places
USLD : 50 lits
EHPAD : 125 lits
Handicap : Hébergement permanent : 25 lits
 Hébergement temporaire : 1 lit
 Accueil de jour : 1 place
 Foyer d'hébergement : 9 places
 SAVS : 5 places
 ESAT : 30 places

Etablissement : Centre Hospitalier de NOGENT LE ROTROU

Description : Etablissement public de santé dont l'offre de soins est répartie sur 3 sites : le CH général, la Roseraie et la Charmille, structures voisines situées à Nogent le Rotrou.

Capacité :

Médecine : 60 lits
Chirurgie : 7 places d'ambulatoire
SSR : 30 lits
EHPAD : 160 places
UHCD : 3 lits

Etablissement : Centre Hospitalier de LA LOUPE

Description : Etablissement public de santé situé à La Loupe.

Capacité :

Médecine : 15 lits dont 2 LISP

SSR : 17 lits

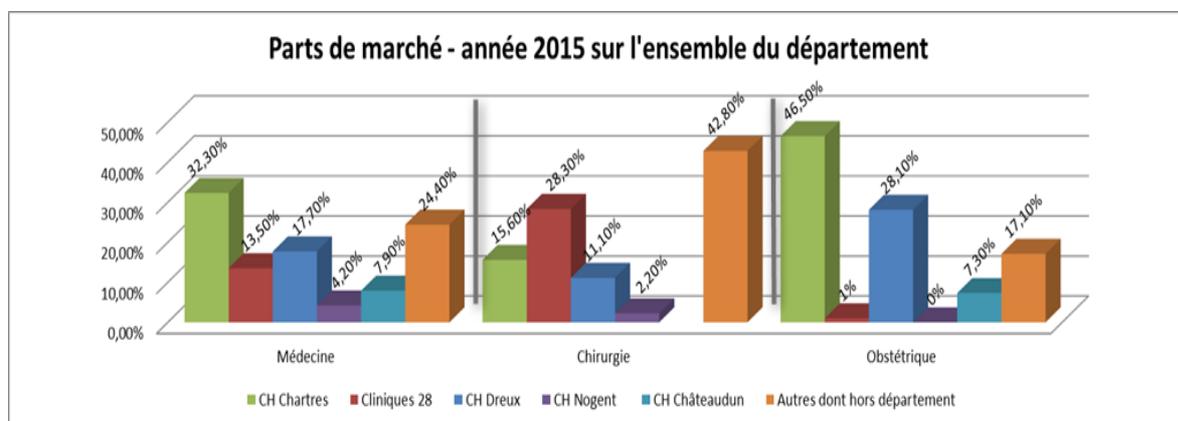
EHPAD : 89 lits

Alzheimer : 7 places d'accueil de jour

USLD : 40 lits

SSIAD : 56 places

Analyse des parts de marché



Le graphique ci-dessus (Source ATIH), nous permet d'avoir une visibilité sur la concurrence du secteur privé Eurélien, sur les secteurs MCO, la part d'activité de chacun des établissements publics du territoire ainsi que le taux de fuite hors département.

Nous pouvons constater que la concurrence (privé+fuites) est relativement importante, représentant :

- 37,9% des parts de marché sur la partie médecine,
- 71,1% sur la partie Chirurgicale,
- 18,1% sur la partie obstétricale.

Analyse des zones d'influence par bassin de vie (MCO)

L'activité Eurélienne est une activité qui n'est pas « centralisée » et qui, compte tenu de l'implantation de ses bassins de vie, connaît des chemins d'adressage extra départementaux.

Afin d'avoir une visibilité sur les parcours patients de chacun des bassins de vie où sont implantés des établissements MCO sur notre territoire, nous allons étudier les parts de marché (année 2016) des dites zones (source : SCAN SANTE).

NB : la partie « autres FINESS » représente les pourcentages de parts de marché cumulés des établissements représentant moins de 2% des parts de marché.

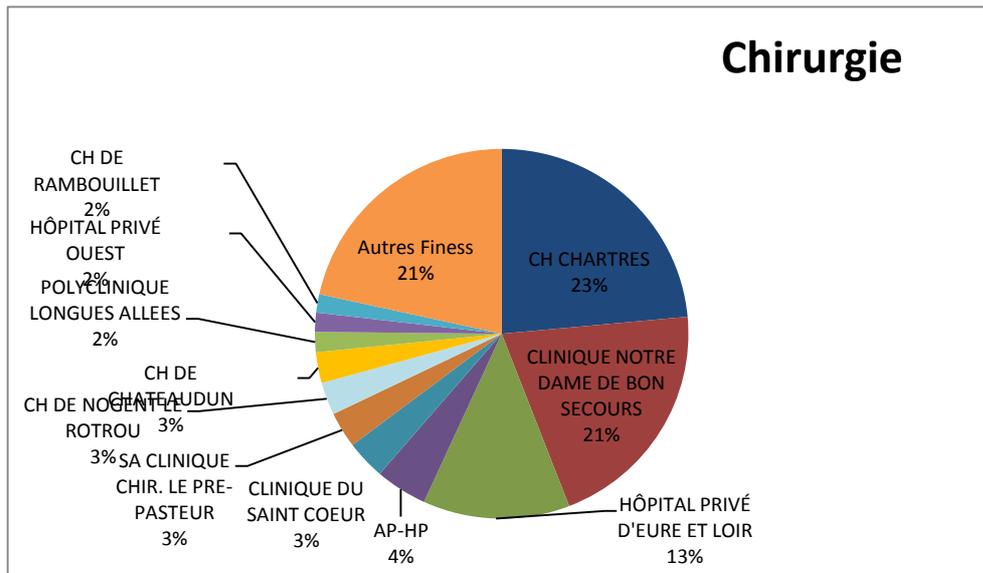
Centre Hospitalier de Chartres

Centre Hospitalier Victor Jousselin

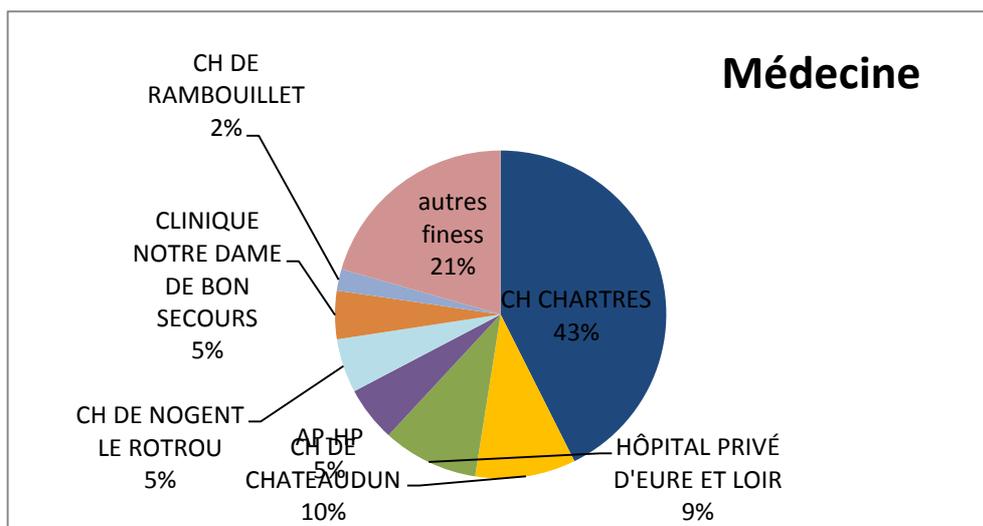
Centre Hospitalier de Châteaudun

Centre Hospitalier de Nogent le Rotrou

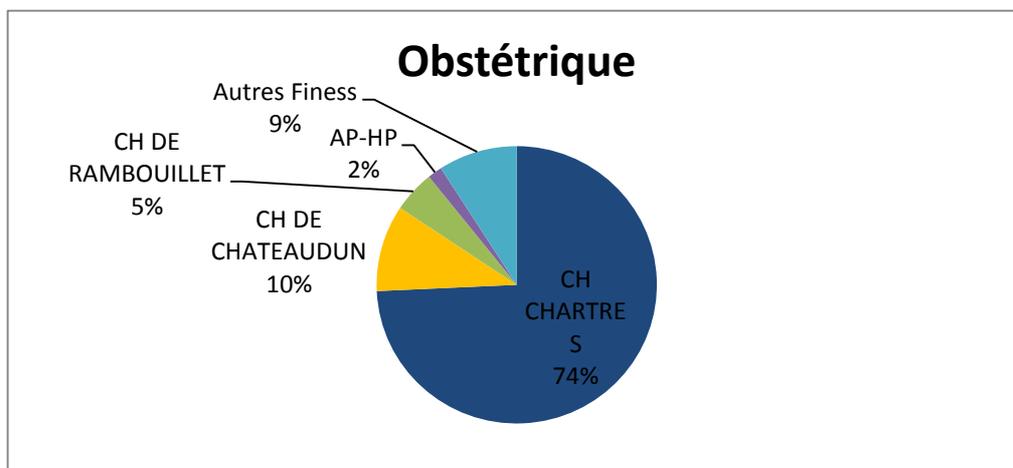
Chartres



Sur la partie chirurgicale du bassin de vie Chartrain, on constate que l'activité est plutôt éclatée, le CH de Chartres restant leader mais avec une forte concurrence du privé sur son bassin de vie.

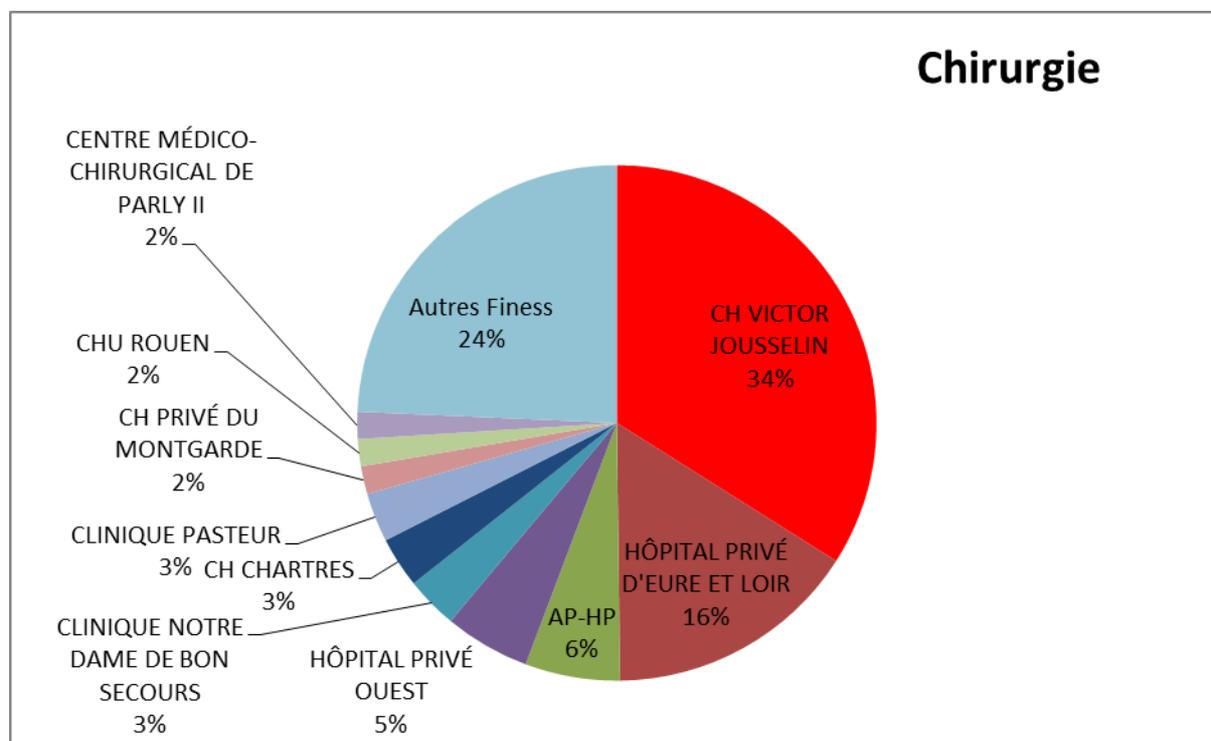


En médecine, le CH de Chartres reste leader sur sa zone et nous constatons peu de recours extra départementaux.

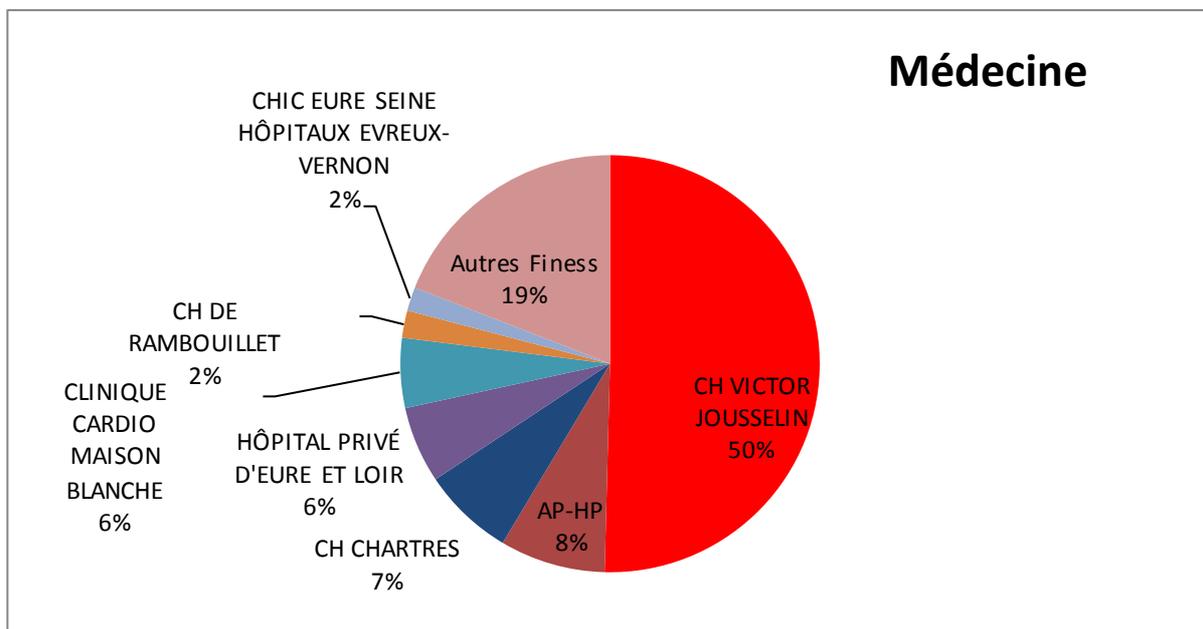


En obstétrique, le CH de Chartres draine 74% des parts de marché. Les fuites constatées au niveau de l'AP-HP sont essentiellement du recours vers un niveau 3.

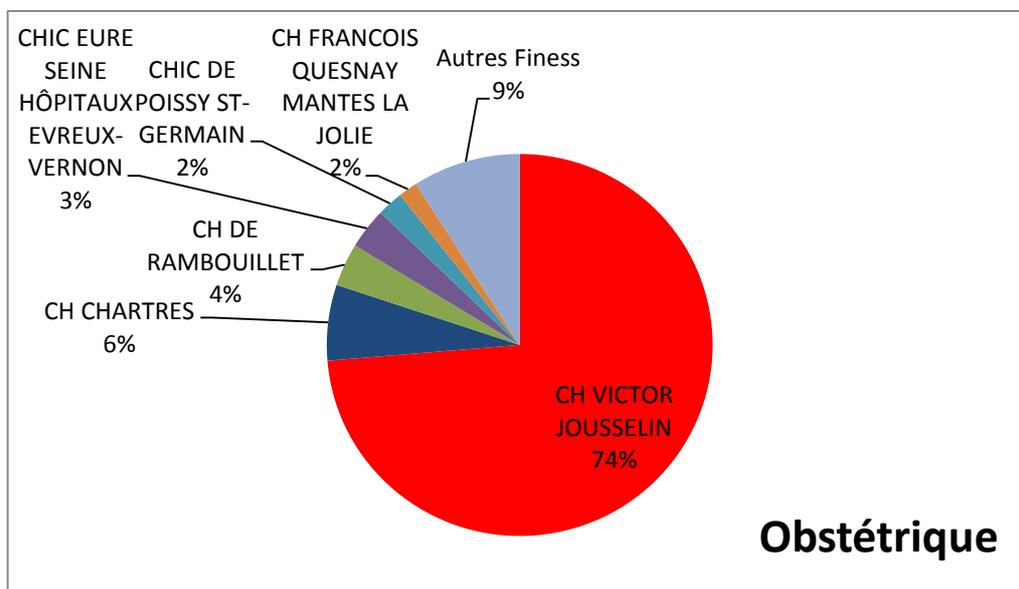
Dreux



Le Centre Hospitalier de Dreux bénéficie d'une attractivité plutôt bonne avec 34% des parts de marché de Chirurgie mais fait face à une concurrence importante du privé, hors bassin de vie Drouais, qui représente 24% des parts de marché.



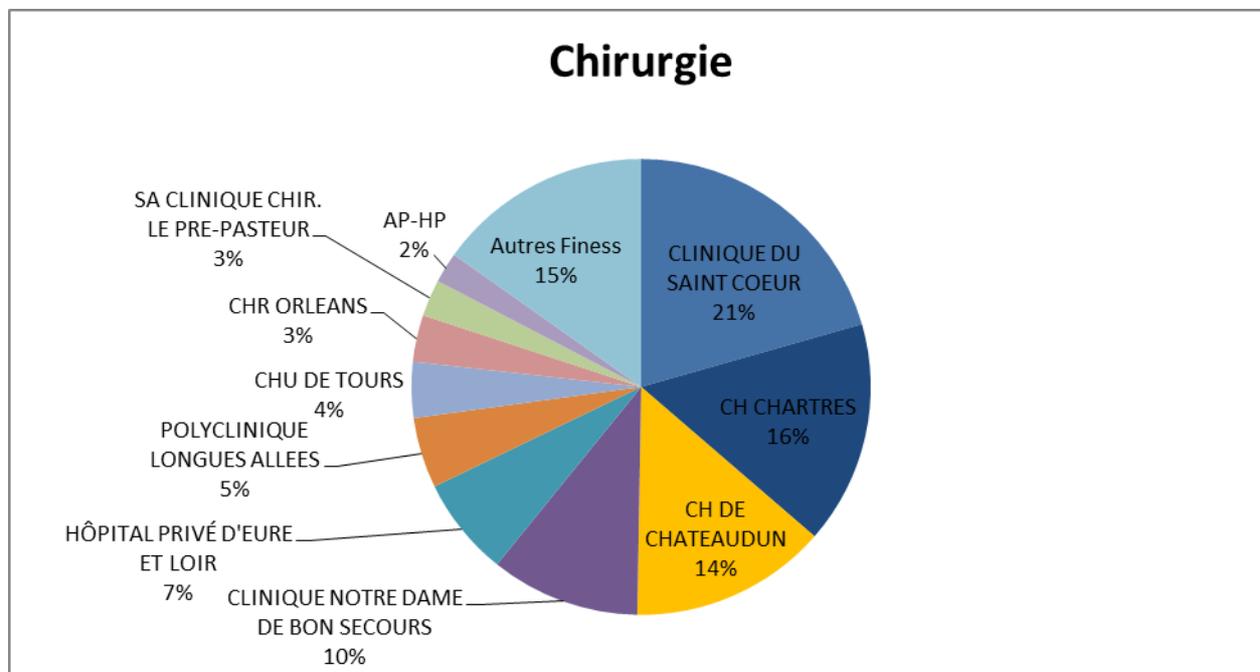
Sur la partie médecine, le CH de Dreux draine 50% des parts de marché avec un recours de 8% vers les établissements de l'AP-HP et de 7% vers le CH de Chartres.



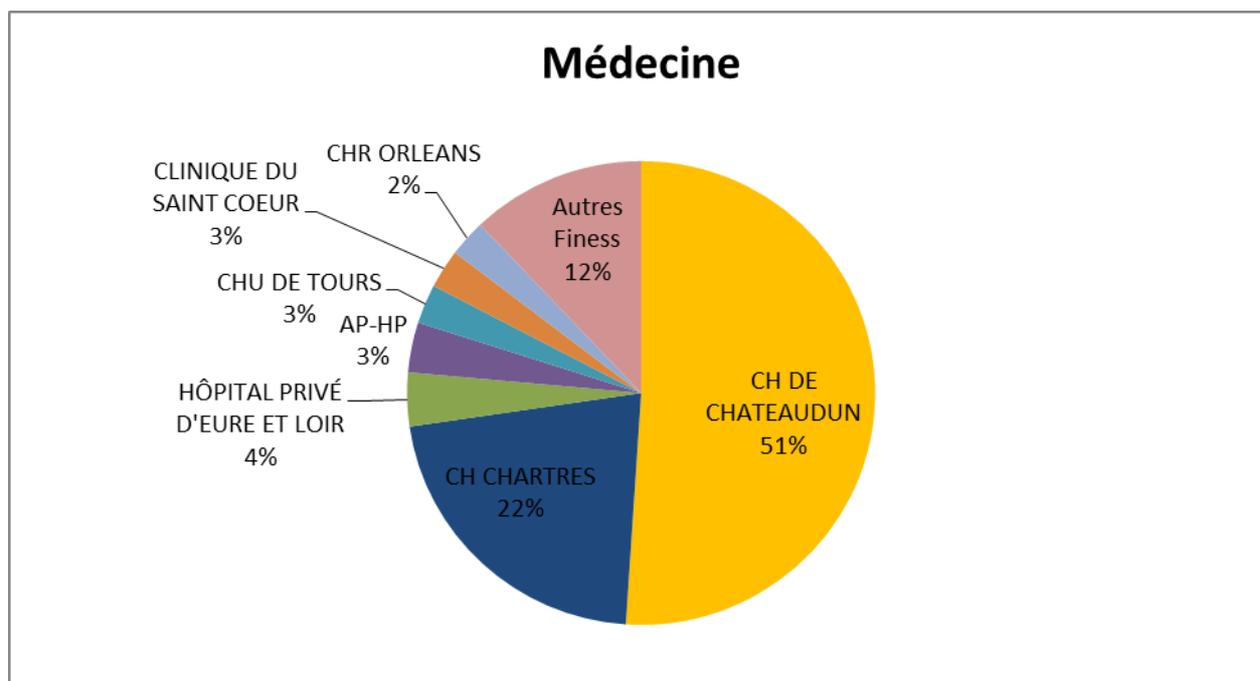
En obstétrique, le CH Victor Jousselin bénéficie de parts de marché conséquentes (74%), le restant correspondant aux recours vers les maternités de niveau 3 ou de niveau 2B.

Châteaudun

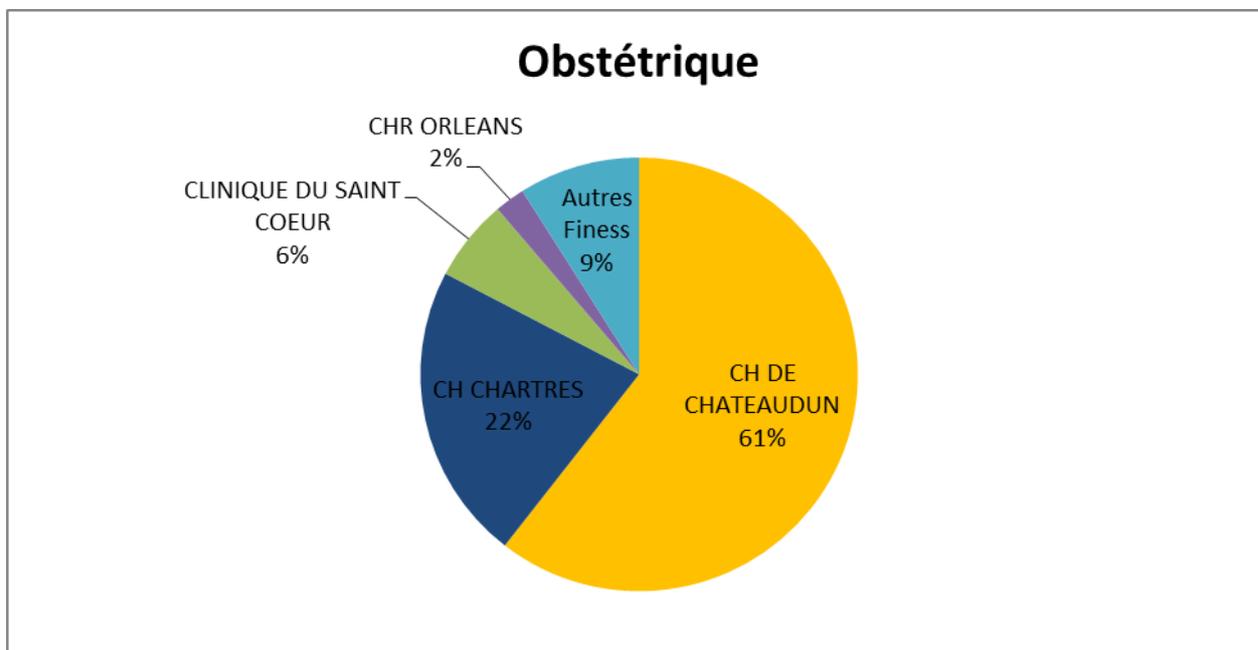
L'activité chirurgicale du bassin de vie Dunois est assez éclatée avec une répartition des parts de marché sensiblement égalitaire entre la clinique du saint cœur de Vendôme (41) qui réalise 21% des parts de marché, les CH de Chartres (16%) et Châteaudun (14%) et le privé Eurélien (17%). Notons que le groupe ELSAN représente 38% des parts de marché Dunoises.



Sur la partie médecine, le CH de Châteaudun représente 51% des parts de marché de son bassin de vie et le CH de Chartres, 22%.

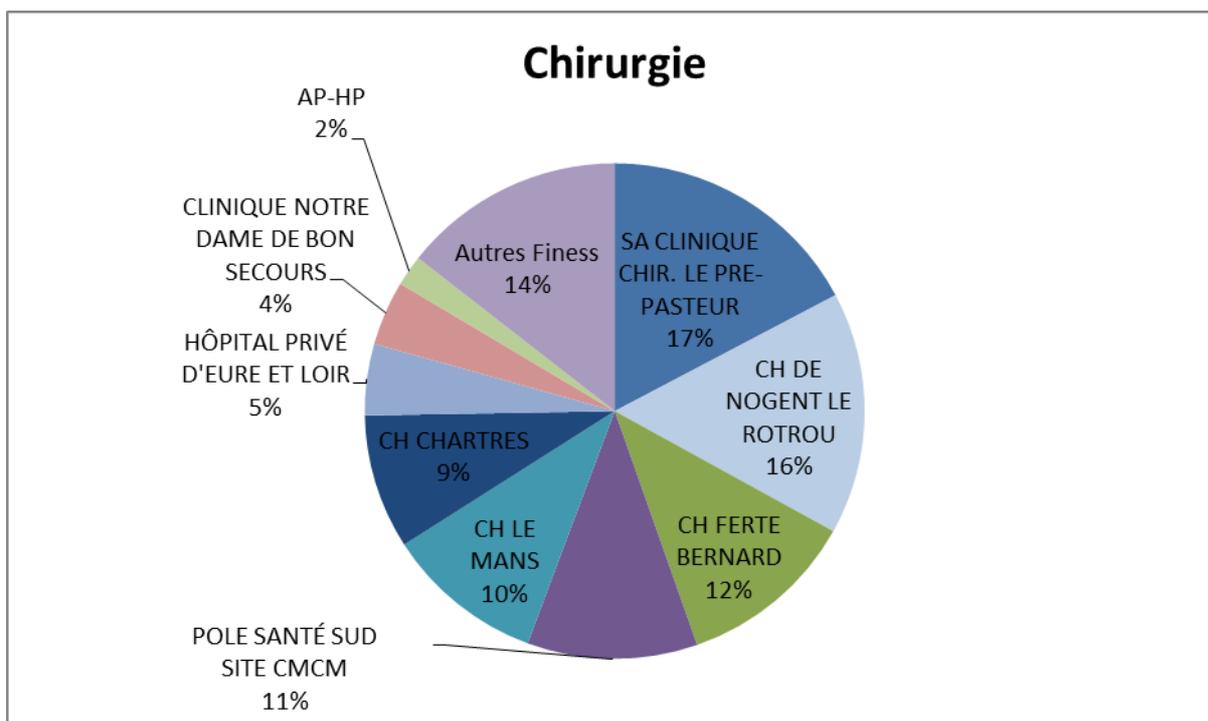


En obstétrique, on constate que les patientes du bassin de vie Dunois restent essentiellement sur l'Eure-et-Loir avec 61% des parts de marché pour le CH de Châteaudun et 22% pour le CH de Chartres.

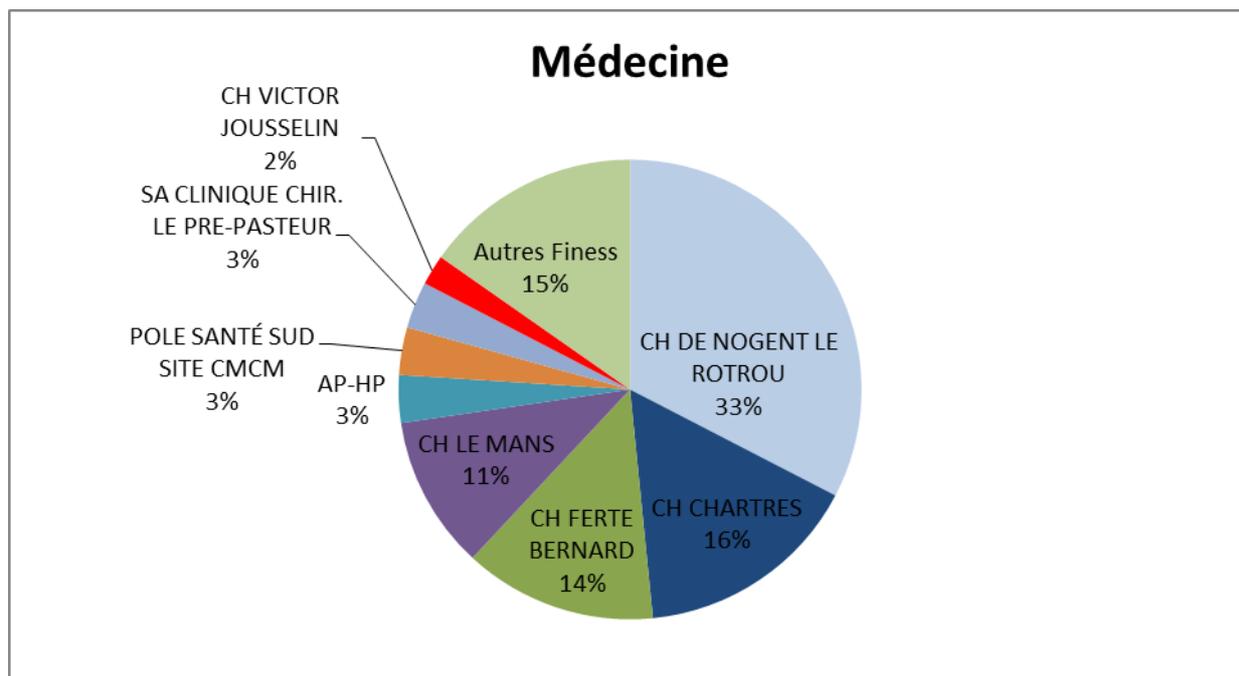


Contrairement aux idées reçues, les patients Dunois sont très peu orientés vers le 41 (mis à part pour la partie chirurgicale) et le parcours de soins se dirige essentiellement vers le CH de Chartres.

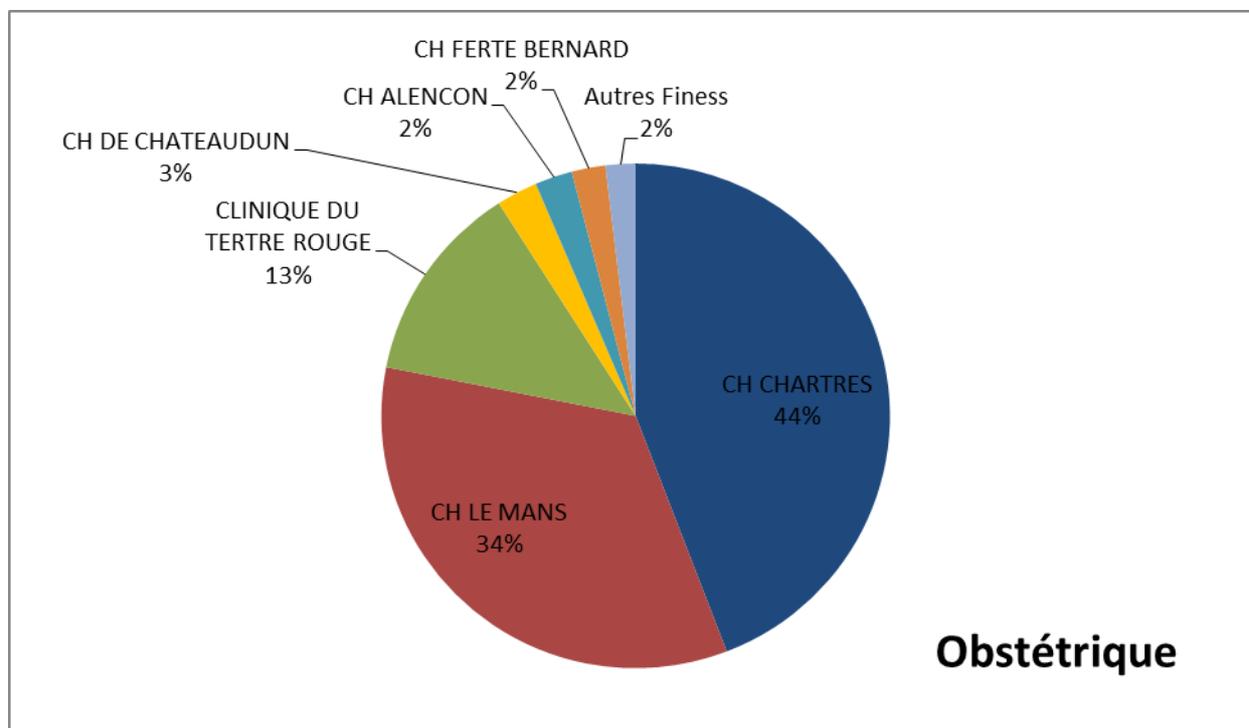
Nogent le Rotrou



L'activité chirurgicale du Centre Hospitalier de Nogent le Rotrou est essentiellement tournée vers la Sarthe qui draine 50% des parts de marché.



Sur la partie médecine, l'attraction vers la Sarthe est moins importante mais représente tout de même 31% des parts de marché.



En obstétrique, le CH de Chartres conserve une part de marché importante (42%) du fait de l'implantation d'un CPP sur place, mais si l'on regroupe les parts de marché des 2 établissements Manceaux, celles-ci atteignent 47%.

Positionnement établissements de référence

La particularité de l'Eure et Loir est de bénéficier de 2 établissements de référence sur son territoire, ce qui est une situation unique en France.

Le graphique présenté ci-dessous, représente la consommation en soins en chirurgie (C) et en médecine (M) des Euréliens et la répartition entre les 2 CH de Référence ainsi qu'une comparaison avec d'autres CH de référence.

Les 2 établissements, pris séparément, ont tous les 2 des pourcentages de séjours en dessous de ceux constatés chez les autres établissements de référence.

A contrario, l'association des 2 structures, place la prise en charge Eurélienne en première position des établissements étudiés ci-dessous.

Etablissements	NB séjours C	Consommation de la population sur le territoire C	% séjours C	NB séjours M	Consommation de la population sur le territoire M	% séjours M
CH Dreux	4 400	23 000	19%	12 000	52 000	23%
CH Chateauroux	5 400	12 000	45%	16 700	27 000	62%
CH Chartres	6 300	23 000	27%	22 000	52 000	42%
CH Blois	6 800	22 000	31%	15 000	33 000	45%
CH Bourges	7 200	21 000	34%	16 000	32 000	50%
CH Lorient	9 000	24 000	38%	28 000	42 000	67%
CH Quimper	9 500	25 000	38%	25 000	41 000	61%
CH Vannes	10 000	30 000	33%	26 000	47 000	55%
Source ATIH 2016 Matrice Production/Consommation soins						

Analyse des taux de fuite

Force est de constater des fuites extra régionale importantes, à destination, principalement, de l'île de France.

Ces fuites se font surtout ressentir au niveau :

- Des séjours de moins de 24H pour la médecine avec 14 208 séjours à destination de l'île de France,
- Des séjours supérieurs à 24H pour la partie chirurgicale,
- Des séjours supérieurs à 24H pour la spécialité obstétricale.

Les fuites intra régionales se font ressentir de manière beaucoup moins importante et représentent 12,4% des fuites totales des séjours de plus de 24H (12,5% pour les séjours de moins de 24H).

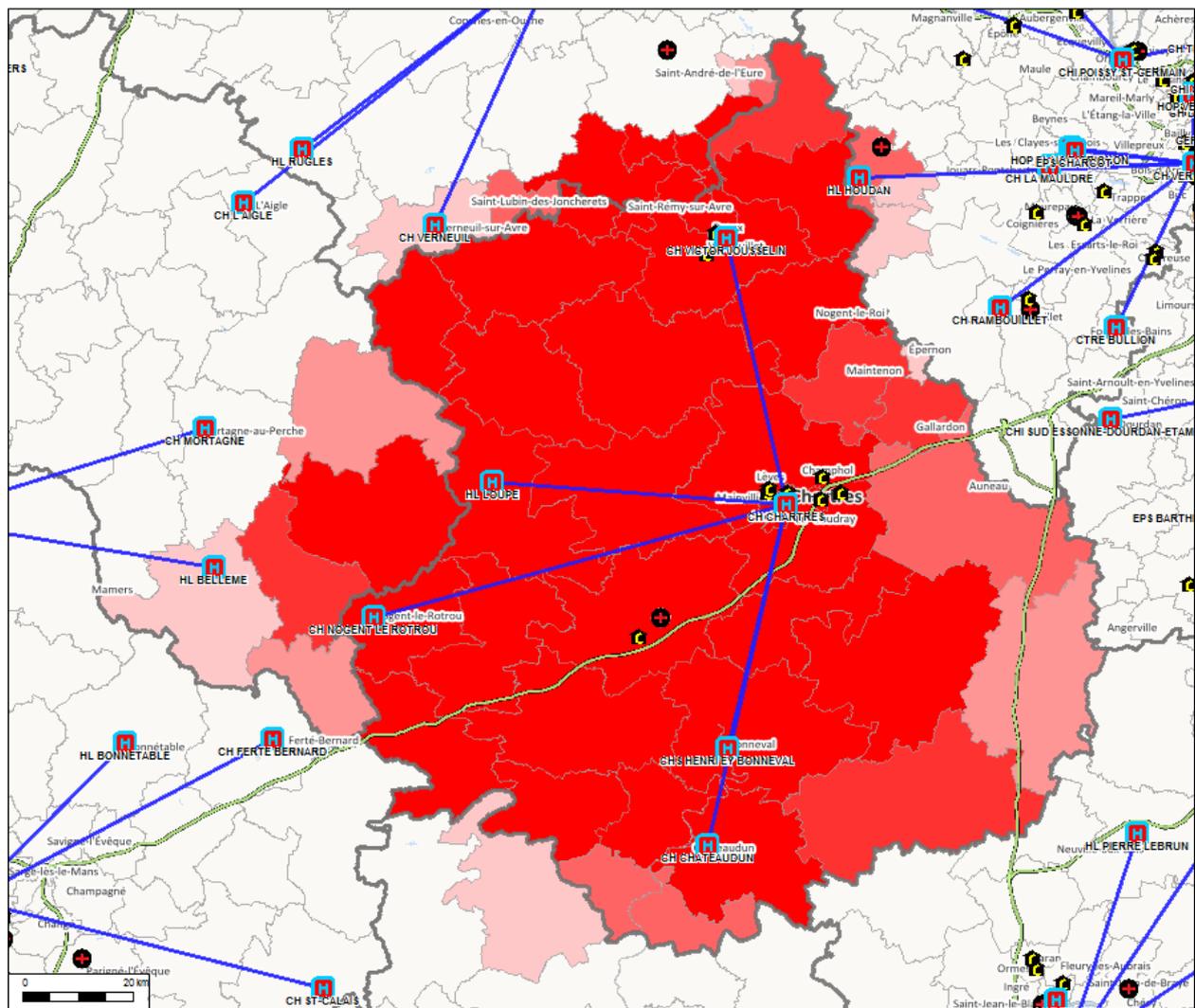
Il est intéressant de constater que notre territoire attire des patients venant de départements limitrophes (origine des principales attractivités en rouge dans le tableau ci-dessous). Ceci étant, cette attractivité ne suffit pas à compenser la perte générée par les fuites intra et extra régionale.

Sources : base PMSI MCO
2016 (Atih) - FHF / BDHF

		Séjours >24h.	Séjours <24h.
Chirurgie	Dest. des principales fuites intra-rég.	840 : Loiret	811 : Loiret
	Origine des principales attrac intra-rég.	60 : Loir-et-Cher	90 : Loir-et-Cher
	Dest. des principales fuites extra-rég.	5288 : IdF	4222 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	871 : Norm	1160 : Norm
		Séjours >24h.	Séjours <24h.
Médecine	Dest. des principales fuites intra-rég.	899 : Loiret	1846 : Loiret
	Origine des principales attrac intra-rég.	231 : Loir-et-Cher	174 : Loir-et-Cher
	Dest. des principales fuites extra-rég.	6747 : IdF	14208 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	3435 : Norm	4583 : Norm
		Séjours >24h.	Séjours <24h.
Obstétrique	Dest. des principales fuites intra-rég.	93 : Loiret	15 : Loir-et-Cher
	Origine des principales attrac intra-rég.	30 : Loiret	9 : Loiret
	Dest. des principales fuites extra-rég.	794 : IdF	179 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	414 : Norm	155 : Norm

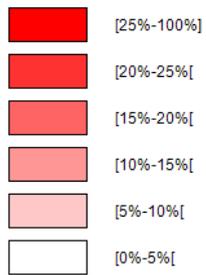


Part de marché du GHT (zone élargie)

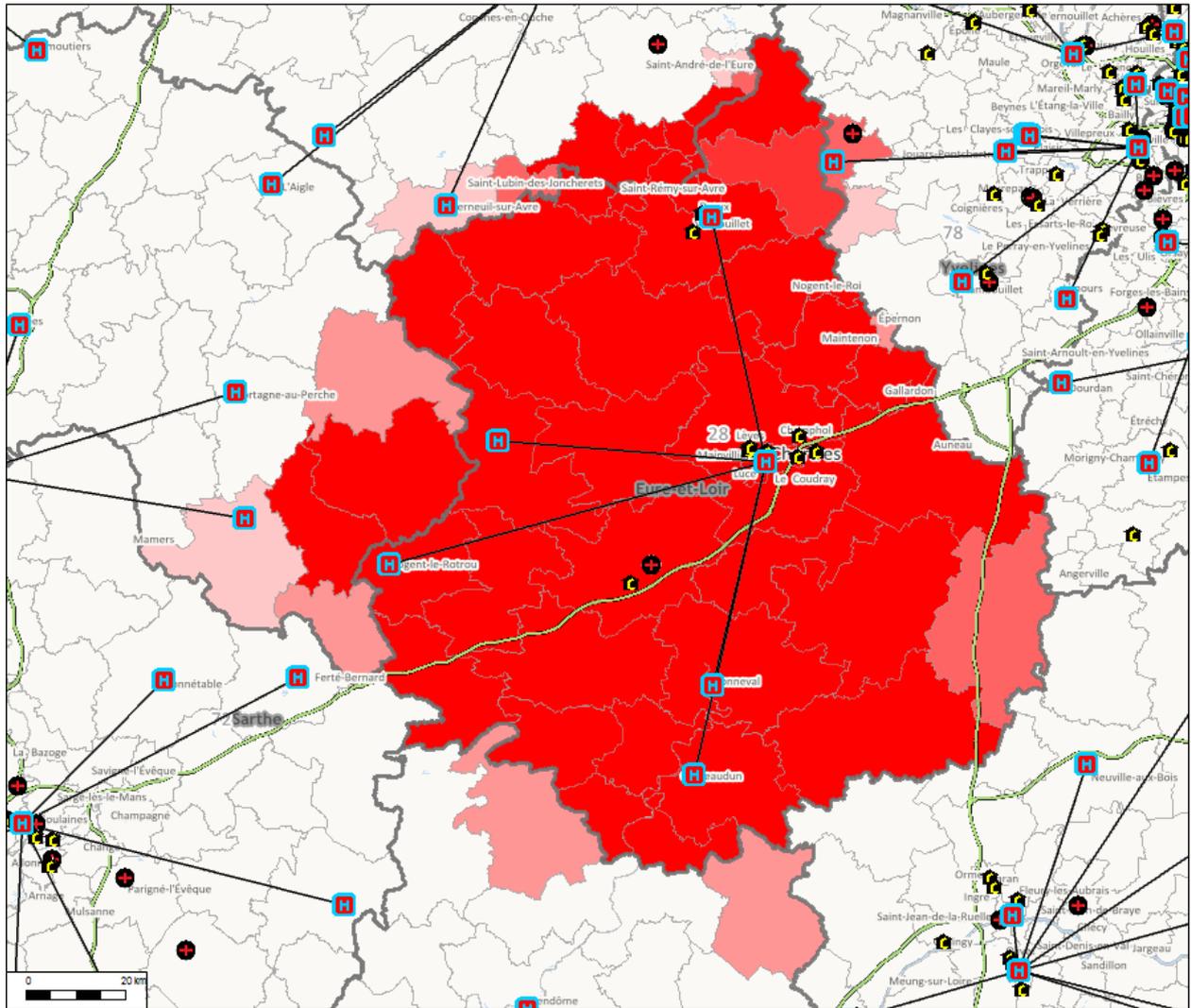


PMSI 2016 - Atih, BDHF-FHF

Part de marché du GHT

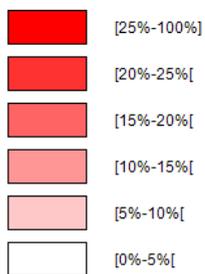


La carte du territoire ci-dessus nous permet de constater l'attractivité de l'offre de soins du GHT sur les territoires limitrophes sur la partie chirurgicale. Attractivité qui est plutôt faible sur le Loir-et-Cher et les Yvelines, mais plutôt bonne sur la Sarthe et l'Eure.

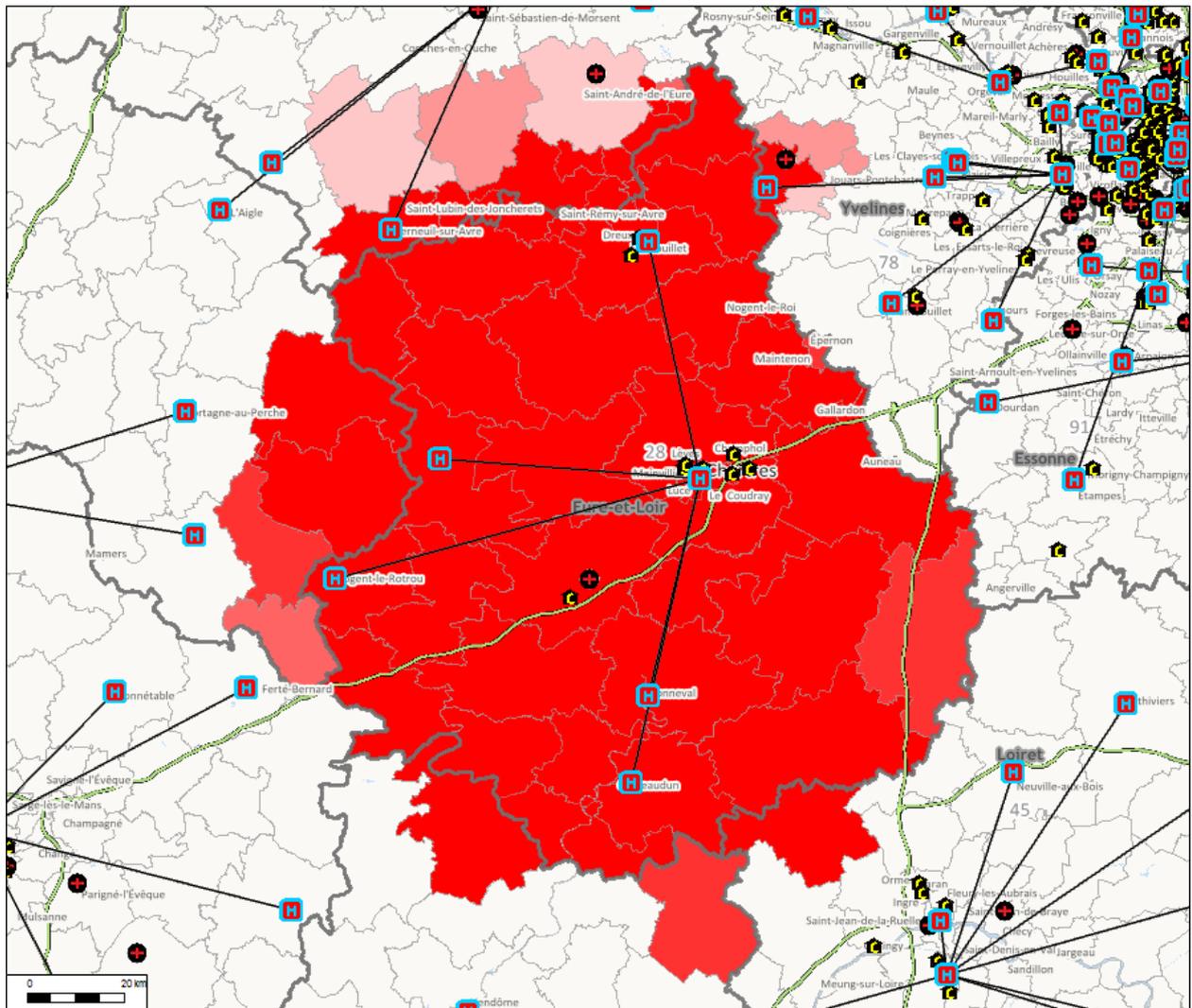


PMSI 2016 - Atih, BDHF-FHF

Part de marché du GHT



Sur la partie médecine, l'offre de soins du GHT attire principalement des patients venant de la Sarthe et de l'Eure.



PMSI 2016 - Atih, BDHF-FHF

Part de marché du GHT



Sur la partie Obstétricale, nous constatons une attractivité plus forte que sur les autres spécialités énoncées ci-dessus où l'offre Eurélienne attire sur le Loiret, l'Indre-et-Loire, la Sarthe et l'Eure.

Ci-dessous, une présentation des taux de fuites de manière plus approfondie, au travers de laquelle, nous pouvons constater des taux de fuites importants sur les spécialités chirurgicales pour lesquelles le territoire ne bénéficie pas d'offre publique (système nerveux, ophtalmologie, traumatismes multiples, brûlures).

A contrario, un taux de fuite important est à déplorer sur des spécialités pour lesquelles une offre publique existe sur le territoire (orthopédie, ORL, stomatologie, gynécologie-sein).

Domaine d'activité	Consommation des patients de l'Eure et Loir dans leur territoire	Consommation totale des patients de l'Eure et Loir	Taux de fuite	Fuite en nb de séjours
Digestif	16 247	21 565	24,66%	5 318
Orthopédie traumatologie	5 448	9 874	44,82%	4 426
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	3 582	6 122	41,49%	2 540
Ophthalmologie	3 480	5 747	39,45%	2 267
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	7 988	10 252	22,08%	2 264
Uro-néphrologie et génital	6 207	8 118	23,54%	1 911
ORL, Stomatologie	2 437	4 317	43,55%	1 880
Pneumologie	5 343	6 785	21,25%	1 442
Obstétrique	6 596	7 986	17,41%	1 390
Tissu cutané et tissu sous-cutané	1 416	2 533	44,10%	1 117
Gynécologie - sein	2 123	3 237	34,41%	1 114
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	2 147	3 258	34,10%	1 111
Nouveau-nés et période périnatale	4 406	5 371	17,97%	965
Rhumatologie	1 794	2 634	31,89%	840
Endocrinologie	1 887	2 709	30,34%	822
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	732	1 551	52,80%	819
Hématologie	1 481	2 251	34,21%	770
Maladies infectieuses (dont VIH)	534	719	25,73%	185
Traumatismes multiples ou complexes graves	36	79	54,43%	43
Brûlures	6	36	83,33%	30
Total	73 890	105 144	30%	31 254

II - Elaboration du projet médical et de soins partagé

II-1. Méthodologie :

Avant même la publication de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et précisément lors de la phase de navette parlementaire, les établissements publics de santé d'Eure et Loir (Chartres, Dreux, Henri EY , Châteaudun, Nogent le Rotrou et La Loupe) ont mis en place un Comité stratégique préfigurateur en vue de la détermination d'une stratégie commune permettant la mise en œuvre du Groupement Hospitalier de Territoire d'Eure et Loir autour d'un socle commun : son projet médical partagé.

Ce Comité stratégique préfigurateur s'est réuni lors de dix séances réparties entre le 15 mai 2015 et le 03 novembre 2016, composé des représentants suivants des établissements membres du GHT :

- les directeurs d'établissements,
- les présidents des Commissions médicales d'établissements,
- les directeurs des soins.

C'est dans ce cadre que les vingt-six filières de soins du projet médical partagé ont été identifiées et que des médecins pilotes ont été désignés.

Le 06 janvier 2016, la réunion commune des Commissions médicales d'établissements lance officiellement le processus d'élaboration du Projet médical partagé du GHT d'Eure et Loir, en exposant aux représentants médicaux des établissements la méthodologie et le calendrier de la réflexion commune.

Le 7 novembre 2016, le Collège médical du GHT est mis en place et examine le pré-projet médical partagé qui sera présenté dans les autres instances du groupement et soumis à l'avis des instances internes des établissements, avant validation en Comité stratégique du 16 décembre 2016 et transmission à l'ARS Centre Val de Loire au plus tard le 1er janvier 2017.

De manière concomitante, les axes du Projet de Soins Partagé (PSP) validés lors du comité stratégique du 1er juillet 2016 ont été développés de janvier à juin 2017 par 90 professionnels paramédicaux exerçant au sein des six établissements parti du GHT. Le PSP a été validé le 12 juin 2017 par la CSRIMT du GHT et présenté au comité stratégique du 11 octobre 2017.

Compte tenu des différentes problématiques de gouvernance qui ont émaillé le début de l'année 2017, sur une partie des établissements du GHT, les travaux de rédaction du Projet Médical partagé furent stoppés.

Le 6 juillet 2017, le Comité Stratégique s'est réuni et a relancé les travaux par vagues de filières successives, tout en définissant une méthodologie à suivre ainsi que des échéances à respecter.

La première vague, dont les pilotes de filières ont été sollicités par un courrier du Président du Comité Stratégique en date du 13 juillet 2017, devaient rendre leurs travaux pour le 30 septembre 2017, afin que ceux-ci puissent être débattus au sein des instances des différents établissements et validés en dernière lecture par le Comité Stratégique.

Les filières de la première vague sont :

- Cardiologie,
- Gynécologie-obstétrique,
- Dermatologie,
- Ostéo-articulaire,
- Urgences,

Ainsi qu'un volet qualité.

Les pilotes de la seconde vague, ont, quant à eux, été sollicités par un courrier du Président du Comité Stratégique en date du 06 septembre 2017, avec pour objectif un retour des travaux pour le 30 novembre. Les filières sont :

- Gériatrie,
- Santé Mentale,
- Anesthésie,
- Néphrologie,
- Neurologie,
- Chirurgie vasculaire,
- Chirurgie orthopédique,
- Chirurgie Viscérale,
- Chirurgie Urologique,
- ORL-Tête-Cou

Le Comité Stratégique a donc retenu, en sa séance du 6 juillet, la méthodologie de rédaction du Projet Médical Partagé préconisée par l'ANAP, tout en y intégrant la dimension paramédicale selon les axes suivants :

- Description du contexte (ressources médicales, organisation, activité, fuites, analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population),
- Evolutions prévisibles (concurrence, population, équipements),
- Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge,
- Structuration projetée (gradation de l'offre, organisation du recours),
- Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines,
- Articulation du projet de soins partagé avec le projet médical partagé,

L'articulation du PSP avec le PMP est liée aux échanges entre l'encadrement médical et paramédical lors de la rédaction des projets de filière. L'articulation type ci-contre validée lors du comité stratégique du 11 octobre 2017 est adaptée à toutes les filières et permet de décliner les objectifs fixés. Ainsi les fiches projet n'intégreront que les strictes spécificités d'articulation PSP/PMP liées aux filières.

ARTICULATION TYPE DU PROJET DE SOINS PARTAGE AU REGARD DU PROJET MEDICAL PARTAGE

- ***Développer une politique de management et d'organisation de la coordination des soins et animer la conduite du changement jusqu'au changement de conduite***
 - **Objectif** : Favoriser et développer les temps de rencontre et créer du lien entre les cadres exerçant au sein de la filière et les structures d'aval (SSR, HAD.....) :

- ⇒ Personnaliser les relations entre les cadres afin de faciliter celles-ci (accueil et visite systématique des différents sites, à l'arrivée d'un nouveau cadre)
- ⇒ Organiser au moins deux fois par an une réunion de l'ensemble des cadres de la filière du territoire et des structures d'aval afin d'évaluer et d'améliorer les fonctionnements respectifs.
- Objectif : Identifier les ressources et partager des retours d'expérience :
 - ⇒ Partager les protocoles de préparation et de surveillance pour les différents actes pratiqués dans la filière
 - ⇒ Partager les formulaires de consentements éclairés pour chaque acte
 - ⇒ Effectuer des retours d'expérience sur les organisations mises en œuvre et sur les plateaux d'explorations
- Objectif : Accompagner le développement et l'évolution de l'activité médicale au sein du GHT :
 - ⇒ Rendre visible la disponibilité en lits de la filière de tous les établissements
 - ⇒ Développer une politique de gestion de lits de la filière sur le territoire afin de fluidifier les flux, en favorisant les sorties avant midi.
- Objectif : Contribuer à l'efficacité de la durée d'hospitalisation :
 - ⇒ Promouvoir la démarche d'alternative à l'hospitalisation (HAD, PRADO ...)
 - ⇒ Maintenir, voire développer les liens avec les SSR
 - ⇒ Partager les programmes d'Education Thérapeutique existant au sein de la filière
- Objectif : Organiser les prises en charge des patients avec la notion de filière :
 - ⇒ Déterminer un parcours patient, au sein du département et au regard des demandes médicales, en fonction des pathologies et des actes réalisés, afin d'optimiser le flux des patients et de permettre à chaque établissement d'assurer ses missions sur le territoire.
- **Développer une politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des professionnels rattachés aux coordinations des soins**
 - Objectif : Identifier et créer des parcours apprenant pour les différents professionnels au sein du GHT et de filière de soins :
 - ⇒ Formaliser un parcours d'intégration des nouveaux arrivants, qui dépasse les frontières de l'établissement mais qui permettent aux IDE des services de la filière, d'avoir des connaissances similaires :

- **Objectif** : Partager les besoins en recrutement entre les établissements :

- ⇒ Faire connaître les postes vacants IDE, AS ..., disponibles, au sein de chaque DDS afin que si le projet professionnel d'une IDE, AS ... s'oriente vers la filière, ceux-ci puissent lui être proposés sur un des établissements du département.

- **Garantir l'éthique, la cohérence et l'efficacité pour les prises en soins**

- **Objectif** : Faire évoluer les pratiques en intégrant le repère éthique :

- ⇒ Garantir la formation d'un référent éthique identifié pour la filière

- ⇒ Contribuer à la structuration de l'espace éthique du GHT

- ⇒ Permettre le déclenchement d'une réflexion éthique, à partir des outils déployés, au sein du GHT, lors des prises en charge complexes susceptibles d'engendrer des décisions thérapeutiques potentiellement divergentes.

- **Développer et promouvoir la qualité de vie au travail**

- **Objectif** : Prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs :

- ⇒ Compte tenu des rythmes de travail, étudier et évaluer, en collaboration étroite avec les personnels, le cycle jour/nuit, le plus adapté aux conditions d'exercice des professionnels

- ⇒ Contrôler la mise en œuvre des mesures de radioprotection et assurer la formation des professionnels des agents exposés travaillant au sein de la filière

- **Objectif** : Veiller à l'adaptation des mesures de protection pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes :

- ⇒ Décliner une politique de remplacement par établissement, intégrant l'expertise nécessaire à la prise en charge des patients au sein de la filière

- ⇒ Gérer au mieux le temps de travail des professionnels formés à la prise en charge de l'urgence au sein de la filière.

- **Objectif** : Protéger et accompagner les professionnels face aux risques générés par les urgences vitales :

- ⇒ Mettre en place des formations à thème, en utilisant la simulation

- ⇒ Organiser le rangement, le bon fonctionnement et la vérification des matériels utilisés (check- list...)

- ⇒ Actualiser et s'appropriier les procédures d'urgence vitale au sein de la filière.

➤ **Développer la culture de la gestion des risques à priori pour conforter la sécurité de l'offre de soins et des pratiques professionnelles**

- Objectif : Maintenir la dynamique de déclaration des évènements indésirables :

- ⇒ Favoriser le partage de déclaration d'évènements indésirables entre établissements, quand celui-ci survient lors des transferts de patients
- ⇒ Réaliser une cartographie des risques à priori du parcours de soins d'un patient au sein de la filière.

- Objectif : Développer la culture de déclaration des presque-accidents :

- ⇒ Partager ces déclarations, lors des rencontres semestrielles, lorsqu'elles sont en lien avec la filière afin de s'enrichir de l'expérience des autres.

- Objectif : Développer les connaissances et compétences des PNM au regard des techniques, pratiques, novations médicales :

- ⇒ Accueil IDE du département sur le plateau interventionnel de la filière lorsque celle-ci en possède un ou plusieurs, afin de les former, au regard d'objectifs et de modalités formalisés, aux actes interventionnels pour qu'ils puissent assurer avec efficacité l'information pré et la surveillance post-interventionnelle
- ⇒ Associer les cadres exerçant au sein de la filière, au développement de l'ambulatoire afin d'harmoniser les pratiques de préparation, de surveillance et d'optimiser le flux patients

➤ **Promouvoir l'optimisation des compétences des professionnels et le développement des pratiques soignantes avancées**

- Objectif : Formaliser une démarche qui permette la communication, le partage d'expérience pour faire vivre les compétences, les développer, les partager :

- ⇒ Recenser les compétences spécifiques existantes en lien avec les spécialités de la filière

- Objectif : élaborer une démarche de formation commune en lien avec la spécialité :

- ⇒ En particulier centrée sur l'actualisation des connaissances

➤ **Développer la qualité des écrits professionnels, les transmissions orales et l'usage des logiciels support DPI**

- Objectif : Adapter l'offre de soins aux besoins du patient, au sein de la filière, en favorisant la transmission d'informations orales précises, concises et pertinentes lors de l'annonce des patients :

- ⇒ Déterminer et formaliser, ensemble, les éléments indispensables à transmettre lors d'une demande de prise en charge (état civil, motif d'hospitalisation, statut infectieux, nécessité de chambre seule.....).
- **Objectif** : Assurer la continuité, au sein de la filière, en favorisant la transmission d'informations ciblées lors des transferts de patients :
 - ⇒ Déterminer les éléments invariants à retrouver sur une feuille de liaison commune pour la filière
 - ⇒ Solliciter la création d'un support numérique sécurisé de transmissions d'informations inter-établissement, dans l'attente d'un dossier partagé
 - ⇒ Mettre en place une organisation, qui garantisse la transmission des données médicales et paramédicales, indispensables à la continuité des soins, lors du retour des patients, dans leur établissement d'origine.
- **Promouvoir une dynamique de recherche pragmatique, innovante et ambitieuse.**
 - Objectif: Fédérer les acteurs dans une dynamique collaborative au bénéfice d'une démarche de recherche :
 - ⇒ Valoriser et promouvoir la plus-value apportée par le personnel paramédical engagé dans la recherche clinique
 - ⇒ Partager au sein du GHT les études en cours, auprès des professionnels, afin que ces derniers soient à l'initiative de propositions d'inclusions de patients.
 - Suivi, évaluation et actualisation.

Une attention particulière a été portée à l'organisation de l'amont et de l'aval de la prise en charge ainsi qu'à la structuration de la permanence des soins sur le territoire.

II-2. Les Valeurs portées par le GHT d'Eure-et-Loir

Les établissements membres du GHT d'Eure et Loir attachent une attention particulière à l'application de ces valeurs par les professionnels et à les accompagner dans cette acculturation de GHT.

Les professionnels du GHT d'Eure et loir s'engagent à respecter les valeurs et les règles de conduites établies en son sein et en particulier :

- L'égalité d'accès à des soins de qualité,
- La continuité et la sécurité des soins, principes fondamentaux du service public,
- La neutralité bienveillante,
- Le principe d'adaptation constante au regard des besoins de santé des usagers du territoire d'Eure et Loir,
- La promotion et l'efficacité de la recherche en soins,
- La prise en compte de la dimension éthique dans la prise en charge médico-soignante

Ainsi le PMSP place les patients/résidents et leur famille au cœur du projet et inscrit les soignants médicaux et non médicaux, dans le cadre du respect des principes éthiques, dans une dynamique de recherche d'efficacité, de partenariat et de lien privilégié avec la prise en charge médico-sociale et le sens donné aux soins.

La conception de la santé et de la maladie dépend de notre propre individualité. Chaque acte professionnel est réalisé par un individu en lien avec ses propres convictions et représentations. La santé et la maladie sont des dimensions de la vie de l'homme. Il convient donc de prendre en compte la maladie et/ou le handicap comme une entité qu'il faut comprendre et la considérer comme intégrée à la vie globale de la personne.

II-3. Rappel des objectifs du PMP et du PSP en réponse à une offre de soins graduée et adaptée aux besoins des patients/résidents

II-3.1 Objectifs du PMP

Comme le précise la Convention constitutive du GHT d'Eure et Loir, signée le 1er juillet 2016 modifiée par avenant du 31 décembre 2016, le projet médical partagé du groupement s'attache à renforcer et coordonner les actions de prévention, de suivi, d'enseignement et de recherche en répondant notamment aux objectifs suivants :

Organiser une offre graduée sur le territoire Eure et Loir en garantissant une offre de qualité et de sécurité des soins selon trois niveaux de prise en charge : de proximité, de référence, et de recours.

Cette offre graduée est organisée en filières de prise en charge particulièrement identifiables et lisibles pour les patients et les représentants de la médecine de ville dans le cadre de chaque spécialité.

Ces filières reposent sur :

- La définition d'une gradation des soins entre les différents sites de prise en charge ;
- L'organisation de parcours de soins sécurisés pour l'ensemble des filières ;
- L'accès de proximité aux différentes spécialités.

Elles s'appuieront sur une offre de soins renforcée, au travers notamment :

- une cartographie « dynamique » amenée à évoluer pendant la durée du projet médical partagé, avec des expertises présentes au sein des différents établissements parties au groupement,
- l'ambition de construire de nouvelles offres de soins bénéficiant des nouvelles techniques de soins ou d'exploration (chirurgie robotique, radiologie interventionnelle, ...) afin de mieux répondre aux besoins de santé des patients,
- le développement de l'accès programmé aux soins,
- l'harmonisation des pratiques en vue de parvenir à une certification commune à compter du 1^{er} janvier 2020,
- le développement de la chirurgie ambulatoire,
- le développement de la télémédecine en lien avec le projet médical de chaque filière du projet médical partagé.

Organiser la répartition des ressources médicales :

Les ressources médicales seront organisées en lien avec les projets médicaux des filières du GHT et l'organisation des plateaux techniques.

Les filières seront structurées au regard de leur projet médical de filière en équipes territoriales dans le cadre, le cas échéant, de pôle inter-établissements, sous la coordination directe du responsable de la filière (chef de pôle, etc.), qui devra s'impliquer dans les politiques de recrutement médical en garantissant le maintien et le développement de l'attractivité des carrières professionnelles médicales dans un cadre réglementaire.

L'organisation en filières proposant une offre de soins graduée et renforcée, doit contribuer en effet à créer les conditions d'une meilleure attractivité pour les jeunes générations de médecins et de soignants :

- en organisant la communication entre professionnels de la même discipline et entre disciplines,
- en développant des organisations apprenantes au sein des équipes territoriales,
- en recherchant l'homogénéité des pratiques professionnelles et des approches en termes de qualité, au niveau des meilleurs standards,
- en développant la recherche clinique (en lien et en partenariat le cas échéant avec le CHU de la Région Centre Val de Loire et d'autres structures universitaires ou institutions de recherche selon les projets de recherche),
- en définissant une gestion prévisionnelle des métiers sensibles,
- en s'engageant à assurer la continuité des soins et la permanence des soins dans tous les établissements parties du GHT, par filière, ou à défaut, par la recherche anticipée de solutions dégradées.

Identifier et organiser les parcours des soins dans le cadre des filières de prise en charge sur le territoire de l'Eure et Loir:

Chaque filière rassemblant les professionnels de chaque établissement définit son projet médical de filière tout en garantissant les complémentarités, la lisibilité et les interactions qui existent entre elles. Dans ce cadre, **vingt-six filières** ont été identifiées :

- Anesthésie,
- Biologie et anatomopathologie,
- Cardiologie,
- Chirurgie : vasculaire, urologique, viscérale et orthopédique,
- Dermatologie,
- Education thérapeutique,
- Endocrinologie-diabétologie,
- Gastro-entérologie,
- Gériatrie (court séjour, HDJ) et soins de suite et de réadaptation,
- Gynécologie obstétrique sénologie orthogénie,
- Imagerie médicale,
- Infectiologie, antibiothérapie,
- Médecine Intensive et Réanimation,
- Médecine Physique et de Réadaptation,
- Médecine polyvalente,
- Néphrologie, insuffisance rénale chronique,
- Neurologie,
- Oncologie,

- ORL, Tête et cou, Ophtalmologie,
- Pédiatrie (dont oncologie pédiatrique),
- PMA,
- Pneumologie (association de la chirurgie thoracique),
- Rhumatologie et médecine interne,
- Soins palliatifs.

Et :

- une filière psychiatrie qui définit son projet psychiatrique de territoire en relation avec les autres filières concernées.

Cette filière comprend notamment la psychiatrie addictologie, la psychiatrie adulte et infanto-juvénile, la géro-psi-chiatrie, l'autisme, la psychiatrie de liaison, les urgences psychiatriques, l'addictologie de liaison, l'équipe mobile psychiatrie précarité, la prise en charge des détenus, la prise en charge des troubles alimentaires ;

- une filière structurée de prise en charge des urgences en interrelations avec les autres filières (urgences psychiatriques, équipe mobile de gérontologie, équipe mobile de soins palliatifs), qui s'appuie sur un réseau formalisé par une convention définissant des objectifs communs et organisant la prise en charge coordonnée de l'urgence sur le territoire entre les établissements de Chartres, Châteaudun, Dreux et Nogent le Rotrou.

- Cette filière tend à poursuivre le déploiement d'un maillage territorial déjà existant entre Dreux et Chartres grâce à un SAMU 28 basé au Centre Hospitalier de Dreux, en le développant à l'échelle de tous les établissements parties du GHT.

Conforter et développer la coopération ville-hôpital : partant du constat d'une démographie médicale fragile (en particulier autour des CH de Dreux, de Châteaudun, de Nogent le Rotrou, de La Loupe et le Centre Hospitalier Henri Ey), l'objectif est double. Il s'agit en effet de :

- conforter et développer les liens avec les professionnels libéraux pour le suivi des patients en s'organisant pour donner à la médecine libérale un accès plus lisible et plus simple à l'offre hospitalière publique de prise en charge.
- favoriser les liens ville-hôpital à travers la participation des professionnels libéraux à la prise en charge des patients hospitalisés en parallèle de leur activité sur des temps partagés. Concernant notamment l'Hôpital de proximité de La Loupe, l'objectif est de :
 - renforcer la participation historique des praticiens libéraux, en réfléchissant sur l'attractivité des rémunérations des nouvelles fonctions institutionnelles demandées aux médecins libéraux intervenant sur l'établissement,
 - et développer l'intervention numérique à distance de ces mêmes praticiens grâce aux liaisons VPN (Réseau Privé Virtuel) qui permettent de sécuriser les échanges d'informations entre l'hôpital et le cabinet de ville en ce qui concerne notamment la consultation des dossiers médicaux et la transmission de prescriptions hospitalières.

Développer la coopération : l'objectif est d'améliorer l'articulation des prises en charges médicales, médico-sociales et sociales et favoriser la fluidité des parcours des patients :

- liens avec le **secteur médico-social**, notamment dans le cadre de :
 - la filière gériatrique en favorisant la réduction des délais de prise en charge (notamment en lien avec les 17 EHPAD du département d'Eure et Loir) ;
 - la filière psychiatrique, avec les foyers, institutions et autres structures spécialisées.
 - les SSIAD, en développant les liens avec ces structures.

- liens avec les **structures d'aval** pour optimiser le parcours de soins du patient en diminuant notamment les durées d'hospitalisation. Dans cette perspective :
 - une réflexion est menée quant au développement des liens avec l'HAD dans le prolongement des objectifs nationaux déjà définis (ex : programme PRADO) ;
 - un travail sur le développement des liens avec les SSR est engagé notamment pour les prises en charge neurologiques, oncologiques, rhumatologiques, gériatriques, cardiologiques ;
 - une réflexion commune sera également menée concernant l'optimisation des transports sanitaires.

- liens existants et à développer avec les établissements de recours régional de référence en région Centre Val de Loire :
 - le CHU de Tours et le CHR d'Orléans dans le cadre de prises en charge spécialisées.

- liens à maintenir en tant que de besoin avec les structures hospitalières régionales et extra territoriales au regard des besoins de santé réels d'un bassin de vie dont le périmètre ne se limite pas toujours strictement aux frontières géographiques.

Organiser les missions de recherche, d'enseignement et de gestion de la démographie médicale en lien avec le CHU de la région Centre Val de Loire et les Centres Universitaires et de recherche référents, autour de trois principaux axes :

- Organiser en lien avec le CHU de la région Centre Val de Loire, la gestion de l'enseignement et de la formation initiale :
 - Organiser l'accueil des internes dans le cadre de la réforme de l'internat (troisième cycle des études de médecine) au sein du GHT ;
 - Développer des projets pédagogiques au sein de chaque filière en vue de maintenir les internes au sein des établissements constitutifs du GHT durant des périodes longues ;
 - Lancer une réflexion sur le partage des agréments et sur les programmes de formation spécifique communs au sein du GHT.

- Organiser la gestion coordonnée des ressources médicales par la mise en place d'une politique coordonnée de recrutement médical (état des lieux, équipes de territoire, postes partagés, règles d'attractivité concertées, harmonisation si besoin des rémunérations, formations, répartition des internes...).

- Développer la recherche en lien avec les objectifs des filières du projet médical partagé et en favorisant la recherche clinique et académique au sein des établissements du GHT, à partir des collaborations établies ou à établir avec :
 - le CHU de Tours,
 - les autres centres de recherche universitaires référencés (autres CHU, AP-HP)
 - les partenaires privés (Fondations, Laboratoires, etc.).

Développer les actions de prévention, d'éducation pour la santé et de prise en compte des maladies chroniques, notamment au travers de différentes actions concourant à :

- la promotion de la santé de l'ensemble de la population,
- la prévention de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage,
- la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique,
- le dépistage des troubles psychiatriques majeurs.

Développer les actions de prise de compte des personnes souffrant de handicap afin de favoriser leur accueil au sein des établissements publics de santé parties du GHT :

- étendre et organiser l'accueil des personnes souffrant de handicap dans les services de consultations : Il s'agit d'étendre l'offre en consultations spécialisées en complément de celle qui existe déjà et en adéquation avec les besoins prioritaires de la population concernée,
- organiser un accueil spécifique des patients souffrant de handicap en particulier au Service d'Accueil des Urgences en application de la Charte Romain Jacob.

II-3.2. Objectifs du PSP

Le PSP s'inscrit pleinement dans la volonté de décloisonner les établissements, de partager les savoirs et les savoirs faire avec le souci permanent du sens de l'action, de la définition de valeurs communes, du partage des idées, des contradictions, des innovations et de la volonté de communiquer et d'expliquer tout en permettant des ajustements. Il souligne également l'importance de la dynamique managériale, de l'accompagnement du développement des compétences, de la qualité de vie au travail et de la conduite du changement.

Le PSP a pour vocation d'être coordonné et articulé avec le PMP pour aboutir à un Projet Médical et de Soins Partagé homogène et particulièrement identifiable. Celui-ci doit permettre de contribuer à une optimisation de la qualité des soins, à la gradation de l'offre de soins au service de l'organisation de la prise en charge des patients/résidents autour des soins de proximité, du renforcement de la prévention et du développement de l'innovation. Le PSP est également coordonné avec le Projet Pédagogique Partagé (PPP) du GHT.

La politique de soins développée dans le PSP se définit comme l'élaboration des orientations stratégiques et des objectifs prioritaires à mettre en œuvre dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques. Elle vise, notamment, à offrir une réponse adaptée et individualisée aux attentes des patients et tient compte des ressources disponibles en termes de structure, de personnel et d'équipement. En lien avec les conceptions développées dans les programmes d'enseignement dispensés dans les instituts de formation, la politique de soin s'inscrit dans la politique du GHT et est en cohérence avec les orientations stratégiques du Projet Médical Partagé (PMP), l'ensemble devant aboutir à un projet médical et de soins partagés (PMSP).

La politique de soins est conduite avec l'ensemble des acteurs paramédicaux et en partenariat avec les autres professionnels de santé au niveau du territoire de santé, au niveau régional voire national. Elle recouvre les domaines du management, de l'organisation et de la qualité des soins non médicaux, la gestion des compétences paramédicales et l'évolution des métiers, la recherche et l'innovation dans le champ des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

La politique de soins du Projet de Soins Partagé s'appuie à la fois sur une philosophie de soins et sur des valeurs fondamentales précédemment détaillées qui sous entendent les pratiques professionnelles.

Le PSP est un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de management, de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche. Nous conviendrons dans ce document de préciser que le projet de soins est avant tout un projet de management et d'organisation des soins en lien très précis d'une part avec les évolutions professionnelles, les données sociodémographiques et d'autre part, avec les projets stratégiques du GHT, avec le PMP et les orientations des différents établissements partie du GHT.

En effet, ce projet a une vision particulièrement transversale et précise le sens de l'action en intégrant les évolutions des précédents projets de soins des établissements partie du GHT et en définissant les objectifs à venir.

Le projet de soins partagé doit tenir compte des orientations du PMP, du projet médico-social et du projet social. Le PSP possède ses propres axes de développement tout en contribuant à la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical. Ces dernières vont permettre une adéquation et une opérationnalisation des orientations du PSP, tant pour la dynamique d'optimisation de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire de santé et ses conséquences, que pour la réponse à la problématique de l'accès aux soins. Par ailleurs, il convient d'offrir une palette diversifiée de solutions apportant, outre les soins nécessaires, des réponses adaptées et graduées aux besoins des personnes concernées.

Nous recherchons l'articulation la plus efficace possible entre le respect des principes éthiques, la prévention, l'action curative et la dynamique de réinsertion. Nous souhaitons tout particulièrement renforcer la compétence des agents attachés aux directions des soins, car le savoir-faire individuel des agents doit être en permanence entretenu et valorisé.

L'impact de sa compétence, de la relation à l'autre et de son contexte sont donc essentiels ; ils contribuent à préciser le sens de l'action.

Le « prendre soins » au sein du GHT décliné dans PMSP s'appuie sur un héritage professionnel précieux où le collectif représente un potentiel, une force et une sécurité. Ce dernier doit sans cesse se préoccuper d'aménager une ambiance et un cadre propice au bon déroulement des soins et aux relations avec les patients, les familles et les partenaires.

Nous souhaitons marquer notre attachement au principe de la collaboration partenariale entre tous les acteurs du soin. Cette dynamique est basée sur l'implication et l'engagement professionnel, le respect des individualités et du collectif, l'écoute et la solidarité.

III – Les fiches du projet médical et de soins partagé

Le présent document, appelé « Projet médical et de soins partagé », réunit les fiches relatives aux orientations médicales par filière de soins identifiée et les fiches relatives aux orientations soignantes.

III-1. Les fiches du Projet médical partagé.

Fiches Projets – Première Vague

Les fiches projets de la première vague sont les suivantes :

- Cardiologie,
- Gynécologie-obstétrique,
- Dermatologie,
- Ostéo-articulaire,
- Urgences,
- Volet qualité.

Une première version du Projet médical et de soins partagé, qui intègre les six filières susmentionnées, a été adressée à l'ARS le 8 février 2018. Par arrêté n°2018-OS-0014 en date du 29 mars 2018, la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre Val-de-Loire a approuvé l'avenant n°2 à la Convention Constitutive du GHT et, par suite, la première version du PMSP qui constitue l'une de ses annexes.

Fiche Projet CARDIOLOGIE

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (septembre 2017):

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent le Rotrou	CH de Châteaudun	CH de La Loupe	CH Henri Ey
Ressources médicales	<p>9 PH temps plein 2 PH temps partiel 3 assistants 0,1 ETP angiologue 0,5 ETP cardiologues libéraux</p> <p>1 équipe de recherche avec 4 attachés de recherche clinique</p>	<p>4.8 PH temps plein 1PHTP contractuel 1 PH temps partiel à 60% (dont un poste partagé avec le CH de Chartres à hauteur de 0,4) 1 PH temps partiel à 50%</p> <p>0,1 ETP PH rythmologue partagé avec le CH de Chartres 0.1 contractuel</p>	<p>0.4 PH de Chartres (mis à disposition par chartres) 0,4 PH 0,1 ETP de cardiologue libéral</p>	<p>0,1 ETP de cardiologue libéral</p> <p>Une consultation avancée (3 jours/semaine) par cardiologues de Chartres</p>		
Organisation	<p><u>USIC</u> = 8 lits <u>USC</u> = 6 lits <u>Unité hospitalisation Insuffisance Cardiaque</u>= 5 lits (HS) <u>Cardiologie ambulatoire</u>=12 lits (HS) <u>Cardiologie</u>= 32 lits (HC)</p>	<p><u>USIC</u> = 7 lits <u>Cardiologie</u>= 20 lits (HC)</p>	<p><u>Médecine polyvalente</u>= 60lits (HC)</p>	<p><u>Médecine à orientation cardiologique</u>= 28 lits (HC)</p>		

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

Activité d'hospitalisation				
	2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète et de semaine</i>				
Journées hospitalisation	18 412	17 474	18 010	+3%
Nb RSS (Séjours)	4 743	4 825	4 864	+1%
Taux d'occupation	87,1%	82,7%	84,9%	+3%
Durée Moyen. de Séjour	3,07	2,89	2,97	+3%
IP DMS	0,92	0,87	0,95	+9%

Activité externe																	
Passages en Consultations																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consultations</td> <td>4 725</td> </tr> <tr> <td>dont public</td> <td>3 002</td> </tr> <tr> <td>dont privé</td> <td>1 723</td> </tr> <tr> <td>Actes CCAM</td> <td>16 455</td> </tr> <tr> <td>dont public</td> <td>12 604</td> </tr> <tr> <td>dont privé</td> <td>3 851</td> </tr> <tr> <td>Actes AMI</td> <td>227</td> </tr> </tbody> </table>		2016	Consultations	4 725	dont public	3 002	dont privé	1 723	Actes CCAM	16 455	dont public	12 604	dont privé	3 851	Actes AMI	227
	2016																
Consultations	4 725																
dont public	3 002																
dont privé	1 723																
Actes CCAM	16 455																
dont public	12 604																
dont privé	3 851																
Actes AMI	227																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Public</th> <th>Privé</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>12404</td> <td>3687</td> <td>16091</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>12568</td> <td>3754</td> <td>16322</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>13652</td> <td>4818</td> <td>18470</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Public	Privé	Total	2014	12404	3687	16091	2015	12568	3754	16322	2016	13652	4818	18470	
Année	Public	Privé	Total														
2014	12404	3687	16091														
2015	12568	3754	16322														
2016	13652	4818	18470														

- Centre Hospitalier de Dreux :

HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE				
	2014	2015	2016	≠ 2016/2015
Nb Journées d'hospitalisation	8225	7 738	5 737	-2001
Nb RUM (séjour cardio)	1352	1181	1075	-106
Taux d'occupation	92,39%	90,70%	87,10%	-3,60%
Durée moyenne de séjour	6,14	6,47	6,18	-0,29
IPDMS	1,15	1,20	1,17	-2,5%

Années	Activité publique	
	Nb de passages en UF de consultations	Nb de passages en UF d'explorations fonctionnelles
2014	3728	2907
2015	3642	3102
2016	3723	3928

- Centre Hospitalier de Châteaudun :

⇒ Hospitalisation complète

	2014	2015	2016
journee	9 084	9 570	8 584
rss	1 172	1 168	1 161
to	81,98%	88,02%	85,06%
dms	7,66	8,13	7,36
ipdms	0,97	1,08	1,11

⇒ Activité externe

2014	2015	2016
2 113	2 486	2 453

- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

Consultations Externes

	2014	2015	2016
Actes Consultations	517	698	897
actes CCAM	647	530	563
Total	1164	1228	1460

⇒ Fuites :

		Séjours >24h.	Séjours <24h.
D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Dest. des principales fuites intra-rég.	Loiret	75 : Loiret
		117 :	
	Origine des principales attrac intra-rég.	39 : Loir-et-Cher	16 : Loir-et-Cher
	Dest. des principales fuites extra-rég.	1083 : IdF	494 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	589 : Norm	111 : Norm

		Séjours >24h.	Séjours <24h.
D06- Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	Dest. des principales fuites intra-rég.	Loiret 104 :	7 : Indre-et-Loire
	Origine des principales attrac intra-rég.	16 : Loir-et-Cher	-
	Dest. des principales fuites extra-rég.	677 : IdF	201 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	79 : Norm	17 : Norm

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

- Saturation des lits et manque de structures d'aval,
- Difficultés de recrutement,
- Disparition de la cardiologie libérale sur les bassins Drouais, Chartrain et Nogentais,
- Taux de fuite hors département important,
- Manque de stratégie médicale commune au GHT,
- Recours à l'intérim engendrant une perte de la qualité médicale et par conséquent une fuite,

II. Evolution prévisible

⇒ Concurrence :

- Bon partenariat public/privé sur le territoire d'Eure et Loir,
- Concurrence du privé hors GHT 28 et de l'Île de France (taux de fuite de 21% pour la cardiologie et de 31% pour les cathétérismes vasculaires (diagnostiques et interventionnels).

⇒ Equipements :

- CH de Chartres :
 - ▲ Plateau technique interventionnelle complet,
 - ▲ Coroscanner,
 - ▲ IRM cardiaque,
 - ▲ Plateau technique non invasif complet avec 5 échographes, EE, holters, mapa, Echo stress,
- CH de Dreux :
 - ▲ Coroscanner, Echo stress, IRM cardiaque
 - ▲ Plateau technique non invasif complet avec 3 échographes neufs, EE, Holters, mapa, ETO, echo-vasculaire
- CH de Châteaudun :
 - ▲ Plateau technique non invasif complet avec Echo stress, un seul échographe
- CH de Nogent-le Rotrou :
 - ▲ 2 échocardiographes,
 - ▲ 4 holters, 2 MAPA
 - ▲ Plateau technique Echo, EE, holter, MAPA

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

⇒ *Maintenir et développer une offre de proximité et organisation d'une filière de soins graduées en lien avec le SAMU(protocoles communs régionaux SCA , réunion annuelle , FMC commune Samu/urgence/ cardiologues)* avec sécurisation du maillage et diminution des fuites extra départementales

▲ Maintien d'une USIC niveau 1 au CH de Dreux, et développement de USIC 2 de Chartres /USCC chartres voir création USCC à Dreux

▲ Développement des consultations avancées sur les sites des Centres Hospitalier de Châteaudun et de Nogent-le-Rotrou,

▲ Ouverture d'une vacation IRM cardiaque et echo stress au CH de Dreux,

▲ Développement de la consultation de rythmologie sur le CH de Dreux avec augmentation des vacations assurées par les PH Chartrains,

▲ Mise en place de vacations pour consultations avancées et plateau technique non invasif sur Châteaudun avec renfort d'une journée de PH,

▲ poursuivre le développement de la cardiologie interventionnelle notamment la rythmologie interventionnelle avec ablation de la fibrillation auriculaire et le vasculaire interventionnelle en lien avec la chirurgie vasculaire sur Chartres.

⇒ *Mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences :*

▲ Procédure de recrutement coordonnée,

▲ Mettre en place de postes partagés,

▲ Reconnaissance du caractère contraignant de l'exercice partagé.

⇒ *Optimiser la prise en charge de l'aval :*

▲ Réflexion à porter avec les partenaires privés de SSR (cliniques Gasville et Maison Blanche),

⇒ *Mise en place de l'Education Thérapeutique :*

▲ Création structure commune d'éducation thérapeutique (UTIC), avec pour objectif de diminuer les ré-hospitalisations des patients porteurs de maladies chroniques,

⇒ *Participer à la mise en œuvre de la commission de recherche clinique du GHT 28. Visio conférence hebdomadaire et PACS commun*

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre :*

- CH de Chartres : Organisation de la cardiologie autour d'un maintien et d'un développement de l'offre actuelle, mais aussi d'un développement de l'offre territoriale :

▲ Augmenter la capacité de l'USIC de 4 lits pour passer à 12 lits,

▲ Augmenter la capacité de l'USC de 6 lits pour passer à 12 lits,

▲ Développement offre sur Dreux, Châteaudun et Nogent le Rotrou,

▲ Développement de l'échographie vasculaire, et radiologie vasculaire interventionnelle avec filière diabète /néphro /angiologie /chirurgie

▲ Développement de l'ambulatoire pour des actes de Cardio interventionnelle /Rythmologie avec prestations inter établissement

Développement des Cs externes pour faire face à la pénurie libérale

▲ Développement de la recherche clinique en cardiologie (France PCI).
Développement des Cs externes sur Chartres pour faire face à la pénurie des libéraux

- CH de Dreux : Organisation de la cardiologie autour d'un maintien et d'un développement de l'offre actuelle :

▲ Maintien d'une USIC niveau 1 de 7 lits et de 20 lits d'hospitalisation complète,
▲ Renfort de la rythmologie, à hauteur de 2 vacations hebdomadaires, le mercredi,

▲ Développement de l'IRM cardiaque (6 patients par semaine),
Développement du coro scanner

▲ Ouverture d'une plage d'écho stress (6H/semaine),

▲ Développement de l'échographie vasculaire,

Création d'une Unité Thérapeutique d'Insuffisance Cardiaque en lien avec Prado
Développer la polygraphie du sommeil

- CH de Châteaudun: organisation de la cardiologie autour d'un socle de médecine polyvalente, au travers :

▲ D'une prise en charge en hospitalisation complète assurée par le poste partagé Chartrain (à recruter)

▲ D'une offre de consultations externes assurée par les PH Chartrains de 4 journées hebdomadaires et plateau technique écho/EE/Holter externe et hospitalisés.

Réflexion de partenariat avec les cardiologues dunois libéraux pour avis cardio hospitalisés

- CH de Nogent le Rotrou : organisation de la cardiologie autour d'un socle de médecine polyvalente, au travers d'une offre de consultations externes.

Réflexion à porter sur :

▲ Renfort d'un 0,2 ETP pour avis hospi par un cardiologue,

▲ Mise en place consultation de vasculaire pour activité angiologie,

⇒ *Organisation du recours:*

- Mise en place d'un réseau de soins gradués avec niveau USIC 1 à 2 et centres de niveau 3 parisiens, essentiellement, et Tours,
- Notion urgence immédiate (transfert immédiat du patient) et urgence différée à 48H pour accepter le patient à Chartres si nécessaire avec l'aide de la télémédecine /télé expertise /cardiologie connectée / protocoles régionaux
- USIC 1 à Dreux,
- USIC 2 à chartres,
- USIC 3 : Paris (IMM, Massy, HEGP, PITIE avec UMAC) et CHU de Tours,

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :

⇒ Recrutement d'un PH temps plein de rythmologue en novembre 2017,

⇒ Détachement de 0,1 ETP supplémentaire de PH vers le CH de Dreux,

⇒ Recrutement à prévoir d'un poste partagé, en 2018, pour le CH de Châteaudun,

⇒ Détachement de 0,2 ETP supplémentaire de PH vers le CH de Châteaudun,

- CH de Dreux :
 - ⇒ Départ à la retraite du chef de service d'ici à 2021,
 - ⇒ 0,1 ETP PH Chartrain en plus pour la rythmologie (0, 2 ETP au total),
 - ⇒ Réflexion sur des postes partagés entre le CH de Chartres et le CH de Dreux dans le futur.
- CH de Châteaudun:
 - ⇒ Poste de PH partagé avec CH Chartres,
 - ⇒ Augmentation du temps cardiologue sur place de 0,2 ETP, pour un passage à 4 journées/semaine,
- CH de Nogent le Rotrou :
 - ⇒ Départ en retraite angiologue,
 - ⇒ Augmentation du temps cardiologue sur place de 0,2 ETP fin 2018

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Evolution du taux de fuite,
- ⇒ Nombre de consultations avancées réalisées sur les sites de Châteaudun et Nogent le Rotrou,
- ⇒ Nombre de consultations en rythmologie réalisées sur le site Drouais,
- ⇒ Evolution de la DMS et de l'IP DMS des services de spécialité.

Fiche Projet

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

I. Description du contexte (septembre 2017)

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Châteaudun	CH de Nogent le Rotrou	CH de La loupe	CH Henri Ey
Ressources médicales	8 PH temps plein 1 PH temps partiel 2 assistants	<u>Effectif nominal</u> : 8 PH et 4 Internes <u>Effectif actuel</u> : 4.5 ETP Décembre 2017 : + 1 ETP : 5.5 ETP Mars 2018 : + 1 ETP : 6.5 ETP	2 PH temps plein 1 PH temps partiel	1 ETP PH (mis à disposition par le CH de Chartres)		
Organisation	⇒ 3 praticiens en charge de l'activité chirurgicale dont la chirurgie orthogénie ⇒ 2 praticiens en charge de la problématique de l'infertilité ⇒ 4 praticiens en charge de l'activité obstétricale, le diagnostic prénatal et la grossesse à haut risque ⇒ 1 praticien prend en charge l'activité du centre de périnatalité du CH de Nogent le Rotrou	⇒ 4 ½ praticiens participent à la prise en charge obstétricale, la salle de naissance et les gardes ⇒ 1 praticien Chartrain (0,2 ETP) prend en charge l'activité de chirurgie carcinologique ⇒ 2 praticiens prennent en charge l'activité d'infertilité	⇒ 3 praticiens qui participent à la prise en charge obstétricale et à la permanence des soins ⇒ 1 des dits praticiens réalise une activité de chirurgie gynécologique ⇒ 15 lits (HC)	⇒ Les gynécologues obstétriciens du CH de Chartres gèrent le centre périnatal de proximité (= 1ETP) sans garde ni astreinte (les urgences gynécologiques et obstétricales sont évaluées et prises en charge par les urgences du CH de Nogent le Rotrou, en collaboration avec le CH de Chartres)		

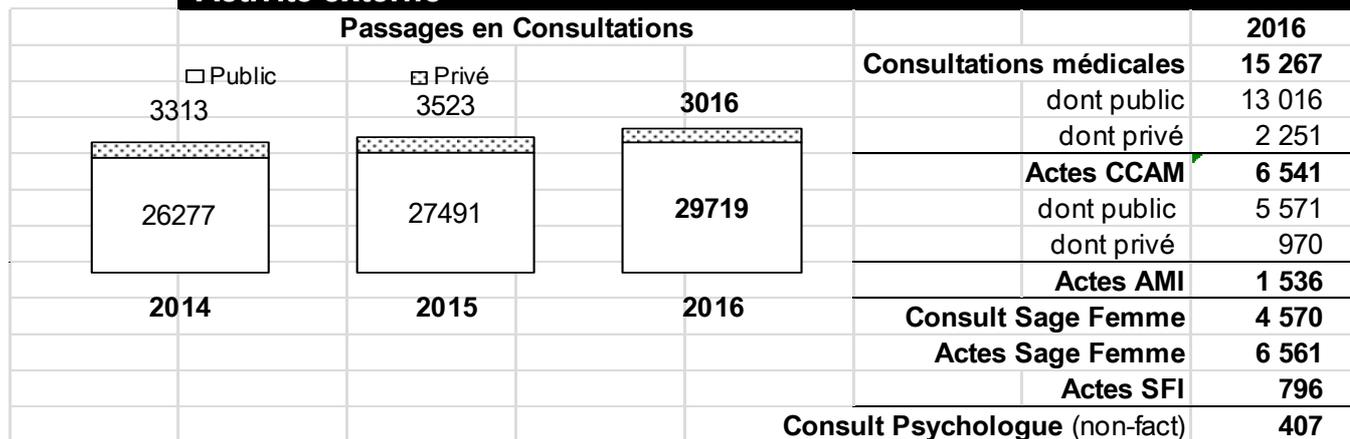
Sages-Femmes – SDN	45.5 ETP dont 39 polyvalentes	32 dont 27 polyvalentes	8,5 ETP Polyvalentes +0,7 ETP CDS SF		
Sages-femmes échographistes + CS+ Explorations fonctionnelles	Pool de 12 sf consult +explorations fonctionnelles 2SF échographistes	5 Activité exclusive	Effectif mutualisé avec SDN		
Capacitaire	⇒ <u>Gynécologie</u> = 14 lits (HC) ⇒ <u>Obstétrique</u> = 30 lits (HC) ⇒ <u>Obstétrique pathologique</u> = 15 lits (HC)	⇒ <u>Obstétrique</u> = 26 lits (HC), ⇒ 2 lits koala, ⇒ <u>Gynécologie</u> = 8lits (HC) + 7 places	⇒ <u>Obstétrique</u> = 15 lits (HC) ⇒ <u>Gynécologie</u> = 2 places		

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :
 - ▲ Maternité de niveau 2B (néonatalogie avec soins intensifs),
 - ▲ 2713 naissances en 2016,

Activité d'hospitalisation						
			2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète</i>						
Journées hospitalisation			15 743	15 856	16 290	+3%
Nb RSS (Séjours)			7 074	7 043	7 070	+0,4%
Taux d'occupation			74,2%	73,6%	75,5%	+3%
Durée Moyen. de Séjour			2,77	2,81	2,87	+2%
IP DMS			0,96	0,97	1,01	+4%
<i>Interruptions Volontaires de Grossesses</i>						
Venues IVG			355	321	256	-20%
	IVG instrumentale		61	57	36	-37%
	IVG médicamenteuse		294	264	220	-17%

Activité externe



- Centre Hospitalier de Dreux :
 - ▲ Maternité de niveau 2A (néonatalogie sans soins intensifs),
 - ▲ 1642 naissances en 2016,

HOSPITALISATION COMPLETE OBSTETRIQUE (DS > 0 : hors séances et HDJ)

	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation (Brut)	14 678	13 233	14 231	11 705
Journées d'hospitalisation (Brut : " hors journées bébés")	7 991	7 442	8 140	6 827
Nb RUM	3 768	3 529	3 890	3 108
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	3 600	3 358	3 651	2 964
Taux d'occupation	79,29	73,36	77,96	69,35
DMS	4,07	4,08	4,03	4,05
IPDMS	0,97	0,99	1,02	1,04

ACTIVITE EXTERNE

	2014	2015	2016	2017
Consultations	9 130	11 663	15 102	13 570
Actes CCAM	8 816	10 142	13 453	11 967
Actes AMI	1 428	1 764	2 031	2 056
Actes de SF	6 174	6 050	5 717	4 608
TOTAL	25 548	29 619	36 303	32 201

HOSPITALISATION COMPLETE GYNECOLOGIE (DS > 0 : hors séances et HDJ)

	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	1 704	1 733	1 772	1 793
Nb RUM	1 227	1 232	1 088	971
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	1 159	1 172	1 031	919
Taux d'occupation	74,70	73,35	75,20	74,59
DMS	2,37	2,35	2,37	2,61
IPDMS	0,93	0,94	0,99	1,06

IVG

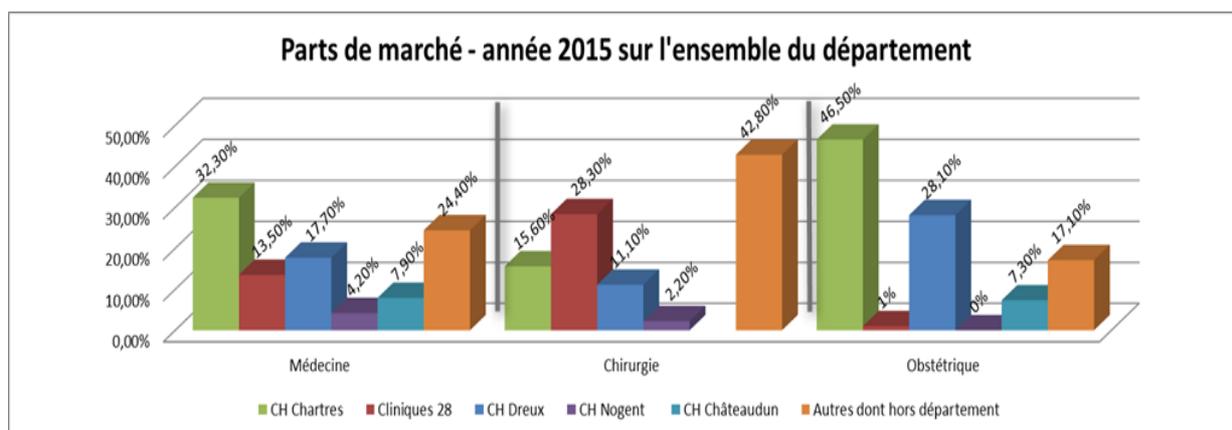
	2014	2015	2016	2017
Instrumentales	109	96	65	42
Médicamenteuses	242	223	223	270
TOTAL	351	319	288	312

ACTIVITE EXTERNE

	2014	2015	2016	2017
Consultations	1 360	2 872	4 337	4 020
Actes CCAM	4 424	4 047	4 010	3 872
TOTAL	5 784	6 919	8 347	7 892

- Centre Hospitalier de Châteaudun :
 - ▲ 422 naissances en 2016,
- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :
 - ▲ 1 323 actes gynéco-obstétrique,
 - ▲ 6 095 actes sages-femmes

⇒ Parts de marché :



⇒ Fuites :

		Séjours >24h.	Séjours <24h.
Obstétrique	Dest. des principales fuites intra-rég.	93 : Loiret	15 : Loir-et-Cher
	Origine des principales attrac intra-rég.	30 : Loiret	9 : Loiret
	Dest. des principales fuites extra-rég.	794 : IdF	179 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	321 : Norm	123 : Norm

		Séjours >24h.	Séjours <24h.
D12-Gynécologie - sein	Dest. des principales fuites intra-rég.	40 : Loir-et-Cher	22 : Loiret
	Origine des principales attrac intra-rég.	9 : Loir-et-Cher	4 : Loir-et-Cher
	Dest. des principales fuites extra-rég.	443 : IdF	383 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	97 : Norm	100 : Norm

		Séjours >24h.	Séjours <24h.
D14-Nouveau-nés	Dest. des principales fuites intra-rég.	85 : Loiret	2 : Loir-et-Cher
	Origine des principales attrac intra-rég.	27 : Loiret	-
	Dest. des principales fuites extra-rég.	656 : IdF	19 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	262 : Norm	2 : Norm

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

- Problématique de la démographie médicale et du recrutement,
- Problématique de la spécialisation nécessaire des parcours de soins à organiser (filrière obstétricale et filière chirurgicale) et de la lisibilité de l'offre,
- Recours à l'intérim engendrant une perte de la qualité médicale et par conséquent une fuite,

II. Evolution prévisibles

⇒ Concurrence :

- Aucun concurrent privé sur le territoire du GHT 28,
- 17,1% de la patientèle obstétrique du 28 prise en charge en dehors du département (essentiellement vers l'île de France),
- Concurrence importante de l'île de France dans toutes les composantes de la spécialité (18% pour les nouveaux nés et 30% sur la gynécologie/sein).

⇒ Population :

- Bassin de vie Chartrain :
⇒ 197 000 habitants
- Bassin de vie Drouais :
⇒ 118 000 habitants

- Bassin de vie Dunois :
⇒ 57 000 habitants
- Bassin de vie Nogentais :
⇒ 20 000 habitants

⇒ Equipements :

- CH de Chartres :
 - ▲ 6 salles de naissance,
 - ▲ 5 lits de pré travail,
 - ▲ 2 blocs césarienne,
 - ▲ 1 salle SSPI,
 - ▲ 2 salles de réanimation pédiatrique,
 - ▲ Une salle de bain,
 - ▲ Equipement de monitoring télémétrie,
 - ▲ Appareil à PH,
 - ▲ Appareil à lactates aux scalp.
- CH de Dreux :
 - ▲ 4 salles d'accouchement dont une salle de physiologie dite "salle "nature" (baignoire de dilatation, lit rond d'accouchement, chaise à bascule et poste de musique),
 - ▲ Ballons, galettes, suspensions, coussins de positionnement...,
 - ▲ 1 salle de césarienne,
 - ▲ 5 salles de prétravail
 - ▲ 1 salle SSPI
 - ▲ 1 salle de réanimation néonatale,
 - ▲ Equipement de monitoring par télémétrie,
 - ▲ 1 salle de peau à peau dédiée au père ou à l'accompagnant,
 - ▲ 26 lits d'hospitalisation,
 - ▲ 2 lits koala,
 - ▲ Appareil à pH avec Scalp et gazométrie au cordon,
 - ▲ Appareil à lactates avec scalp sur le nouveau-né,

- CH de Châteaudun :
 - ▲ 15 lits,
 - ▲ 1 salle de prétravail,
 - ▲ 2 salles d'accouchement,
 - ▲ 3 couveuses et 1 couveuse de transport,
 - ▲ une salle de bloc opératoire opérationnelle 24h/24,
 - ▲ 3 tables de réanimation néonatales,
 - ▲ 1 salle de photothérapie (traitement de l'ictère néonatal).

- CH de Nogent-le Rotrou :
 - ▲ 1 échographe,
 - ▲ Monitorings fœtaux,

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

- ⇒ Compte tenu des bassins de population, nécessité de 2 maternités niveau II sur le territoire avec les moyens humains et matériels pour maintenir une offre de soins de proximité et de qualité,
- ⇒ *Redéfinition de l'offre en matière d'obstétrique* sur le territoire en visant une offre de proximité qui garantit la sécurité et la qualité des soins à l'ensemble de la population Eurélienne,
- ⇒ *Garantir une offre de proximité en chirurgie gynécologique*, au travers d'équipes médicales communes, en permettant selon les moyens médicaux la prise en charge chirurgicale sur 2 sites (Chartres et Dreux).
- ⇒ *Améliorer la lisibilité de l'offre* sur le territoire et la communication auprès de la population,
- ⇒ Réflexion à porter sur une organisation de la *permanence des soins* à l'échelle du territoire.

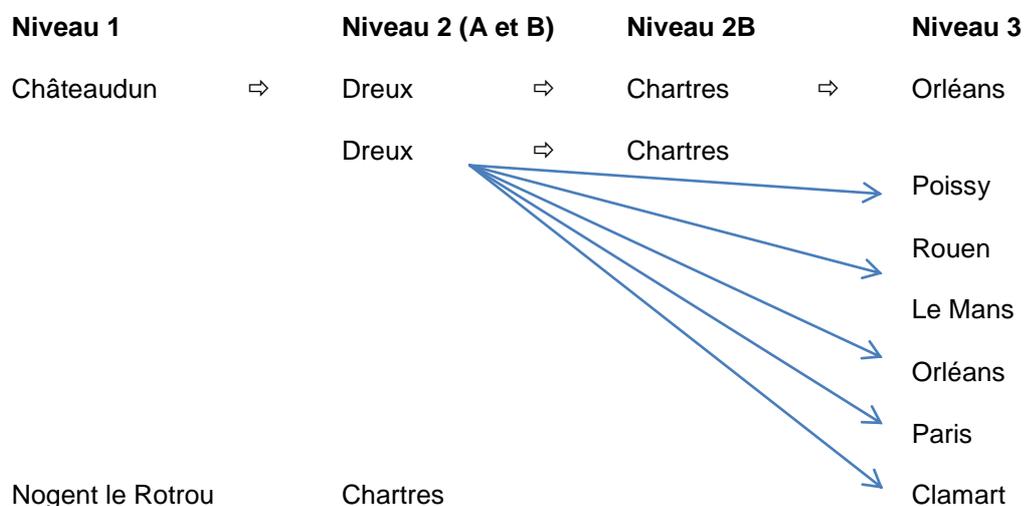
IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

- CH de Chartres : Organisation de la prise en charge autour d'une activité de maternité et d'une activité de chirurgie pelvienne et mammaire :
 - ▲ Obstétrique (45 lits) avec gardes sur place,
 - ▲ Chirurgie gynécologique (14 lits) :
 - Ambulatoire,
 - Chirurgie lourde pelvienne et mammaire reconstructrice,
 - ▲ Consultations,
 - ▲ Diagnostic pré natal,
 - ▲ PMA, Sénologie et consultations oncologie gynécologie mammaire,
 - ▲ Orthogénie,
 - ▲ Prévention

- CH de Dreux : Organisation de la prise en charge autour d'une activité de maternité et d'une activité de chirurgie pelvienne et mammaire :
 - ▲ Obstétrique (26 lits) avec gardes sur place,
 - ▲ Chirurgie gynécologique (8 lits, 7 places) :
 - Ambulatoire,
 - Chirurgie lourde pelvienne et mammaire reconstructrice,
 - ▲ Consultations,
 - ▲ Diagnostic pré natal,
 - ▲ PMA, Sénologie et consultations oncologie gynécologie mammaire,
 - ▲ Orthogénie,
 - ▲ Prévention,
 - ▲ Préparation à l'accouchement et rééducation périnéale
- CH de Châteaudun: organisation de la prise en charge autour d'une activité de soins de proximité et de qualité dans les domaines suivants :
 - ▲ Suivi obstétrical,
 - ▲ Diagnostic pré natal,
 - ▲ Chirurgie ambulatoire,
 - ▲ Orthogénie,
 - ▲ Médecine préventive.
- CH de Nogent le Rotrou : organisation de la prise en charge autour d'une activité de soins de proximité et de qualité dans les domaines suivants :
 - ▲ Suivi obstétrical,
 - ▲ Diagnostic pré natal,
 - ▲ Chirurgie ambulatoire,
 - ▲ Orthogénie,
 - ▲ Médecine préventive

⇒ Organisation du recours de Maternité :



V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
 - ⇒ Un des 3 chirurgiens gynécologique du CH à 61 ans,
 - ⇒ Actuellement mise à disposition de temps partagé de 0,2 PH pour activité de *chirurgie de carcino gynécologique*,
 - ⇒ Création de poste de PH partagé Dreux-Chartres en prévision sur mai 2018 en *chirurgie carcinologique*,
 - ⇒ Projet de recrutement de 3 PH temps partagés entre Chartres et Dreux (incluant le poste décrit ci-dessus) pour la *chirurgie*, et 1 entre Chartres et Châteaudun,
 - ⇒ Projet de recrutement de 2 PH en temps partagé entre Chartres et Dreux pour *l'obstétrique et le diagnostic pré natal*, et 1 entre Chartres et Châteaudun,

 - ⇒ Projet de recrutement de 2 PH en temps partagé entre Chartres et Dreux en ce qui concerne *l'activité d'infertilité*,

- CH de Dreux :
 - ⇒ Unique chirurgien cancérologue gynécologique vient de cesser son activité,
 - ⇒ Actuellement mise à disposition de temps partagé de 0,2 PH pour activité de *chirurgie de carcino gynécologique*,
 - ⇒ Création de poste de PH partagé avec Chartres en prévision en mai 2018 en *chirurgie carcinologique*,
 - ⇒ Projet de recrutement de 3 PH temps partagés entre Chartres et Dreux (incluant le poste décrit ci-dessus) pour la *chirurgie*,
 - ⇒ Projet de recrutement de 2 PH en temps partagé entre Chartres et Dreux pour *l'obstétrique et le diagnostic pré natal*,
 - ⇒ projet de recrutement de 2 PH en temps partagé entre Chartres et Dreux en ce qui concerne *l'activité d'infertilité*,

 - Ceci en supplément des effectifs nominaux existants afin de permettre la prise en charge territoriale des patientes.

- CH de Châteaudun:
 - ⇒ Départ du chef de service, et seul opérateur, en janvier 18,
 - ⇒ Incertitude sur l'avenir des 2 autres PH,
 - ⇒ Projet de recrutement de 1 PH entre Chartres et Châteaudun, pour l'activité de *gynécologie*,
 - ⇒ Projet de recrutement de 1 PH entre Chartres et Châteaudun, pour l'activité *d'obstétrique et le diagnostic pré natal*,

- CH de Nogent le Rotrou :
 - ⇒ Remplacement des départs médicaux,



L'activité d'orthogénie et de prévention devra être confiée dans sa grande majorité aux sages-femmes dont l'effectif devra être adapté aux besoins, sous couvert de la présence d'un gynécologue-obstétricien.

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Nombre de consultations avancées réalisées par sites de proximité,
- ⇒ Evolution de la DMS et de l'IP DMS des services de spécialité,
- ⇒ Accessibilité aux soins,
- ⇒ Nombre de naissances.

Fiche Projet

DERMATOLOGIE

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (septembre 2017) :

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent le Rotrou	CH de Châteaudun	CH de La Loupe	CH Henri EY
Ressources médicales Hospitalières	1 vacation sur le site Louis Pasteur, et 1 vacation à l'Hôtel Dieu	0,6 ETP				
Médecins de ville	5 dermatologues dont 1 est retraité mais continue d'exercer, soit 4,5 ETP environ	1 dermatologue en secteur 3 (pas de remboursement) + 0.5 ETP	2 dermatologues A priori plus qu'une seule dermato en activité (à vérifier)	1 dermatologue Dermato part à la retraite en décembre 2017 (à vérifier)		

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

- Problématique de la démographie médicale hospitalière,
- Problématique de l'offre libérale, inexistante sur certaines parties du territoire (Châteaudun et La Loupe), et faible sur le reste du département
- Offre insuffisante par rapport à la demande de la population.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

- Concurrence importante de l'Île de France,
- Pas de concurrence sur le territoire du GHT mais une volonté de coopérer entre les différents acteurs (hospitaliers et libéraux) de la dermatologie afin de sécuriser la prise en charge des patients du département.

⇒ Equipements :

- **CH de Chartres :**
 - ▲ Equipements de télémédecine, en cours d'installation

- **CH de Dreux** :
 - ▲ Puvathérapie
 - ▲ Equipements de Télémédecine
 - ▲ Visio conférence pour RCP onco dermatologie
- **CH de Châteaudun** :
 - ▲ Equipements de télémédecine
- **CH de Nogent-le Rotrou** :
 - ▲ Equipements de télémédecine
- **CH la Loupe** :
 - ▲ Equipements de télémédecine

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

- ⇒ Rédiger un projet médico soignant de filière,
- ⇒ Développer l'offre sur le territoire,
- ⇒ Organiser l'accès aux soins autour d'un centre de référence sur le territoire (Dreux),
- ⇒ Organiser prise en charge des pathologies cancéreuses dermatologiques,

IV. Structuration projetée

⇒ Gradation de l'offre :

1. Organiser l'accès aux soins autour du centre de référence drouais pour les pathologies potentiellement graves afin de prioriser les patients à voir en CS dermatologie hospitalière :

- Actions à court terme :

- Télémédecine pour les établissements du GHT et EPHAD déjà équipés d'un chariot de télémédecine,
- Communication sur accès RCP onco dermato en intra établissement et en externe (médecins et dermatologues de ville).

- Actions à moyen terme :

- Télémédecine pour les autres établissements en voie d'équipement matériel et pour médecine de ville (y compris les services d'urgence),
- Accès des patients à la biothérapie par mise en place d'une RCP « psoriasis » commune à l'ensemble des établissements du GHT et des dermatologues de ville (prescription hospitalière initiale).

2. Organiser la prise en charge des patients du territoire d'Eure et Loir souffrant de pathologies cancéreuses dermatologiques, nécessitant une thérapie ciblée et/ou immunothérapie et le suivi de ces thérapeutiques :

- Action à court et à moyen terme : Hospitalisation en HDJ oncologie du Centre Hospitalier de Dreux

⇒ *Organisation du recours:*

- Diriger les patients, atteints d'une pathologie dermatologique grave, vers le service du Pr Bagot, de l'hôpital Saint-Louis (convention en cours de finalisation en cours d'élaboration) ou vers le service du Pr MACHET, CHU Tours (convention en cours d'élaboration).

⇒ *Parcours patient :*

▲ Logigramme en annexe du présent PMP

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

Les conséquences en RH seraient au moins 1 ETP dermatologue en temps partagé sur les établissements du GHT.

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Nombre d'actes de télémedecine (plateforme Covotem),
- ⇒ Nombre d'actes de télémedecine ayant nécessité secondairement une consultation en cabinet hospitalier,
- ⇒ Nombre de patients onco dermato présentés en RCP, provenant des Ets du GHT 28 (hors CH Dreux),
- ⇒ Nombre de patients présentés en RCP psoriasis,
- ⇒ Enquête de satisfaction patients/professionnels sur les actes de télémedecine,
- ⇒ Synthèse des dysfonctionnements et leur type sur la filière dermatologie du GHT (*organisation, ressources humaines, technique, communication...*).

Fiche Projet

OSTEO-ARTICULAIRE

A compléter avec le volet Chirurgie orthopédique (vague 2).

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (septembre 2017):

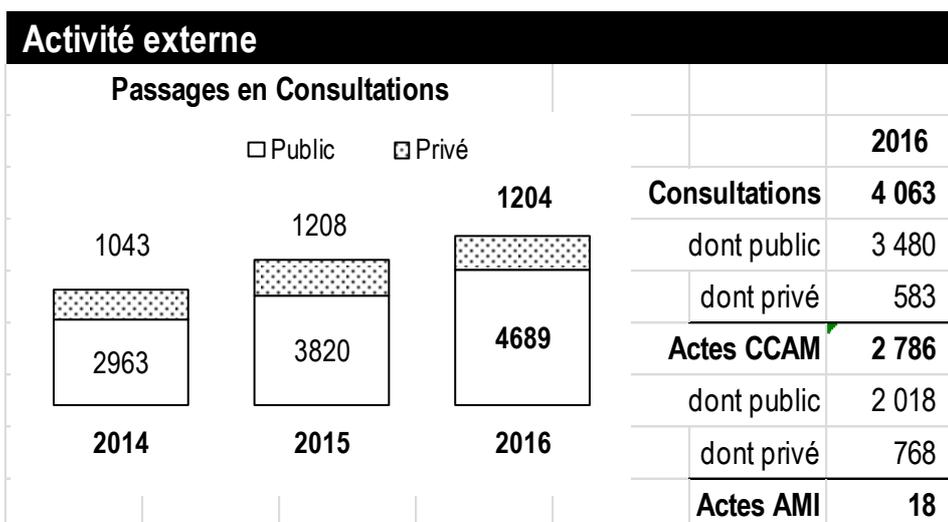
	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent	CH de Châteaudun	CH de La Loupe	CH Henri Ey
Ressources médicales	4 PH temps plein 1 assistant temps plein 2 postes d'internes	4 ETP (dont 0,5 ETP est mis à disposition au sein de Châteaudun) 1 assistant TP 1 poste d'interne DES 1 poste DFMSA	0,5 ETP	0,5 ETP (mis à disposition par Dreux)		
Organisation	24 lits HC 5 lits HDJ 5 places HDJ mutualisés avec le service de Neurologie et de maladies infectieuses	10 lits HC 5 lits d'HDS 4 lits HDJ (regroupés avec HDJ de médecine de 11 places)	Pas de lit dédié Prise en charge de tassements vertébraux, pathologies dégénératives en collaboration avec les médecins internistes, demandes d'avis. Biothérapies : 15 Patients	Patients hospitalisés dans les services de médecine avec une double responsabilité. <u>HDJ depuis août 2015 :</u> Biothérapies IV (2 patients par semaine en moyenne) : file active actuelle 12 Patients.		

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

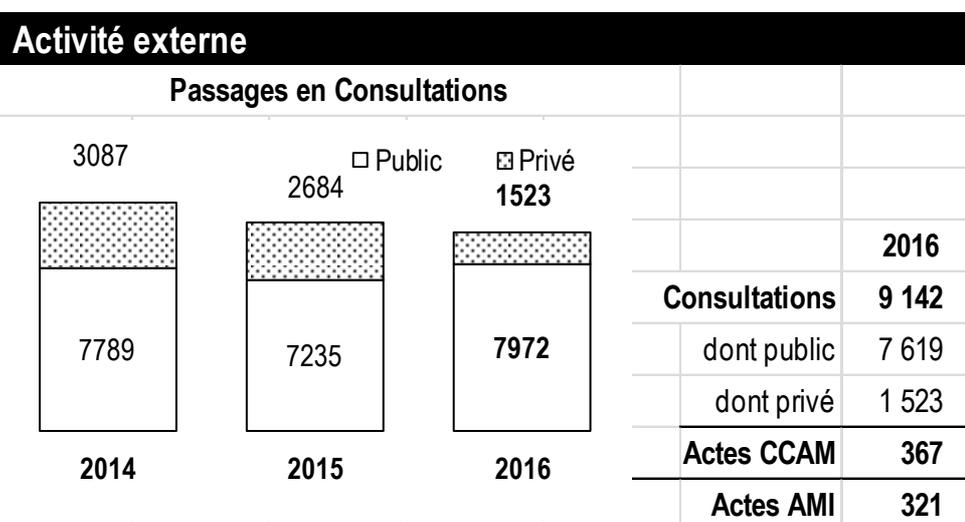
⇒ Rhumatologie

Activité d'hospitalisation						
			2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète et de semaine</i>						
Journées hospitalisation			7 506	7 807	7 647	-2%
Nb RSS hors séances (Séjours)			878	852	910	+7%
Taux d'occupation			87,7%	91,7%	92,5%	+1%
Durée Moyen. de Séjour			9,01	9,63	9,02	-6%
IP DMS			1,39	1,45	1,39	-4%
<i>Hospitalisation de jour</i>						
Venues			551	421	509	+21%
Taux d'occupation partagé			90,6%	70,0%	84,4%	+21%



⇒ Orthopédie

Activité d'hospitalisation						
			2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète</i>						
Journées hospitalisation			7 844	8 060	7 932	-2%
Nb RSS (Séjours)			1 402	1 377	1 606	+17%
Taux d'occupation			79,6%	81,8%	80,3%	-2%
Durée Moyen. de Séjour			5,55	5,65	4,79	-15%
IP DMS			1,14	1,08	1,05	-3%



- Centre Hospitalier de Dreux :

Rhumatologie			
	2014	2015	2016

Hospitalisation complète et de semaine			
Journée hospitalisation	3670	3285	3000
nombre de RUM	628	634	645
taux d'occupation	75,24	77,48	105,77
DMS	5,91	5,26	4,69
IP DMS (dms nat/nb jour etab)	1,08	0,94	0,91

Hospitalisation de jour (HDJ + séances)			
Venue	632	673	636
taux d'occupation partagé (4lits)	63,2	67,3	63,6

Orthopédie			
	2014	2015	2016

Hospitalisation complète et de semaine			
Journée hospitalisation	5561	5582	5075
nombre de RUM	1058	1030	1042
taux d'occupation	83,36	74,77	77,56
DMS	5,48	5,32	4,95
IP DMS (dms nat/nb jour etab)	0,85	0,81	0,83

Consultations

	2014	2015	2016
Rhumatologie	3863	3395	3052
Libéral	673	609	803
Orthopédie	9954	9869	9907
Libéral			
Total			

- Centre Hospitalier de Châteaudun :
⇒ Rhumatologie (externe)

2014	2015	2016
1 925	2 377	2 178

⇒ Orthopédie

	2014	2015	2016
Bloc Opérateur	17	15	15

- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

⇒ Rhumatologie

59 séjours en HDJ en 2016 (biothérapies)

⇒ Orthopédie

Hospitalisations

<i>Chirurgie ambulatoire</i>	2014	2015	2016
Nombre RSS	281	325	281
Journées Hospitalisation	281	325	281
DMS	0	0	0
IPDMS	0	0	0

Consultations Externes

	2014	2015	2016
Actes Consultations	2283	2347	2104
actes CCAM	106	92	94
Total	2389	2439	2198

⇒ Fuites :

		Séjours >24h.	Séjours <24h.
D04-Rhumatologie	Dest. des principales fuites intra-rég.	65 : Loiret	2 : Loiret
	Origine des principales attrac intra-rég.	6 : Loir-et-Cher	2 : Loir-et-Cher
	Dest. des principales fuites extra-rég.	288 : IdF	311 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	125 : Norm	9 : Norm

		Séjours >24h.	Séjours <24h.
D02-Orthopédie traumatologie	Dest. des principales fuites intra-rég.	309 : Loir-et-Cher	391 : Loiret
	Origine des principales attrac intra-rég.	9 : Loir-et-Cher	5 : Loir-et-Cher
	Dest. des principales fuites extra-rég.	1135 : IdF	1142 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	154 : Norm	142 : Norm

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

- Problématique de la démographie médicale et du recrutement,
- Problématique de l'offre libérale, inexistante sur certaines parties du territoire,
- Problématique des fuites extra départementales (essentiellement IDF) du fait des délais de rendez-vous parfois longs,

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

- Aucun concurrent privé sur le territoire du GHT 28,
- Concurrence importante de l'Île de France dans toutes les composantes de la spécialité de la filière.

⇒ Equipements :

- **CH de Chartres** :

▲ Ostéodensitométrie :

Appareil d'ostéodensitométrie situé au sein du service

▲ Echographie :

1 Appareil d'échographie ostéo-articulaire mobile avec 4 médecins utilisateurs

1 appareil d'échographie situé dans le service de sénologie (1 vacation réalisée par semaine par un rhumatologue+1 vacation par mois)

▲ Rhumatologie interventionnelle :

4 Rhumatologues réalisent des actes de rhumatologie interventionnelle sous contrôle échographique, radiographique ou scannographique

1 plage par mois au bloc opératoire (aponévrotomie percutanée)

▲ Capillaroscopie :

Le service est équipé d'un appareil de capillaroscopie

- **CH de Dreux** :

▲ Ostéodensitométrie :

1 appareil en Radiologie sous la responsabilité des Rhumatologues

▲ Echographie :

1 appareil d'Echographie mobile dans le service.

▲ Rhumatologie interventionnelle :

2 Rhumatologues se partagent une vacation par semaine.

Toute la semaine Gestes sous scopie et TDM

- **CH de Châteaudun** :

▲ Ostéodensitométrie :
Réalisé en cabinet de radiologie de ville

▲ Echographie :
Service de Radiologie à l'hôpital et cabinet de ville.

▲ Rhumatologie interventionnelle :
Une vacation de gestes sous scopie deux patients par semaine (Dr Roudi): hanches, articulaires postérieures et articulations périphériques

▲ Capillaroscopie :
Néant

- **CH de Nogent-le Rotrou** :

▲ Ostéodensitométrie :
Réalisé en cabinet de radiologie de ville

▲ Echographie :
Echographe en Radiologie

▲ Rhumatologie interventionnelle :
Pas de Rhumatologie interventionnelle

▲ Capillaroscopie :
Patients adressés au CH de Chartres

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

- ⇒ *Développer l'offre de proximité*, sur les sites Dunois et Nogentais,
- ⇒ *Développer une politique de recrutement territoriale*, en la spécialité,
- ⇒ *Fluidifier le parcours patient*, en l'organisant selon la répartition du matériel sur le territoire, et en anticipant, le cas échéant, le recours à des établissements Parisiens pour certaines prises en charge complexes,

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

- **CH de Chartres** :

Pour assurer ses missions, le service de Rhumatologie Médecine Interne de l'hôpital de Chartres dispose de 29 lits répartis en 2 unités d'hospitalisation (24 lits d'hospitalisation continue et 5 lits d'HDJ mutualisés avec le service de Neurologie et de Maladies Infectieuses).

L'activité médicale se partage entre une activité au sein de l'unité d'hospitalisation et une activité de consultation externe, d'exploration et de rhumatologie interventionnelle

(ostéodensitométrie, échographie ostéoarticulaire, infiltrations sous contrôle radiographique ou sous scanner, Capillaroscopie, aponévrotomie à l'aiguille au bloc opératoire).

L'unité d'hospitalisation se décompose en 3 secteurs :

- 2 secteurs d'hospitalisation continue de 12 lits
- 1 unité d'HDJ (5 places)

Les médecins du service assurent une présence quotidienne dans chaque secteur d'hospitalisation selon un planning hebdomadaire et encadrent les internes lors de la visite quotidienne des patients hospitalisés.

Le week-end, la prise en charge des patients hospitalisés est assurée chaque samedi matin par un médecin sénior qui réalise également l'astreinte de week-end en étant sur place le samedi après-midi, le dimanche matin et en cas de nécessité le dimanche après-midi.

Un médecin sénior répond quotidiennement aux demandes d'avis rhumatologiques formulés par les autres services de soin et notamment les urgences. Il répond également aux appels provenant de l'extérieur sur la ligne directe dédiée (02 37 30 33 33).

Plusieurs réunions sont planifiées de façon hebdomadaire au sein du service:

- Un staff de présentation de dossiers le mardi matin
- Un staff de programmation des patients d'HDJ le vendredi matin

Nous participons également régulièrement au staff d'hématologie du mercredi midi et du jeudi en visioconférence.

Un staff de biothérapie réunit tous les deux mois les rhumatologues du service et les rhumatologues libéraux du département avec présentation de dossiers de patients atteints de rhumatismes inflammatoires, l'objectif étant de définir ensemble si le patient nécessite ou non l'introduction d'une biothérapie dont la prescription initiale doit être réalisée à l'hôpital.

Un staff de présentation de dossiers a lieu tous les trois mois en visioconférence avec le service de rhumatologie du CHU Ambroise Paré de Boulogne Billancourt.

Un programme d'ETP (programme UTER) autorisé par l'ARS et destiné aux patients atteints de rhumatismes inflammatoires se décline en séances individuelles et ateliers collectifs. Une art thérapeute intervient pour les patients en HDJ dans le cadre de ce programme.

Une filière ostéoporose (filière OSPEL –OSTéoporose En Eure et Loir) destinée aux patients victimes de fracture par fragilité osseuse a vu le jour en 01/2017 et se déploie de façon transversale au sein de l'établissement en lien notamment avec le service d'accueil des urgences, l'UPOG, (l'unité péri opératoire de gériatrie) les services de gériatrie et les services d'orthopédie. L'objectif étant de dépister à l'occasion de cet épisode fracturaire les patients ayant des facteurs de risque de récurrence nécessitant la mise en route d'un traitement.

Le service participe à des de recherche clinique et encadre régulièrement les Internes dans leur travaux de thèse.

▲ Ostéodensitométrie :

6 vacations/semaine

Dont :

1 vacation/semaine réalisée par un rhumatologue libéral

▲ Echographie :

1 vacation réalisée par semaine par un rhumatologue+1 vacation par mois au sein de la sénologie

▲ Rhumatologie interventionnelle :

- 1 vacation par semaine pour les gestes réalisés sous scanner
- 1 vacation par semaine pour les gestes réalisés sous contrôle radio
- 4 plages d'échographie ostéo-articulaire interventionnelle

Les biopsies osseuses et les biopsies discales et vertébrales sont réalisées par un rhumatologue sous contrôle scannographique.

• CH de Dreux :

Le service de Rhumatologie comprend 05 lits d'hospitalisation conventionnelle et 05 lits d'HDS et 4 places d'HDJ dans un service d'HDJ de médecine spécialisée de 11 places.

L'activité médicale se partage entre une activité au sein de l'unité d'hospitalisation et une activité de consultation externe, d'exploration et de rhumatologie interventionnelle (ostéodensitométrie, échographie ostéoarticulaire, infiltrations sous contrôle radiographiques). Les médecins du service assurent une présence quotidienne dans chaque secteur d'hospitalisation selon un planning hebdomadaire et encadrent les internes lors de la visite quotidienne des patients hospitalisés.

Le week-end, la prise en charge des patients hospitalisés est assurée chaque samedi matin par un médecin sénior qui réalise également l'astreinte le dimanche matin.

Un médecin sénior répond quotidiennement aux demandes d'avis rhumatologiques formulés par les autres services de soin et notamment les urgences. Il répond également aux appels provenant de l'extérieur sur le même téléphone d'appel.

Plusieurs réunions sont planifiées de façon hebdomadaire au sein du service:

Un staff de révision de dossiers et d'initiation des biothérapies le mercredi après midi

Un staff Rhumato-Orthopédie avec patients présents au moins cinq (tous les 15 jours les mercredis 17h00-19h00)

Un staff de dossiers concernant les patients ostéoporotiques : un mercredi par mois.

Un staff de présentation de dossiers a lieu tous les trois mois en visioconférence avec le service de rhumatologie du CHU Ambroise Paré de Boulogne Billancourt.

Un programme d'ETP (programme UTER) autorisé par l'ARS et destiné aux patients atteints de rhumatismes inflammatoires se décline en séances individuelles et ateliers collectifs. Intégration d'une patiente experte qui intervient avec l'infirmière d'éducation dans le programme.

Une filière ostéoporose (assurée à partir des ostéodensitométries et le service d'orthopédie : une diététicienne est référence pour la sensibilisation et l'identification des patients).

Une filière Rachis avec circuit du patient identifié dès les urgences et pris en charge de façon concertée par la Rhumatologie, l'orthopédie, la radiologie interventionnelle, la médecine polyvalente et la rééducation fonctionnelle avec plusieurs solutions de recours (école du dos, centre anti-douleur et chirurgie du rachis)

Le service participe à des programmes de recherche clinique.

▲ Ostéodensitométrie :

- 1 vacation/semaine

▲ Rhumatologie interventionnelle :

2 Rhumatologues se partagent une vacation par semaine.

Toute la semaine Gestes sous scopie et TDM / Autres actes faits par les Radiologues : Biopsies osseuses et vertébrales, Sacco et infiltrations sous TDM.

▲ Capillaroscopie :

Patients adressés au CH de Chartres

▲ Solutions de recours :

Chirurgie du Rachis : HEGP ou Beaujon

Pour les tumeurs osseuses : recours à Cochin

Pour la médecine interne : participation à un staff à Cochin par Dr Sulpice

Pour la Rhumatologie pédiatrique : Dr Sulpice, consultation sur place avec solution de recours au Kremlin Bicêtre,

Pour l'orthopédie infantile : Dr Barthes, consultation sur place avec solution de recours à Robert Debrée

- **CH de Châteaudun**: organisation de la prise en charge autour d'une activité de consultations, assurée par les praticiens Drouais et Chartrains, et d'hospitalisation de jour :

▲ Dr ROUIDI, CH Dreux, à 50% sur site,

▲ Dr REDJATI, CH Chartres, 1 journée par semaine sur site en projet,

Prise en charge en urgence :

- En urgence hors week-end : contacter le Rhumatologue ou l'orthopédiste référent qui exerce à Châteaudun,
- En cas d'indisponibilité du référent : appeler soit le Rhumatologue d'avis à Dreux (ligne directe) et Chartres (DECT), soit l'orthopédiste de garde,
- Le week-end : samedi matin et dimanche matin, un rhumatologue Drouais et Chartrain de joignable,
- La nuit semaine et week-end : en fonction de la gravité de la situation, transfert du patient ou le garder à l'HTCD pour un avis rapide.
Possibilité d'admettre les patients dans le futur service de médecine polyvalente,
- **CH de Nogent le Rotrou** : organisation de la prise en charge autour d'une activité de consultations et d'hospitalisation de jour :
 - ▲ Dr DECRAEMERE, CH Nogent le Rotrou, à 50% sur site,
 - ▲ Dr ROYANT, CH Chartres, 1 journée par semaine sur site en projet,

⇒ *Organisation du recours:*

▲ Identifié dans les parcours en annexe

⇒ *Parcours patient* :

▲ Parcours en annexe du présent PMP

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
 - ⇒ 0,2 ETP PH à détacher au CH de Châteaudun,
 - ⇒ 0,2 ETP PH à détacher au CH de Nogent le Rotrou
- CH de Dreux :
 - ⇒ 0,5 ETP PH détaché au CH de Châteaudun,
- CH de Châteaudun:
 - ⇒ Un praticien temps plein en attente de validation de sa PAE en rhumatologie (compétence à maintenir sur le territoire),
- CH de Nogent le Rotrou :
 - ⇒ Départ en retraite du Dr DECRAEMERE en prévision, seul rhumatologue du bassin de population Nogentais

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Nombre de consultations avancées réalisées par sites de proximité,
- ⇒ Nombre d'hospitalisations de jour sur les sites de proximité,
- ⇒ Evolution de la DMS et de l'IP DMS des services de spécialité.

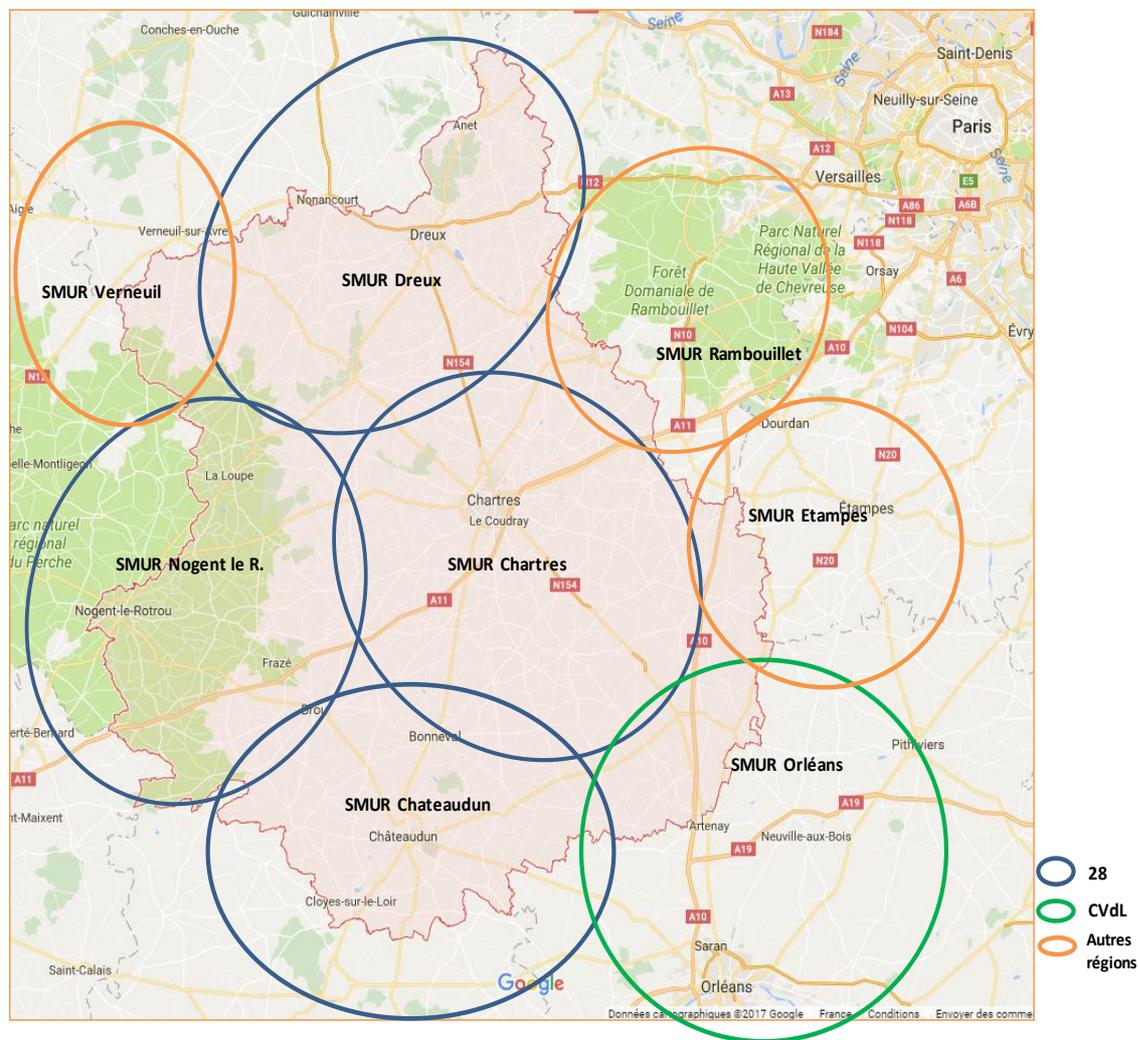
Fiche Projet URGENCES

I- Description du contexte – état des lieux

→ Organisation territoriale actuelle (novembre 2017):

nov-17	CH Chartres	CH Chateaudun	CH Dreux		CH Nogent le Rotrou	CH Henri Ey	CH La Loupe	CL Mainvilliers (hors GHT)
	SU-SMUR	SU-SMUR	SAMU-SMUR -CESU	SU	SU-SMUR	PDSE	PDSE	SU
Ressources médicales effectives	24,2 ETP : 10 PH TP 1,9 PH Tp 6,8 PAA 5,5 assistant	6,1 ETP : 3 PH TP 1 PH Tp 3 PAA 0 assistant	12.8 ETP : 10 PH TP 7 PH Tp 0 PAA 0 assistant	10.6 ETP : 4 PH TP 7 PH Tp 3 PAA 0 assistant	5,4 ETP : 3 PH TP 2 PH Tp 2 PAA 0 assistant			
Agrément Internes	Med. Générale Méd.d'urgence (approf)	Med. Générale	Med. générale Méd.d'urgence (approf)	Med. Générale Méd.d'urgence (approf)				
Organisation de jour	6 médecins: C.Long: 2 Drs C.Court: 1 Dr MAO+SMUR : 1 SAUV+SMUR:1 HTCD : 1 + 4 internes	3 médecins: C.Long: 1 Dr C.Court + SMUR + SAUV : 1 Dr	3 médecins : 1 régulateur 1 SMUR 1 renfort (SMUR et régul.) Alternance des postes /4 à 6h +/- 1 adm.	5 médecins: C.Long: 2 Drs C.Court: 1 Dr MAO+SAUV: 1Dr HTCD : 1 Dr +/- 1 adm. + 4 internes	2 médecins: C.long C.court MAO SAUV HTCD SMUR			
Organisation de nuit et WE	garde : 4 Drs SAU : 2 SMUR : 2 1 + 1/2 garde d'interne	garde : 2 Drs SAU: 1 SMUR+SAU: 1	garde : 3 Drs 1 régulateur 1 SMUR 1 renfort SMUR et régulation Alternance des postes /4 à 6h	garde : 2 Drs +1 Dr C.court 1/2 garde JO +1 Dr renfort journée WE 1 interne	garde : 2 Drs SAU: 1 SMUR+SAU: 1			
Moyens particuliers	2 équipes SMUR SAUV 2 places	1 équipe SMUR SAUV 2 places	2 équipes SMUR 1 Helismur	SAUV 2 places	1 équipe SMUR SAUV 2 places			
SSE	U M D		U F D (en balnéo) 1 lot PSM 1					
Formation	Antenne CESU 28		CESU 28 Centre départemental de simulation en santé (SantéSim28)					
Télé-médecine		Equipement mobile COVOTEM	Equipement fixe COVOTEM		Equipement mobile COVOTEM			

Couverture territoriale des SMUR :



Gradation territoriale :

Gradation Des soins	CH Chartres	CH Chateaudun	CH Dreux	CH Nogent le Rotrou	CH HenriEy	CH La Loupe	CL Mainvilliers (hors GHT)	RECOURS
Urg Vitales	Référent	Proximité	Référent	Proximité	0	0	Proximité	IDF, Tours, Rouen
Urg cardio-médicales	Référent USIC2, coro	Proximité	Proximité, USIC 1	Proximité	0	0	Proximité	IDF, Tours
Urg Neuro	Référent UNV	Proximité	Référent UNV	Proximité	0	0	Proximité	IDF(Foch,St anne), Tours
Urg Chir					0	0		
.Ortho	Référent	0	Référent	Prox / ambu			Proximité	
.viscérales	Référent	0	Référent	0			Proximité	
.ORL	Proximité	0	Référent	0			0	
.Uro	Proximité	0	Référent	0			Référent	
.Vasculaire	Référent	0	0	0			Proximité	IDF, TOURS
.neurochir	0	0	0	0			0	IDF, Orleans, Rouen, Tours
Urg pédiá	Référent	0	Référent	0	0	0	0	IDF, Orléans, Tours
Urg Gyn-Obst	Référent Mat 2B	Proximité Mat 1	Proximité Mat 2 A	0 C. perinat	0	0	0	Maternité3 (poissy, rouen, le mans, Tours, Orleans, IDF)
Urg Psy	0	0	Référent	0	Référent	0	0	
CUMP			Référent					Orléans
Urg SSE	Proximité	proximité	Référent	proximité	0	0	proximité	ROUEN

→ **Activité :**

Sources: * base Centaure, ** base PMSI pilot			2014	2015	2016
Régulation SAMU	DREUX*	dossiers de régulation	86662	90708	91107
		DRM	72779	77666	78603
SMUR	CHARTRES*	primaires	1357	1394	1367
		secondaires	260	273	305
		total	1617	1667	1672
	CHATEAUDUN*	primaires	572	615	594
		secondaires	6	11	6
		total	578	626	600
	DREUX*	primaires	1243	1251	1254
		secondaires	593	624	698
		total	1836	1875	1952
		<i>dont HeliSMUR</i>	469	477	545
	NOGENT le R.*	primaires	534	559	571
		secondaires	5	6	11
		total	539	565	582
	GHT	<i>total primaires</i>	3706	4733	4806
<i>total secondaires</i>		864	914	1020	
Urgences	CHARTRES	passages SU	42187	43030	43621
		durée moyenne SU	03:45	03:48	03:55
		taux hospi.	28,00%	27,70%	25,60%
		<i>dont vers HTCD</i>	17%	17%	17%
		hospi HTCD	7171	7315	7415
		DMS HTCD médiane	1	1	1
	CHATEAUDUN**	passages SU	16643	17362	18128
		durée moyenne SU			
		taux hospi.	20%	22%	21%
		<i>dont vers HTCD</i>	7,02%	11,47%	9,55%
		hospi HTCD	1168	1992	1732
		DMS HTCD	0,76	0,67	0,64
	DREUX**	passages SU	42218	44651	44112
		durée moyenne SU			
		taux hospi. via SAU+HTCD			23%
		taux hospi. via SAU			19,00%
		<i>dont vers HTCD</i>	6,97%	6,79%	8,99%
		hospi HTCD	2944	3035	3966
		DMS HTCD	1,12	1,25	1,19
	NOGENT le R.**	passages SU	15301	15899	15991
		durée moyenne SU			
		taux hospi.	22,89%	23,36%	24,02%
		<i>dont vers HTCD</i>	8,08%	10,19%	10,93%
		hospi HTCD	1237	1620	1748
	DMS HTCD	0,56	0,64	0,61	
	GHT	<i>total SU</i>	116349	120942	121852
		<i>total HTCD</i>	12520	13962	14861

→ Augmentation des activités de régulation, d'Urgences et de transferts, stabilité des SMURS primaires

II- Difficultés actuelles :

- Territoire étendu
- Difficultés de recrutement communes à tous les SU (manque d'attractivité, éloignement du CHU de référence, manque d'internes) et recours à l'intérim (sauf à Chartres)
- Pénurie médicale libérale en amont, absence de permanence des soins ambulatoires en semaine autre que MMG de Chartres et CNPMG du CH de Dreux et absence d'effecteurs pour les problèmes médico-judiciaires
- Absence de Plateau Technique Hautement Spécialisé (Neurochirurgie, chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie cardio-thoracique, chirurgie pédiatrique, ophtalmo, embolisation, maternité de niveau 3, SOS mains, centre de thrombectomie) et éloignement des centres de recours → transferts longs
- Difficultés d'aval des Urgences, en partie liées aux difficultés d'aval des hospitalisations
- Tributaires des autres filières
- Impact direct des services d'urgence par les difficultés des autres spécialités ou filières (exemples : carence de la médecine libérale, admissions directes défailtantes dans les services de spécialités lors des transferts inter hospitaliers, notamment en chirurgie ou psychiatrie)

III- Evolutions prévisibles :

- Population vieillissante → augmentation des personnes âgées poly pathologiques
- Accroissement de la démographie
- Poursuite de la diminution de l'offre libérale dans les 5 années à venir
- Persistance des difficultés de recrutement
- Poursuite de l'augmentation de recours au 15 et aux services d'urgences
- Difficultés d'aval des urgences liées à la réduction du capacitaire
- Pas d'implantation prévue de plateaux techniques hautement spécialisés
- Recours plus fréquents aux transferts longue distance pour faire bénéficier les patients de nouvelles techniques seulement présentes dans les centres de recours extra départementaux

IV- Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge :

- Compte tenu des distances et des bassins de population, nécessité :
 - o de maintien des 5 structures d'urgences publiques (SAMU, SMUR et SU) sur le territoire avec les moyens humains et matériels pour maintenir une offre de soins de proximité et de transferts médicalisés,
 - o De pérennité des autres filières spécifiques graduées, en prenant en compte l'éloignement géographique, le CH de suivi et le libre choix du patient afin de favoriser les admissions directes en services adaptés
- Poursuite de la rédaction, en lien avec les autres filières, de logigrammes permettant des parcours de soins optimisés et gradués selon les pathologies des recours au SU :
 - o déjà fait (*annexes en cours*) : urgences vitales, urgences chirurgicales, syndromes coronariens, AVC, SSE.
 - o prévus : urgences ORL, hémorragies digestives, urgences psychiatriques
- Compte tenu des difficultés de recrutement, l'équipe territoriale des urgences doit être constituée en:
 - o maintenant les capacités et l'autonomie de recrutement de chaque établissement (réseau et finances)
 - o Proposant des postes partagés sur la base du volontariat, entre établissements et/ou entre services d'un même établissement et/ou entre activité hospitalière et libérale
 - o Intégrant des médecins généralistes ou d'autres spécialités dans les SU

- Uniformisant les contrats de recrutement et les conventions de coopération, tout en respectant 39h postées et repos de sécurité
- Optimisation des compétences médicales et paramédicales en développant des protocoles communs et formations communes, notamment en simulation et en interfilères (exemple de la cardio)
- Adaptation des effectifs médicaux et paramédicaux à l'accroissement prévisible d'activité
- Développement de la télémédecine, mais en tenant compte des ressources humaines nécessaires :
 - télé AVC en cours de déploiement sur Nogent et Châteaudun,
 - En projet : possibilité d'avis des réanimateurs pour les SU de proximité, EHPAD, dermatologie
 - Améliorer l'accès au PACS sur l'ensemble du territoire pour la transmission d'images vers l'ensemble des spécialités, notamment chirurgicales
- Compte tenu des délais de transferts, élargissement de la disponibilité horaire en soirée de l'HéliSMUR
- Développer des outils communs de suivi d'activité
- Développer un système commun d'informatique embarquée en SMUR

V - Suivi, évaluation et actualisation :

Par un comité de pilotage constitué des chefs de service des 5 structures d'urgence qui se réunira 3 fois par an :

- Analyse des chiffres d'activité et outils de suivi
- Analyse des dysfonctionnements (*annexes en cours*)
- Organisation de RMM départementale en cas de besoin
- En lien avec l'évolution des autres filières

Fiche Projet

VOLET QUALITE

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (juin 2018):

	Qualité	Gestion des Risques	RSMQ	Coordo GDR	EV
Ch de Dreux	1 directeur dédié en partie 0,6 ETP PH 1 ETP assistant qualité 1 ETP chef de projet	Pour toutes les vigilances réglementaires	1 PH pharmacien	1 PH	1 PH
Ch de Chartres	1 directeur dédié en partie 1 ETP ingénieur qualité 0,2 ETP ingénieur qualité (poste partagé avec Châteaudun poste financé par l'ARS jusqu'à avril 2018) 0,8 ETP AAH (en reclassement, prise de fonction septembre 2017) 0,5 ETP secrétaire	21 vigilants (réglementaires et autres)	1 PH pharmacien	le directeur de la qualité	1 Directeur des soins
Ch de Châteaudun	1 ETP Responsable qualité	Temps de RAQ dédié à la gestion des risques	1 PH	Président de la CME	-
Ch de la Loupe	1 ETP Qualiticien	Temps de RAQ dédié à la gestion des risques 13 vigilants (réglementaires et autres)	1 PH pharmacien	Poste vacant	-
Ch de Nogent le Rotrou	1 ETP Responsable qualité 1 ETP assistant qualité	Temps RAQ dédié 7 vigilants	1 PH pharmacien	2 praticiens	-
Ch Henri Ey	1 ETP Responsable qualité (cadre supérieur de santé) 1 ETP secrétaire	Temps de RAQ dédié à la gestion des risques		Temps de RAQ dédié à la gestion des risques	1 directeur

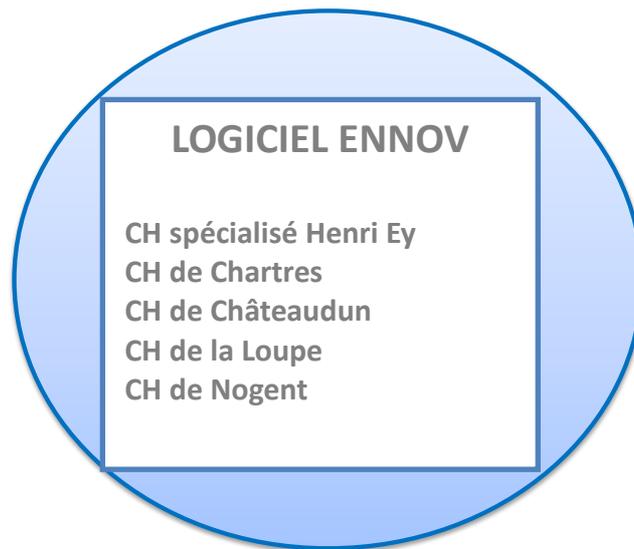
⇒ Organisation des instances qualité:



⇒ Communication:

- ▲ **Etablissements de la direction commune (Châteaudun, Nogent le Rotrou, La Loupe)** une lettre d'information dédiée à la démarche de certification est éditée et envoyée avec les bulletins de paie tous les mois. Des informations sont également déposées sur le site intranet de chaque établissement.
Il existe un portail « qualité gestion des risques » (via le logiciel BLUE MEDI) dédié à la gestion documentaire et la gestion des risques (déclaration FEI) ; la transition avec le logiciel ENNOV est en cours (sauf à Nogent le Rotrou).
- ▲ **CH de Chartres**, il existe un portail qualité-gestion dédié mais peu alimenté par « des news » qualité. Actuellement, ce portail sert essentiellement à la gestion documentaire, à la gestion des risques, aux EPP et à la démarche de certification. Une page qualité est rédigée dans le bulletin CONTACT (trimestriel),
- ▲ **CH Henri Ey**, une page intranet (QGR), une page COVIRIS, articles Ey-Nergie,
- ▲ **CH De Dreux**, rédaction d'articles dédiés à la qualité dans « la lettre de votre hôpital ».

⇒ Ressources matérielles :



II. Evolutions prévisibles

- ▲ Mise en œuvre d'un **compte qualité commun** dès 2020 à tous les établissements du GHT,
- ▲ 2018 – 2019, création d'un **COPIL stratégique** qualité commun se réunissant une fois / trimestre avec la rédaction d'une politique qualité convergente,
- ▲ 2019, étude d'une possible **démarche qualité commune** aux établissements malgré des cultures et une histoire différente : pour une meilleure efficience ?

III. Objectifs à atteindre pour un système qualité gestion des risques efficient

⇒ Le volet qualité/gestion des risques du PMP GHT 28 sera constitué de l'ensemble des indicateurs retenus par chaque filière sous forme de tableau qui sera suivi par les pilotes, le collège médical et le comité stratégique du GHT,

Parcours de soins	Modalités de suivi	Responsables	Début prévisionnel	Début réel	Échéance prévisionnelle	Échéance réelle	Etat avancement	Résultats	Commentaires

IV. Structuration projetée

⇒ L'objectif pour les établissements du GHT est de réaliser un état des lieux, pour chaque établissement, des risques concernant les thématiques suivantes et de voir s'il y a une convergence pour mener des actions communes :

- Management de la qualité et des risques,
- Gestion du risque infectieux (sauf secteur psychiatrique),
- Droits des patients,
- Prise en charge médicamenteuse du patient,
- Dossier du patient,

Les EPP pourront également être partagées via un programme départemental comme c'est déjà le cas sur la direction commune (Châteaudun, Nogent le Rotrou, La Loupe).

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

⇒ Pas de conséquences envisagées dans l'immédiat,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Nombre d'actions d'amélioration réalisées/ nombre d'actions proposées,
- ⇒ Impact des filières sur la PEC des patients,
- ⇒ Impact des actions d'amélioration sur les risques communs identifiés,
- ⇒ Indicateurs de pertinence des filières.

Fiches Projets – Seconde Vague

Les filières de la seconde vague sont les suivantes :

- Gériatrie,
- Santé Mentale,
- Anesthésie,
- Néphrologie,
- Chirurgie orthopédique,
- ORL-Tête-Cou
- Biologie,
- ETP,
- Endocrinologie diabétologie,
- MPR,
- Oncologie,
- Médecine polyvalente,
- Pédiatrie,
- Pneumologie,
- Réanimation,
- Soins palliatifs,
- Gastro-entérologie,
- PMA,
- Chirurgie Viscérale.

Fiche Projet GERIATRIE

I. Description du contexte

⇒ *Situation actuelle (septembre 2017) :*

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent le Rotrou	CH de Châteaudun	CH de La Loupe	CH Henri Ey
Ressources médicales	<p>EHPAD : 2,5 ETP (budgété = 3,30 dont 30 % de coordination) <u>SSR</u> : 2,80 ETP (budgété = 2,20 ETP) Court séjour : 5 ETP (dont 1 ETP pour l'EGAL)</p>	<p>EHPAD + USLD : 3.8 ETP <u>SSR</u> : 2,6 ETP <u>Médecine gériatrique aigue(MCO)+ HDJ</u> : 2ETP <u>Equipe mobile</u> : 1 ETP</p>	<p>EHPAD : 0,6 ETP médecin coordonnateur 0,5 ETP PH <u>SSR</u> : 1 ETP</p>	<p>EHPAD/USLD : <u>D</u> : 2 ETP+1 ETP médecin coordonnateur <u>SSR</u> : 2 ETP <u>MGA</u> : 2 ETP</p>	<p>EHPAD : 1 médecin coordonnateur 0,10 ETP Les médecins généralistes libéraux</p>	<p>EHPAD/U <u>SLD</u> : 3 ETP</p>
Organisation	<p>80 lits de <u>SSR</u> EHPAD : 449 lits <u>Court séjour gériatrique</u> (lits MCO): 44 lits <u>UPOG</u>¹ : 9 lits 1 équipe mobile gériatrique Consultations UGOS réalisées par cinq des praticiens chartrains</p>	<p>50 LITS <u>SSR</u> (25 polyvalents et 25 à orientation gériatrique) <u>EHPAD +USLD</u> <u>D</u> : 262 Lits 25 Lits <u>MCO</u> dont 5 <u>LISP</u> <u>HDJ</u> : 1 lit</p>	<p>30 lits de <u>SSR</u> EHPAD : 153 lits 6 <u>LISP</u> 1 kinésithérapeute 1 psychologue : tous deux interviennent sur l'EHPAD et le SSR</p>	<p><u>SSR</u> : 50 lits EHPAD : 235 lits dont 4 d'hébergement temporaire <u>USLD</u> : 40 lits <u>MGA</u> : 30 lits 6 <u>LISP</u></p>	<p><u>SSR</u> à orientation gériatrique : 17 lits EHPAD : 89 lits 1 PASA 7 Places CAJA <u>USLD</u> : 40 lits 2 LISP Psychologue Kinésithérapeute Ergothérapeute</p>	<p>EHPAD= 125 lits <u>USLD</u>= 50 lits</p>

¹ Unité péri-opératoire gériatrique

⇒ Activité :

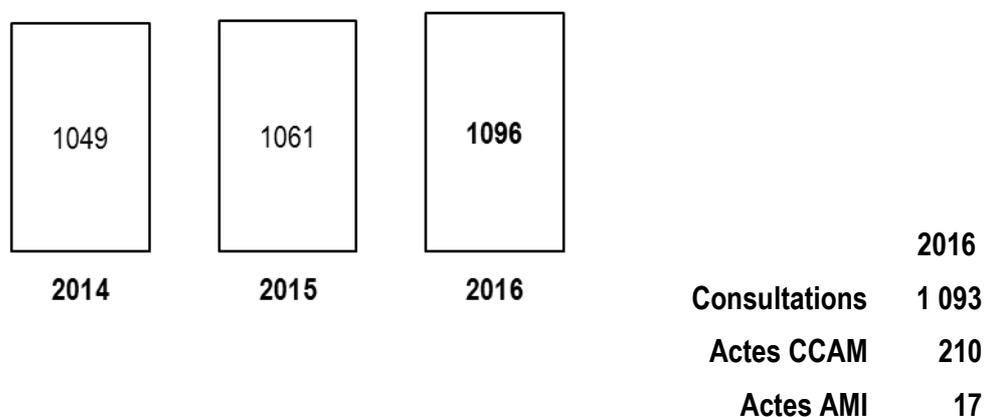
- Centre Hospitalier de Chartres :
- Médecine gériatrique :

Activité d'hospitalisation

	2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées hospitalisation	17 874	17 661	18 453	+4%
Nb RSS (Séjours)	1 376	1 534	1 561	+1,8%
Taux d'occupation	95,4%	94,2%	98,4%	+5%
Durée Moyen. de Séjour	14,19	12,11	12,72	+5%
IP DMS	1,37	1,22	1,30	+7%
<i>Hospitalisation de jour</i>				
Venues en UGOS	173	179	236	+32%
Taux d'occupation	40,6%	42,6%	57,0%	+34%

Activité externe

Passages en Consultations



Consultation Mémoire - Activité Externe

	2014	2015	2016	16/15
File active (patients)	659	671	702	+5%
Nouveaux patients	364	367	397	+8%

Activité de l'EGAL : Equipe Gérontologique d'Appui et de Liaison

	2014	2015	2016	16/15
File active	589	646	563	-13%
Interventions	1 016	898	792	-12%
dont aux Urgences	292	390	372	-5%
dont les Unités	447	358	259	-28%
dont au Téléphone	240	129	126	-2%
dont en Consultation	37	21	35	+67%

- SSR :

Activité d'hospitalisation

	2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées hospitalisation	27 748	23 868	27 266	+14%
Entrées Totales	415	487	467	-4%
Taux d'occupation	95,0%	89,8%	93,4%	+4%
Durée Moyen. de Séjour	66,86	49,01	58,39	+19%
% séjours + 45 jours	54,7%	40,5%	50,0%	+24%

- EHPAD :

Activité d'hébergement

	2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées d'Hébergement	163 591	163 088	164 083	+0,6%
Entrées Totales	235	284	245	-14%
Taux d'occupation	99,0%	98,7%	99,0%	+0,3%
Durée Moyen. de Séjour en mois	30,4	30,7	34,2	+11%

- PASA :

P.A.S.A. - Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

	2015	2016	16/15
File active PASA sur l'année	58	51	-12%
File active PASA moyenne sur une semaine d'activité	24	26	+7%
Venues de résidant		1 380	
Refus		62	
Maladie		89	
Sorties	29	24	-17%
Aggravation des troubles du comportement	5	9	
Autres	19	10	
Décès	2	2	
Perte d'autonomie motrice	3	3	

- Centre Hospitalier de Dreux :

- Médecine gériatrique :

Activité d'hospitalisation

	2014	2015	2016
<i>Hospitalisation complète</i>			
Journées hospitalisation	8990	9199	9157
Entrées Totales	650	886	1013
Taux d'occupation R. médicale	98,27%	100,1%	100,78%
Taux d'occupation R. hébergement	98,15%	98,41%	99,06%
Durée Moyen. de Séjour	13,89	10,55	9,3
IP DMS	1,32	1,08	0,97

- SSR :

Activité d'hospitalisation

	2014	2015	2016
<i>Hospitalisation complète</i>			
Journées hospitalisation	19830	20912	19804
Entrées Totales	484	527	443
Taux d'occupation	97,11	98,43	97,89
Durée Moyen. de Séjour	41,01	40,11	42,69
% séjours + 45 jours	35,95%	33,02%	41,08%

- EHPAD et USLD :

Activité d'hébergement

	2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées d'Hébergement	94 136	93 172	93 643	+0,5%
Entrées Totales	59	83	84	+1,2%
Taux d'occupation	98,8%	97,9	98,1	+0,2%
Durée Moyen. de Séjour en mois	110,1	94,4	90,1	-4,77%

- PASA :

P.A.S.A. - Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

	2015	2016	16/15
File active PASA sur l'année	38	48	+20,8%
File active PASA moyenne sur une semaine d'activité			
Venues de résident	1762	2366	
Refus			
Maladie			

- Centre Hospitalier de Châteaudun :

	ENTREES			JOURNEES			TO				
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016		
MGA	470	8	77	8	84	6	9	9	94,49%	95,29%	86,26%
SSR	403	3	41	3	45	14	15	15	0,82	85,68%	82,78%
USLD	0	4	5	6	4	12	13	12	88,98%	95,35%	88,64%
EHPAD JALLA NS	50	3	4	7	4	20	22	21	0,92	97,46%	96,31%
EHPAD FEDE	72	4	8	6	8	57	59	57	90,71%	94,18%	90,34%

- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

	2015				2016			
	entrées	journées	DMS	OM	entrées	journées	DMS	OM
SSR	216	10 774	49.88	98.39	214	10 768	50.32	98.07
EHPAD	35	55 207	/	99.51	55	55 015	/	98.89

- Centre Hospitalier de La Loupe :

	2015				2016			
	ENTREES	JOURNEES	T.O	DMS	ENTREES	JOURNEES	T.O	DMS
MCO	215	3 199	58,4%	14,9	208	3 027	55,1%	14,6
SSR	177	5 494	88,5%	31,0	153	5 410	86,9%	35,4
USLD	21	14 283	97,8%		29	13 931	95,2%	
EHPAD	26	32 178	99,1%		32	32 131	98,6%	
CAJA		758	50,1%			717	40,5%	
CAJA		19 240	94,1%			19 212	93,7%	

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

L'une des principales problématiques rencontrées sur le territoire est celle du manque de structures adaptées à la prise en charge des personnes âgées. Cette difficulté se rencontre notamment pour les prises en charge spécifiques géronto-psychiatriques et onco-gériatriques. A titre d'exemple, le circuit du patient dans le cadre des urgences géronto-psychiatriques n'est pas adapté, les délais de prise en charge étant trop importants.

De même, les avis spécialisés concernant des pathologies complexes sont parfois encore difficiles d'accès en EHPAD.

L'enjeu est aujourd'hui d'adapter l'offre territoriale de soins aux spécificités du patient gériatrique.

II. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Orientation n°1 : *Améliorer la fluidité des prises en charge géronto-psychiatriques de manière graduée.*

L'une des principales problématiques rencontrées sur le territoire est celle du manque de structures adaptées à la prise en charge des personnes âgées. Cette difficulté se rencontre notamment pour les prises en charges spécifiques géronto-psychiatriques et onco-gériatriques.

Le département est aussi marqué par un nombre insuffisant de médecins généralistes et de médecins spécialistes.

A titre d'exemple, le circuit du patient dans le cadre des urgences géronto-psychiatriques n'est pas adapté, les délais de prise en charge étant trop importants.

De même, les avis spécialisés concernant les pathologies complexes sont parfois encore difficiles d'accès en EHPAD.

L'enjeu est aujourd'hui d'adapter l'offre territoriale de soins aux spécificités du patient gériatrique.

Difficultés actuelles :

- Manque de lits géronto-psychiatriques
- Absence de ligne téléphonique dédiée pour solliciter un avis
- Quasi impossibilité de transférer un patient au CH de Bonneval
- Absence de médecin (géronto-psychiatre)

Un premier niveau de réponse consisterait à mettre sur pied une permanence téléphonique dédiée à des situations qui relèvent de la géronto-psychiatrie. Dans la mesure où les compétences se situent actuellement à Bonneval, cette permanence y serait située.

1^{ère} possibilité : mise en place d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie située, dans l'idéal, à Bonneval.

Rôle : → Prise en charge des urgences.

→ Délivrance au quotidien de formations et avis aux équipes médicales de proximité.

2^{ème} possibilité : création d'une unité de géronto-psychiatrie à Chartres ou à Dreux.

Le fonctionnement nécessite de recruter 2 géronto-psychiatres (à défaut, un gériatre et un psychiatre) sans compter le personnel paramédical prévu par les textes.

Renforcer les liens avec la psychiatrie de secteur.

Orientation n°2 : *Création d'une UCC.*

Difficultés actuelles :

- Inexistence d'une UCC dans le département donc difficulté à assurer une prise en charge de qualité pour les personnes âgées poly-pathologiques présentant des troubles du comportement,
- Les conditions architecturales et financières font qu'un tel projet ne peut être envisagé à court ou à moyen terme au CH de Dreux et de Chartres.

Le CH de Chartres souhaite cependant envisager ce projet à long terme si les moyens peuvent être débloqués.

Orientation n°3 : *Développer les équipes mobiles de gériatrie*

Vu l'étendue du département d'Eure et Loir (120 km du nord au sud et 110 km du l'est à l'ouest), l'idéal est d'avoir une équipe extrahospitalière qui serait rattachée à chaque CH (Dreux, Chartres, Châteaudun et Nogent le Rotrou). Cet objectif doit être réalisé à long terme.

En attendant, le projet actuel est celui d'avoir 2 équipes mobiles gériatriques :

- 1 qui sera rattachée au CH de Chartres,
- La seconde au CH de Dreux,

Les modalités de fonctionnement restent à établir. Le CH de Châteaudun dépendrait du CH de Chartres et le CH de Nogent le Rotrou dépendrait du CH de Dreux.

Soit donc un temps plein qui serait partagé en alternance entre les deux CH, soit un mi-temps pour chaque hôpital.

L'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière sera une équipe pluridisciplinaire (gériatre, psychogériatre, infirmière, ergothérapeute, psychologue, secrétaire). Un temps plein pour un gériatre et une infirmière et un temps partiel pour les autres.

L'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière intervient après un signalement téléphonique auprès du secrétariat de l'unité mobile de gériatrie. Elle répond à la demande du médecin traitant après accord du résident et de sa famille ou à la demande de l'équipe soignante ou du médecin coordonnateur, toujours en accord avec le médecin traitant (l'équipe mobile interviendra soit à domicile, soit dans une maison de retraite).

L'équipe mobile de gériatrie n'est pas un dispositif d'urgence, n'a pas un rôle prescripteur.

Après une évaluation globale, des consignes écrites sont laissées à l'EHPAD et un courrier est adressé au médecin traitant et au médecin coordonnateur dans les 48 heures. Un suivi peut être proposé selon les motifs d'intervention.

La prise en charge du résident reste sous la responsabilité du médecin traitant. Les missions de l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière sont de proposer une expertise gériatrique dans les EHPAD et à domicile, de contribuer au maintien de la personne malade dans son lieu de vie, de contribuer à la continuité des soins, d'organiser et d'anticiper les hospitalisations au sien de la filière gériatrique hospitalière, la formation et l'information des équipes soignantes.

NB : l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière intervenant en EHPAD est sollicitée pour des résidents fragiles, poly-pathologiques, en situation complexe et à risque d'hospitalisation.

Orientation n°4 : *Harmoniser les pratiques gériatriques.*

Les principaux thèmes à traiter sont la contention, la douleur, les escarres, la nutrition, les protocoles de traitements, etc.

Il convient de mettre en œuvre des groupes de travail et de réflexion pluridisciplinaires (médecin, cadre, infirmier, aide-soignant, psychologue, ergothérapeute...).

Les cadres de pôle alimenteront la réflexion en s'appuyant sur le projet de soins partagé et en associant les différentes directions des soins.

Orientation n°5 : *Développer les consultations d'oncogériatrie.*

Difficultés actuelles :

- Absence d'onco-gérialtre dans les établissements hospitaliers du département. Il en résulte une perte de chance pour les personnes âgées puisqu'elles ne bénéficient pas d'avis spécialisés,
- Moins d'évaluations onco-gériatriques réalisées et absence d'onco-gérialtre lors de la RCP,

Normalement, toute personne âgée de plus de 70 ans doit être évaluée au moyen de l'outil G8. En fonction des résultats, en dessous de 14 : obligation d'être évalué (évaluation globale) par un onco-gérialtre. L'absence d'onco-gérialtre peut conduire à une abstention thérapeutique préjudiciable au patient.

Création d'un poste d'onco-gérialtre partagé entre les CH de Dreux et de Chartres de manière à assurer la présence de ce dernier dans le cadre des RCP.

Orientation n°6 : *Développer les consultations mémoire de proximité.*

Evaluer dans le cadre d'une consultation programmée les personnes âgées de plus de 75 ans dans leur globalité.

L'objectif est de couvrir :

- dans un premier temps les besoins de la population du bassin drouais à moyens humains constants,
- à long terme de pouvoir envisager des consultations « avancées » dans d'autres centres hospitalier en fonction des ressources humaines supplémentaires dédiées à cette activité,

Ces consultations seront assurées les Praticiens Hospitaliers du « pôle personne âgée »,

A « la Maison des eaux Vives » située dans l'enceinte du Centre Hospitalier de DREUX,

En recours, pour les situations diagnostiques difficiles concernant les démences, les patients seront adressés au Centre Mémoire de Ressource et de Recherche au CHU de Tours.

Cinq demi-journées par semaine.

Patients adressés par leur médecin généraliste, les praticiens hospitaliers, les médecins coordinateurs d'EHPAD, voire par l'UGOS de Chartres, les gestionnaires de cas (?)

Première consultation d'évaluation. Si nécessité, prescription d'un bilan complémentaire en externe ou en HDJ, puis consultation de synthèse, compte rendu au médecin traitant lien avec les services sociaux extrahospitaliers.

Consultations de suivi régulières ?

Dépister le plus précocement possible l'entrée dans une maladie neuro-dégénérative, en poser le diagnostic et l'annoncer ; faciliter la mise en place les aides financières et matérielles (ALD, APA) ; établir le plan de soins et coordonner les professionnels ; accompagner et éduquer les aidants ; pointer la nécessité de sauvegarder ses droits (protection juridique) ; anticiper les questions éthiques (directives anticipées, personne de confiance) ; organiser le domicile ; pratiquer une rééducation motrice (kinésithérapie, orthophonie) ; veiller à l'équilibre nutritionnel ; traiter les troubles du comportement ; évaluer et optimiser les autres pathologies ; traiter les troubles cognitifs (symptomatique et étiologique) ; limiter le recours aux urgences et aux hospitalisations ; préparer, le moment venu, l'entrée en institution.

Orientation n°7 : *Création d'une unité ortho-gériatrique.*

Rappelons l'existence d'une unité de ce type au CH de Chartres.

L'objectif est de renforcer le dispositif existant à l'échelle départementale.

Le pôle de chirurgie et le pôle personnes âgées du CH de Dreux sont engagés depuis longtemps dans des discussions visant à promouvoir la création d'une telle structure au sein de l'hôpital de Dreux.

Le dimensionnement de l'unité reste à préciser.

Il est envisagé entre 6 et 9 lits.

III. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

Gradation des soins sur 3 niveaux :

- Proximité (Nogent le Rotrou, La Loupe et Châteaudun)
- Référence (Dreux et Chartres)
- Recours (les conventions actuelles déterminent le niveau de recours selon les modalités suivantes : Bonneval pour la géro-psycho-geriatrie, Neurochirurgie : Rouen pour les patients de Dreux, Orléans et Paris pour les patients de Chartres.
Chirurgie vasculaire : Parly II pour les patients de Dreux.

Toutefois l'orientation peut être différente selon la situation du moment rencontrée par le SAMU.

IV. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- Onco-gériatrie : 1 ETP onco-gérialtre
- Géronto-psycho-geriatrie : 1 géronto-psycho-geriatrie pour équipe mobile géronto-psycho-geriatrie
- Equipe mobile gérialtre extrahospitalière (temps médical à déterminer selon le territoire à couvrir)
- Consultations mémoire de proximité : détacher du temps médical des CH de Dreux et Chartres pour les CH de Nogent le Rotrou, Châteaudun et La Loupe à raison de 0,2 ETP par établissement référent.
- Augmentation du nombre de lits de la médecine gérialtre aigue du CH de Dreux pour faire face à l'augmentation constante de la demande.

V. Suivi, évaluation et actualisation

- Nombre de consultations avancées réalisées sur les sites de proximité
- Nombre de consultations mémoire et d'évaluations gérialtriques réalisées à Dreux et Chartres
- Evaluation de la DMS et IPDMS des services aigus
- Nombre de patients pris en charge par les différentes équipes mobiles
- Nombre d'actes de télé-médecine

Fiche Projet

SANTE MENTALE

I. Description du contexte (mai 2018)

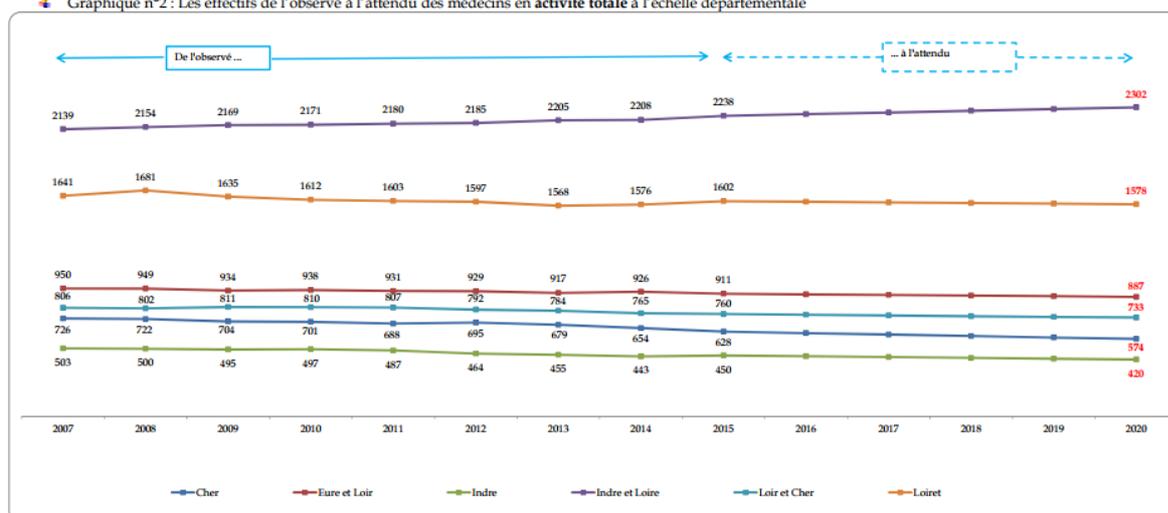
Une organisation sectorielle, encore assez cloisonnée, peu coopérative :

05 secteurs de Psychiatrie adulte (Hospitalisation Temps Complet, Hôpital de jour et CMP).
 01 pôle intersectoriel d'addictologie (Hospitalisation Temps Complet, Hôpital de jour et CMP).
 03 inter secteurs de pédopsychiatrie réorganisés en trois filières (périnatalité, autisme et adolescents)
 Des structures médico-sociales de prises en charge des addictions et du handicap psychique.

Et Une forte pénurie en ressources médicales spécialisées :

Evolution de la démographie médicale sur l'Eure et Loire, observée et attendue

Graphique n°2 : Les effectifs de l'observé à l'attendu des médecins en activité totale à l'échelle départementale



⇒ Situation actuelle du parc hospitalier territorial :

Hospitalisation temps plein Adulte

	Nombre de lits	Nombre d'ETP
CH DREUX	53 dont 32 lits de psychiatrie générale 11 lits UCD 6 lits de CAC 5 lits d'ADAJ	3,8

CH EY Site du Coudray	59 dont 40 lits de psychiatrie générale (20 lits UHP et 20 lits UTHR) 14 lits CEDAP CPC	3 ETP
CH EY Site de Morancez	31 15 lits Unité de Psychologie Médicale (TCA) 16 lits Addictologie Niveau 2	1,3 ETP
CH EY Site de Bonneval	95 dont 40 lits de psychiatrie générale (20 lits UHP et 20 lits UTHR) 25 lits gérontopsychiatrie 25 lits USF/Autisme	2,4 ETP

Hospitalisation de jour Adulte

	Nombre de places	Nombre d'ETP
DREUX	15 places	0,4
CH EY Site de Chartres	30 places	0,8
CH EY Site de Morancez	17 places Répartis en 3 places UPM 12 places addictologie et 2 places en rTMS	0,3
CH EY Site de Nogent Le Rotrou	14 places	0,2
CH EY Site de Chateaudun	14 places	0,2

Ambulatoire Adulte/CMP

	ACTIVITES	Nombre d'ETP
Psychiatrie adulte Drouaise (130 k habitants)	8 lieux de consultation sur 1 site Site du CH de Dreux : 8 consultations <ul style="list-style-type: none"> ➤ CMP de Dreux ➤ Unité de psychothérapie ➤ Le CSAPA ➤ Liaison CH de Dreux ➤ UCD ➤ CAC ➤ ADAJ ➤ Consultations d'alcoologie 11 099 entretiens dont 4 409 consultations médicales	2
Psychiatrie Adulte CH EY	13 lieux de consultation sur 6 sites Site de Chartres Louis Pasteur : 3 consultations : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cedap Urgences ➤ Liaison CH Pasteur ➤ EMPP 	5,2

(306 k habitants)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PASS Site de Chartres Centre Ville : 1 consultation. ➤ CMP rue Lelong Sites partenaires médico sociaux : 2 consultations avancées ➤ Courville ➤ Fondation d'Aligre Site de Bonneval 2 consultations : ➤ CMP ➤ ESAT Site de Chateaudun : 3 consultations ➤ CMP ➤ Liaison CH de Châteaudun ➤ Centre de détention Site de Nogent : 2 consultations : ➤ CMP ➤ Liaison CH de Nogent le Rotrou <p>45 587 entretiens dont 17 105 consultations médicales</p>	
Addictologie CH EY	<p>Site de Morancez 8 consultations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ CH Pasteur ➤ Morancez ➤ Bonneval ➤ Châteaudun ➤ Centre de détention de Châteaudun ➤ Nogent le Rotrou ➤ Consultations avancées avec le CICAT à Senonche ➤ Consultations avancées avec le CICAT à La Loupe <p>6 411 entretiens dont 2 977 consultations médicales</p>	1,6

Pédopsychiatrie – Hospitalisation complète

	Nombre de places	Nombre d'ETP médicaux
DREUX	10 places AFT autorisées et 6 installées en 2015 (992 journées en 2015)	0.2
CHARTRES	5 lits pour adolescents de moins de 16 ans (1513 journées d'hospitalisation en 2015)	0.4

Pédopsychiatrie - Hospitalisation de jour

	Nombre de places	Nombre d'ETP
DREUX	18 places (5 enfance, 5 adolescence et 8 autisme) (4247 venues en 2015)	1,25
CHARTRES	32 places (+ CATTP) (8 enfance, 8 adolescence et 16 autisme) (6066 venues en 2015)	1

NOGENT LE ROTROU	16 places (+ CATTP) Consultations : 7056 demi-venues en 2015, et 9576 en 2017	0,2
CHATEAUDUN	29 places Pédopsychiatrie, autisme et périnatalité Consultations : 5515 demi-venues en 2015, et 5748 en 2017	0,5

Maison Des Adolescents (MDA)

	Activité 2015	Nombre d'ETP
Dreux	File active : 508 en 2015 2538 consultations (psychiatres, psychologues, soignants)	0,2 (pédopsychiatre) 0.1 (psychiatre adultes)

CMP Pédopsychiatrie

	Activités	Nombre d'ETP
DREUX	Enfants et adolescents (2968 consultations médicales)	2,3
CHARTRES	Enfants et adolescents	2,5
NOGENT LE ROTROU	CMP 1008 demi-venues en 2015 et 634 en 2017	1,3
CHATEAUDUN	CMP 5040 demi-venues en 2015 et 1250 en 2017	1,2

Maison Départementale des Personnes Autistes (MDPH)

	Activités 2015	Nombre d'ETP
SESSAD 6-14 ans	10 places 917 séances	
SESSAD 14-24 ans	24 places 2100 séances	
IME-SAJ	12 places 2147 journées IME	

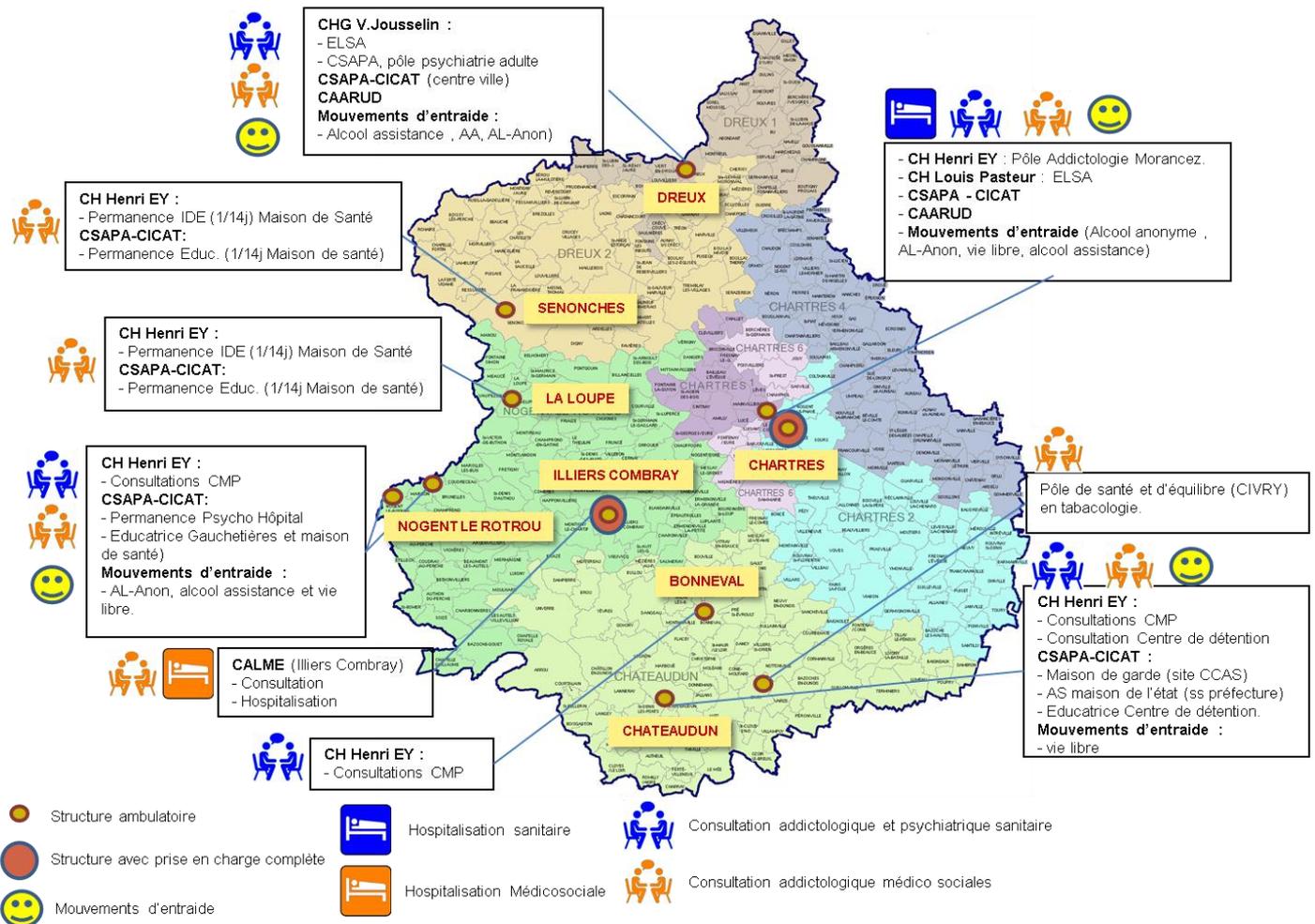
Hébergement en Maison d'Aide à la Réinsertion

Bonneval : 8 lits d'hébergement

Chartres : 6 lits d'hébergement

Parcours ADDICTOLOGIE

⇒ Structuration actuelle :



L'Eure et Loir (432 967habs)

⇒ Les structures du territoire :

Un pôle d'addictologie constitué comme un inter secteur : Hospitalisation niveau 2, Hôpital de jour, CMP assurant des consultations de proximité sur le territoire (CMP de Châteaudun, CMP de Nogent, Centre de Détention de Châteaudun etc.) et prestataire de consultation pour le CICAT de Nogent, La Loupe et l'ELSA de Chartres.

Un réseau territorial d'addictologie (Addictologie 28), deux CSAPA, une activité d'alcoolologie ambulatoire à Dreux, deux ELSA (hôpital Pasteur de Chartres et hôpital de Dreux), un centre de post-cure-moyen séjour, un CAARUD, des associations.

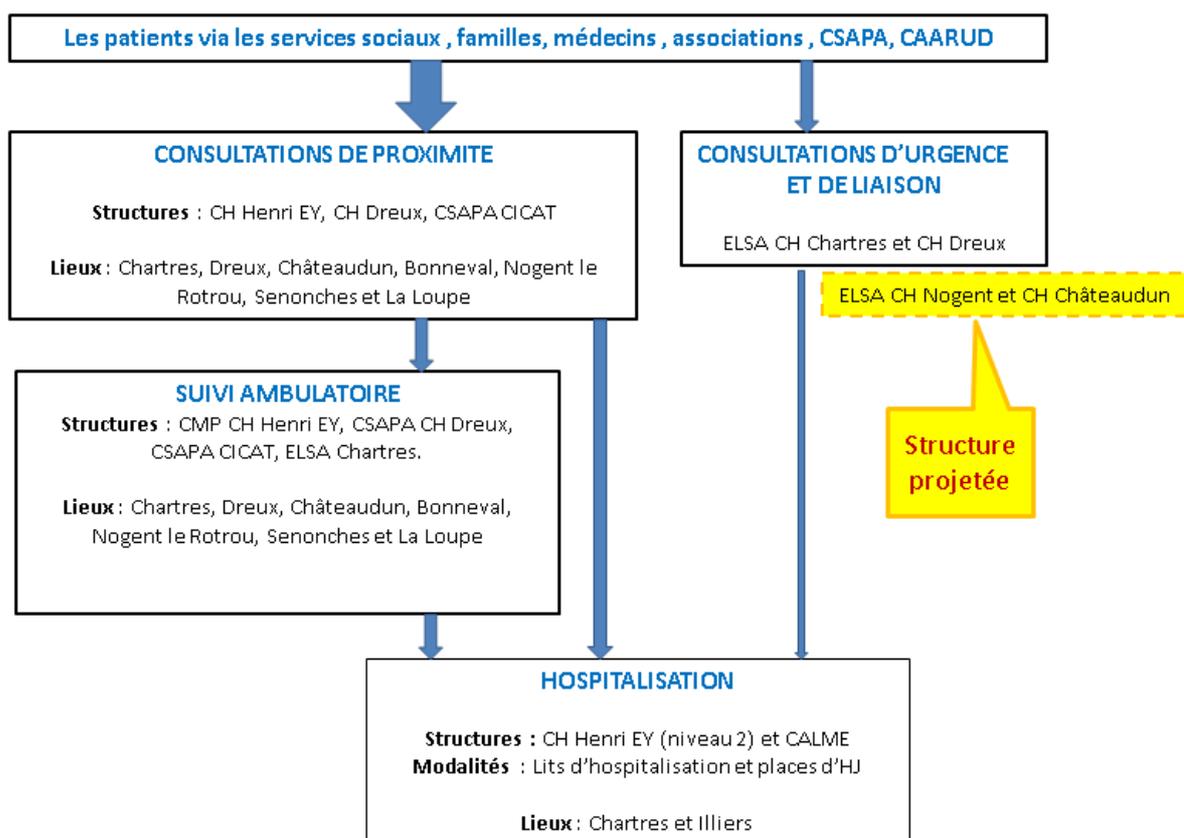
⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

- Le maillage du Territoire existe pour la presque totalité du département (99% de la population),
- L'hospitalisation en termes de nombre de place est suffisante pour le département,
- L'établissement sanitaire de niveau 2, de par ses missions, ses effectifs pluridisciplinaires, est un établissement de recours territorial, capable de prendre en charge les addictions comportementales, les poly-addictions, et les comorbidités somatiques ainsi que psychiatriques (TDAH, troubles anxieux, trouble de l'humeur, syndrome post-traumatisme, troubles du sommeil),
- Délais trop longs d'obtention d'un premier RDV long, compte tenu des effectifs actuels.
- Une offre complexe, rendue peu lisible et peu visible par les professionnels de santé et les usagers,

II. Objectifs à atteindre :

- Organiser le fonctionnement territorial des CSAPA. Par exemple : Un CSAPA au Sud et un CSAPA au Nord + voir une Equipe mobile d'addictologie (consultations avancées)
- Améliorer la lisibilité du dispositif territorial : Deux numéros de téléphone (Nord et Sud) et un site internet (Réseau Addictologie qui peut développer la coordination entre les différents acteurs pour la prise en charge des patients « complexes » ,
- Rattacher les ELSA au service de psychiatrie de référence.
- Développer le partenariat avec les équipes du CHU de Tours, la formation et la recherche,
- Renforcer les partenariats avec le secteur médico-social et les associations.

III. Structuration actuelle et projetée :



IV. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

Besoin RH

- ✓ Renforcement des ELSA existantes (temps médical et IDE) et création de nouvelles équipes ELSA sur Châteaudun et Nogent (médecins et IDE),
- ✓ Renforcement des équipes qui assurent les téléconsultations (temps médical et IDE),
- ✓ Développement d'une équipe mobile pour des consultations avancées sur le territoire.

Pratiques professionnelles : Formation territoriale des équipes d'addictologie

V. Suivi, évaluation et actualisation

⇒ Des réunions de l'ensemble des acteurs, coordonnées par le futur réseau de santé en Eure et Loire : Un rythme de 4 réunions par an est souhaitable

Parcours GERONTO-PSYCHIATRIE

I. Description du contexte actuel :

- Existence d'une structure d'hospitalisation de géronto-psychiatrie départementale
- Absence de moyens pour développer et structurer la filière géronto-psychiatrique sur le plan départemental.
- Coordination ponctuelle avec la gériatrie : médecine gériatrique ou SSR – moyen séjour
- Manque de lien entre la géronto-psychiatrie gérée par le CH Henri Ey et la psychiatrie Drouaise

⇒ Situation actuelle :

Activité de l'unité de géronto psychiatrie des arcades du CH Henri EY :

- 190 entrées en 2016,
- Une DMS de 33,5 jours,
- Une file active de 160 patients par an,
- Un taux d'occupation de 77,5%

	CH Chartres	CH Dreux de	CH de Nogent le Rotrou	CH de Châteaudun	CH de La Loupe	CHS Henri Ey
Ressources médicales						0,5 ETP de géronto-psychiatre, 0,5 ETP de généraliste,
Organisation						25 lits de géronto psychiatrie,

PROJETS

- Mise en place d'équipes mobiles de Géronto-Psychiatrie : Equipes mixtes de psychiatrie et de gériatrie : prévention des hospitalisations abusives, des déplacements, meilleure coordination avec la gériatrie et les EHPAD, ...
- Développement d'un réseau département de télémédecine, pour téléstaff, téléformations et pour télé expertise.

II. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectifs et ambitions

Maillage du territoire

✓ Le maillage du Territoire existe pour les CMP



Les équipes mobiles permettraient de favoriser des soins de proximité dans les structures d'hébergement du Territoire.

✓ La référence à ce jour est au CH H.EY Bonneval,

✓ L'hospitalisation en géro-
psychiatrie CH.H.EY de Bonneval et sur les sites de Psychiatrie CAC CEDAP CPC



Un numéro unique d'évaluation et d'orientation peut rationaliser le parcours de soins des personnes âgées.

✓ Les portes d'entrées du recours aux soins sont actuellement les Urgences de Chartres, Châteaudun, Nogent, Dreux et les CMP et parfois la Géro-
Psychiatre



La télémédecine entre les structures d'hébergement et les référents en Géro-
psychiatrie peut limiter les déplacements, les hospitalisations et conforter le retour dans les structures.

III. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

BESOIN RH

- ✓ Proposer un poste attractif à compétence élevée en Géro-
Psychiatre pour accroître le temps d'expertise psychiatrique,
- ✓ Mettre en place une structure mobile territoriale en Géro-
Psychiatre organisée pour couvrir l'ensemble du département.

STRUCTURE

- ✓ Composer une filière PARTAGEE de géro-
psychiatrie
- ✓ Créer des lieux d'apaisement dans chaque hôpital ou structure médico-
sociale (troubles majeurs du comportement, agressivité, violence liées à la démence)
- ✓ Renforcer le partenariat (conventions) avec les structures médico-
sociales (Ehpad, USLD, ...)

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- ✓ Formation avec la gériatrie, le médico-social

IV. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Brièveté et cohérence du circuit de soins du patient âgé,
- ⇒ Pertinence des hospitalisations,
- ⇒ Prévalence des hospitalisations programmées sur l'hospitalisation d'urgence,
- ⇒ Activité équipes mobiles.

Parcours PSYCHIATRIE ADULTE

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle : présentée en préambule de la fiche projet

⇒ Activité :

PATIENTS AYANT EU RECOURS à une PRISE en CHARGE en PSYCHIATRIE à TEMPS COMPLET ou PARTIEL - source : RIM-P

Indicateurs	Département : 28 - Eure-et-Loir					Indicateurs de comparaison : 2016		
	2012	2013	2014	2015	2016	valeur médiane des départements	Région : Centre-Val de Loire	France entière
Nb total patients*	3 020	2 485	2 455	2 503	2 508	3 175	14 629	416 581
% des patients fréquentant les étab psy de la zone (hors patients ambu exclusifs)	90,20%	86,40%	87,40 %	88,00 %	88,90 %	88,00%	92,50%	.
% des patients fréquentant des étab psy hors de la zone (hors patients ambu exclusifs)	9,80%	13,60%	12,60 %	12,00 %	11,10 %	12,00%	7,50%	.

PATIENTS PRIS en CHARGE en PSYCHIATRIE EXCLUSIVEMENT en AMBULATOIRE - source : RIM-P

Indicateurs	Département : 28 - Eure-et-Loir					Indicateurs de comparaison : 2016		
	2012	2013	2014	2015	2016	valeur médiane des départements	Région : Centre-Val de Loire	France entière
Nb total patients ambu exclusifs*	9 846	10 458	10 599	10 763	10 877	13 168	53 042	1 778 691
% des patients fréquentant les étab psy de la zone (patients ambu exclusifs)	91,10 %	91,90%	91,60%	92,10%	92,20 %	93,10%	94,20%	.
% des patients fréquentant des étab psy hors de la zone (patients ambu exclusifs)	8,90 %	8,10%	8,40%	7,90%	7,80 %	6,90%	5,80%	.

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

- Un déficit majeur et croissant en psychiatres et
- Une densité faible de médecins ou psychiatres libéraux faible,

Face à

- L'accroissement des demandes à tous les âges de la vie,
- Souffrance psychosociale, poly pathologies

II. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

L'objectif prioritaire à atteindre est une organisation orientée filière, avec différenciation des filières spécifiques suivantes, entre autre :

- ✓ Urgences, CUMP / Addictologie / Personnes âgées /
- ✓ Réhabilitation, handicap psychique / Précarité psycho-sociale,
- ✓ Recherche clinique, Santé publique

En annexes, les schémas territoriaux des principales FILIERES de soins qui doivent être mieux structurées et plus efficaces :

- . Parcours type de l'Urgence psy, des SOINS-Hospitalisations SOUS CONTRAINTE
- . Parcours de la personne âgée en santé mentale
- . Parcours de l'usager addict
- . Parcours du patient en REHABILITATION – REINSERTION PSYCHOSOCIALE

Autour de grands axes:

- ✓ Renforcer la cohérence départementale du dispositif de santé mentale,
- ✓ La préservation de la politique sectorielle,
- ✓ Une approche centrée PATIENTS et non plus structures,
- ✓ L'amélioration de l'existant par le biais de PROJETS (équipes mobiles territoriales,...),
- ✓ Formation spécialisée partagée.

Ainsi, le projet médical partagé décline les objectifs médicaux et l'organisation par filière d'une offre graduée, selon les objectifs ci-dessous :

- **Objectif n°1:** Une offre graduée garantissant **qualité et sécurité** des soins selon trois niveaux de prise en charge : de proximité, de référence et de recours,
- **Objectif n°2:** Renforcer les ressources médicales psychiatriques en lien avec les projets médicaux des filières du GHT et l'organisation des plateaux techniques,
- **Objectif n°3:** Répartir et organiser des filières de prise en charge,
- **Objectif n°4:** Conforter et développer la coopération ville-hôpital,
- **Objectif n°5:** Développer l'articulation de la psychiatrie avec les structures médico-sociales et sociales pour fluidifier les parcours patients,
- **Objectif n°6:** Organiser les missions de recherche, d'enseignement et de gestion de la démographie médicale en lien avec le CHU régional et les centres universitaires et de recherche référents,

- **Objectif n°7:** Développer les actions de prévention, d'éducation pour la santé et de prise en compte des maladies chroniques, notamment au travers de différentes actions concourant à :
 - La promotion de la santé mentale de l'ensemble de la population,
 - La prévention et le dépistage de certaines maladies mentales,
 - Programmes d'éducation thérapeutique,
- **Objectif n°8:** Favoriser l'accessibilité des personnes en situation de handicap au sein des structures psychiatriques parties du GHT.

III. Structuration projetée

⇒ **Optimiser l'organisation des urgences psychiatriques :**

- ✓ Numéros spécifiques pour les urgences psychiatriques sur le territoire
- ✓ Formaliser un circuit patient simple et développer des consultations avancées, notamment PARAMEDICALE (protocoles de coopération) : Identifier des référents de filière ou assistants spécialisés de parcours de soins
- ✓ Structurer l'offre psychiatrique au SAU, notamment à Châteaudun et Nogent / Recours à la TELEMEDECINE
- ❑ Formaliser le partenariat transdisciplinaire (MCO) et le partage de compétences pour les cas complexes
- ❑ Renforcer la continuité entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte
- ❑ Améliorer l'efficacité des séjours hospitaliers : Dossier patient unique compatible sur le territoire
- ❑ Développer le RECOURS avec les CHU (Paris, Tours), les UMD et les USIP.

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DEPARTEMENTALE DU HANDICAP PSYCHIQUE :

- Rapprocher les HDJ des CMP : Délégation de tâches (fiche de poste, profils, ...), délégation des suivis stabilisés au paramédical (tâches, fiche de poste, profils, ...)
- ❑ Création d'équipes MOBILES PARTAGEES (REHABILITATION, GERONTO PSY), à visée départementale
- ❑ Création et renforcement des liens avec le secteur MEDICO SOCIAL : identification de MEDIEURS de soins prolongés (pair-aidants, proches, éducateurs sportifs, moniteurs, familles,...)
- ❑ Développement d'un réseau départemental de TELEPSYCHIATRIE
- ❑ Favoriser et harmoniser le fonctionnement des CMP :
 - Par la répartition médicale
 - Par des protocoles de délégation partagés (IDE, psychologues) qui permettent la graduation des soins.

- Par des staffs d'orientation pluridisciplinaires.
- ❑ Créer un FAM psychiatrique départemental
- ❑ Créer une UF partagée d'EDUCATION THERAPEUTIQUE

(Schizophrénie, troubles bipolaires, thymique, famille, ...)

FAVORISER LA PREVENTION ET LES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE :

- ❑ Aller vers les plus FRAGILES : Renforcer et élargir les missions de l'EMPP avec une augmentation d'effectif.
- ❑ Faire FONCTIONNER les CLSM (Dreux et Chartres)
- ❑ Formaliser la psychiatrie de liaison en MCO
 - Création d'une équipe spécifique
 - Télé-staff, télé-expertise
 - Développer les consultations de liaison
 - Obtenir la réciprocité dans la collaboration avec le MCO
- ❑ CRÉER une équipe MOBILE de PREVENTION / dépistage précoce / Jeunes adultes, ...

DEVELOPPER LA RECHERCHE CLINIQUE :

- ❑ Structurer la recherche clinique en psychiatrie sur le territoire
- ❑ Participer à la commission de recherche du GHT
- ❑ MIXER la recherche MEDICALE / PARAMEDICALE
- ❑ S'appuyer sur les COMPETENCES de l'URC 28
- ❑ Protocoles MULTISITES ou LOCAUX
- ❑ RENFORCER les LIENS RECIPROQUES avec les équipes de recherche des CHU (GIRC grand-ouest, Tours, Paris, ...)
- ❑ Améliorer le FAIRE-SAVOIR (communications, congrès, publications référencées,)

DEVELOPPER LA CONVERGENCE CULTURELLE :

- ❑ Thématiques : qualité, sécurité des soins, gestion des risques, ...
 - Réunion d'échanges, concertations, EPP
- ❑ MANAGER les ressources / Evolution des COMPETENCES, gérer les MOBILITES, ...
- ❑ Développer les PRATIQUES AVANCEES
- ❑ METTRE EN PLACE LA DELEGATION DE TACHES
 - Après FORMALISATION, PROTOCOLISATION
- ❑ REVISITER les CADRES d'activité, les missions des professionnels

STRUCTURER UNE FORMATION TERRITORIALE INITIALE puis REGULIERE :

- ❑ Dynamiser les pratiques soignantes et favoriser la progression professionnelle
- ❑ Formaliser l'accueil des professionnels (médecins, psychologues, IDE...)
- ❑ Enrichir la formation des internes (Séminaires optionnels, visio-conférences)
- ❑ **PRESERVER l'EXPERIENCE et le CAPITAL SOIGNANT en psychiatrie**
 - Tutorat,
 - consolidation des savoirs
 - Transmission des savoirs
- ❑ Développer l'utilisation des outils numériques (MOOC, ASCODOC Psy, PUBMED...)
- ❑ Utiliser les compétences internes pour développer des formations

IV. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- ❑ Besoins RH
 - La pénurie médicale actuelle incite à une politique de recrutement commune
 - Gestion prévisionnelle des RH et anticipation des départs en retraite
 - Comblent les postes non pourvus
 - Développer une politique d'attractivité médicale (formation, logement et transport des internes)
- ❑ Mobilité RH
 - Mobilité des médecins (cf. CH H.EY à Châteaudun, Chartres et Nogent)
 - Télémédecine inter-sites sur le territoire
 - Evaluation du dispositif en gain du déplacement du patient et du médecin
- ❑ Conséquences sur RH-formations :
 - Gestion médicale des formations pour l'harmonisation et la qualité des soins sur le Territoire
 - Formation initiale et récurrente des IDE pour les urgences
 - Formation partagée aux thérapies spécialisées (TCA, EMDR...)
 - Formation médicale coordonnée

V - Suivi, évaluation et actualisation

- ❑ Réponse aux besoins : files actives, séjours, DMS,
 - Taux de fuites, de fugues, SATISFACTION, ...
- ❑ Délai avant le premier rendez-vous CMP
- ❑ ATTRACTIVITE : Taux de NOUVEAUX patients
- ❑ Déplacement patients : distance, nombre de transports
- ❑ De QUALITE
 - Taux de soins sous contrainte
 - N° de REHOSPITALISATIONS, de TRANSFERT
 - Protocoles TERRITORIAUX

Parcours PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE ET HANDICAP

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle : présentée en préambule de la fiche projet

⇒ Activité :

▲ CH de CHARTRES :

Activité d'hospitalisation

	2015	2016	2017	17/16
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées hospitalisation	1 513	1 541	1 500	-3%
Entrées Totales	120	112	130	+16%
Taux d'occupation	88,2%	90,2%	85,0%	-6%
Durée Moyen. de Séjour	12,61	13,76	11,54	-16%
<i>Hospitalisation de jour</i>				
Venues en Hospit de jour	6 066	6 591	6 942	+5%
Taux d'occupation	106,9%	115,3%	113,0%	-2%

Activité de consultation médicale

	2016	2017	17/16
Consultations de suivi	344 ¹	1 445	+8%
Consultations nouveaux patients	152	117	-23%
Total consultations	496¹	1 562	+4%
% consultations pour nouveaux patients	10%	7%	

CH de Dreux

HOSPITALISATION COMPLETE (hors séances et HDJ)

	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	992	960	1 224
Nb séjours	100	108	131
Taux d'occupation	27,18	26,23	33,53
DMS (jours)	191	195	150

HOSPITALISATION DE JOUR			
	2015	2016	2017
HDJ (demi-journées)	3 706	3 941	4 006
Taux d'occupation	103,40	123,78	117,00

II. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge :

A- STRUCTURATION DES TROIS FILIÈRES TRANSVERSALES DE SOINS :

□ Filière Autisme :

- Amélioration du dépistage précoce des TSA,
- Coordination de l'offre de soins de proximité pour les TSA par la Maison départementale pour les personnes autistes (MDPA = guichet unique),
- Complémentarité entre le sanitaire, le médicosocial (CAMSP, IME, UEMA...) et le social (Education Nationale, association de parents...),
- Harmonisation des pratiques sur les HDJ du département,
- Maintien des groupes de territoire d'entraînements aux habilités sociales,
- Validation de la MDPA comme antenne relais du CRA de TOURS,
- Continuité de la prise en charge enfance → âge adulte au sein de la filière,
- Création au sein de la MDPA d'un SESSAD et d'un IME 6-14 ans en plus du SESSAD et de l'IME 14-24 existants (projet réalisé en 2016),

□ Filière adolescence :

- Renforcement du dispositif MDA et de son réseau « ados 28 » par des antennes ou permanences de proximité sur Chartres, Nogent le Rotrou et Châteaudun,
- Protocole de complémentarité interservices (SPIJ, pédiatrie urgences, Psychiatrie adulte) pour les adolescents en crise,
- Création d'une équipe mobile départementale en psychiatrie infanto-juvénile,
- Organisation des hospitalisations de crise pour les jeunes de moins de 16 ans sur les deux services de pédiatrie (Chartres et Dreux) avec l'appui de l'équipe mobile de pédopsychiatrie,
- Stabilisation de l'offre en hospitalisation complète pour adolescents sur le SPIJ de Chartres,
- Formalisation de la continuité de la prise en charge de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte en s'appuyant sur des consultations grands adolescents en psychiatrie adulte, les Centres de crise de Dreux et Chartres et l'unité d'hospitalisation pour grands adolescents et jeunes adultes du service de psychiatrie adulte de Dreux,
- Stabilisation de l'unité d'accueil familial thérapeutique,

□ Filière périnatalité :

- Coordination départementale des consultations de périnatalité sur les sites de Dreux, Chartres et Châteaudun,
- Organisation d'accueils parents-enfants en journée, de visites à domicile et de prises en charge de groupe 0-3 ans pour le dépistage et la prise en charge précoce des troubles de l'attachement,
- Intégration d'un niveau de recours régional pour les lits d'hospitalisation mère-bébé (absence d'offre de territoire),
- Amélioration du travail en réseau avec les partenaires (maternités, pédiatrie, psychiatrie adulte, PMI, ASE, CAMSP, Maison maternelle, pouponnière du CDE...) :

- Staffs médico-psycho-sociaux, journées de sensibilisation interdisciplinaires, activités de liaison auprès des services partenaires.

B- FORMALISER LE LIEN AVEC L'OFFRE COMPLÉMENTAIRE EN PSYCHIATRIE ADULTE :

- **CAC de Dreux et CEDAP Henri Ey à Chartres :**
Accueil des adolescents de plus de 16 ans en crise.
- **ADAJ** (Unité départementale d'hospitalisation pour grands adolescents et jeunes adultes du secteur adulte de Dreux) : Accueil des adolescents de plus de 16 ans.
- **Unité médico-psychologique de Morancez** (CH Henri Ey) : hospitalisation pour grands adolescents avec Troubles du comportement alimentaire.

C- RENFORCER LE PARTENARIAT :

- **Sanitaire :**
 - Complémentarité avec la médecine de ville : renforcement des liens avec les médecins généralistes et spécialistes,
 - Protocoles formalisés avec les services sanitaires : pédiatrie, urgences, psychiatrie adulte et autres services de soins somatiques concernant les urgences pédopsychiatriques et la prise en charge globale somatique et psychiatrique,
- **Social :** Formaliser le partenariat avec :
 - les services du Conseil Départemental (ASE, PMI...),
 - Education Nationale: médecine scolaire, CPE, assistantes sociales...,
 - MDA (Maison de l'autonomie), associations de sauvegarde, placements familiaux, foyers d'hébergement.
- **Médicosocial :**
 - Convention de partenariat avec les IME, les ITEP, les CMPP, les CAMSP, l'UEMA*, L'ISEMA**, les SESSAD...,
 - Participation aux réunions de coordination de bassins pour les orientations IME,
 - Améliorer la prise en charge des TSA dans les IME avec le soutien du SESSAD autisme,
 - Assurer l'appui du sanitaire dans la prise en charge du handicap mental avec troubles psychiatriques associés dans les IME,
- **Judiciaire :** Justice, PJJ, CEF...,
 - Apporter des réponses aux demandes de réquisitions et expertises,
 - Améliorer l'information pour les situations relevant de la protection de l'enfance
 - Renforcer le partenariat avec les juges des enfants

* Unité d'Enseignement Maternelle Autisme ;

** Institut Socioéducatif Médicalisé pour Adolescents.

III. Structuration projetée

A- EVOLUTION RELATIVE AUX PRISES EN CHARGE :

- **Conforter le maillage territorial :** maintien d'une organisation conciliant offre de proximité de secteur et filières spécifiques de soins (autisme, adolescence et périnatalité),
- **Réduire les délais de premières consultations** notamment pour les enfants de moins de 12 ans,
- **Développer des compétences spécifiques** au profit du territoire : Troubles des apprentissages, TDAH/HP, Groupes de parents (groupes Barkley, parents d'enfants opposants, gestion du stress parental...), thérapies familiales, groupes psychoéducatifs, groupes victimes ou agresseurs sexuels, expertises (identification de praticiens ou cliniciens référents) ...,

- **Améliorer la prise en charge de certaines pathologies ou troubles** : TCA, refus scolaire anxieux en lien avec l'EN, troubles du comportement...

B- EVOLUTION RELATIVE AUX DISPOSITIFS DE SOINS :

- **Création d'une équipe mobile** départementale de pédopsychiatrie avec la contribution du Conseil Départemental et du secteur médico-social :
 - Deux implantations pour la liaison et la couverture territoriale (Axes Dreux-Nogent le Rotrou et Chartres-Châteaudun) avec une coordination départementale.
- **Intégration de l'hospitalisation de crise des enfants de moins de 12 ans** au sein de l'unité d'hospitalisation pour adolescents de Chartres avec une prise en charge différenciée et adaptée à l'âge de l'enfant,
- **Implantation d'antennes de proximités pour la Maison des adolescents** : Antenne pour Chartres et permanences pour Nogent le Rotrou et Châteaudun,
- **Mise à niveau du cadre architectural** : CMP et HDJ adolescents de Dreux, hôpitaux de jour et unité d'hospitalisation complète du SPIJ de Chartres

C- IDENTIFICATION DES OFFRE DE RECOURS :

- **Offre de recours auprès des CHU (TOURS, PARIS) :**
 - Autisme : CRA de Tours pour les cas complexes.
 - Adolescence : TCA, dépressions résistantes...
 - Périnatalité : hospitalisation mère-bébé
 - Handicap : certains bilans génétiques et neuro-pédiatriques
- **Renforcer les liens avec les établissements soins-études**

D- FORMATION-RECHERCHE :

- Coordination de la formation au sein du GHT :
 - Proposition de formations communes cofinancées par les trois établissements,
 - Équiper les différents sites de la visioconférence (formation, réunions, staff interservices...),
- Promotion de l'activité recherche :
 - Création d'une unité de recherche clinique de GHT en lien avec la faculté de Tours,
- Renforcer l'attractivité pour les internes et jeunes médecins,
- Système d'information :
 - Dossier médical partageable entre établissements du GHT,
 - DIM : identifier un référent pour la psychiatrie au sein du GHT,
 - Harmonisation du relevé de l'activité de psychiatrie sur le territoire,

E- GOUVERNANCE :

- ❑ **Création d'un pôle inter hospitalier** de psychiatrie infanto-juvénile et handicap entre les CHG de Dreux et Chartres,
- ❑ **Maintien du pôle de pédopsychiatrie** du CH Henri Ey couvrant deux bassins de population (Châteaudun et Nogent le Rotrou) :

- **Evolution à terme vers un pôle inter hospitalier de Territoire** de psychiatrie infanto-juvénile et handicap :
 - Evolution dans la continuité du projet médical de territoire élaboré en 2012 avec la mise en place du GCS EPIH et des filières de soins,
- ❑ Coordination de l'offre de pédopsychiatrie de territoire au sein des **réunions trimestrielles des trois SPIJ** (médecins-cadres et psychologues),
- ❑ Evolution du GCS EPIH vers une **Communauté Psychiatrique de Territoire** avec comme mission :
 - La coordination de l'offre sanitaire et médicosociale en santé mentale et addictologie au sein du GHT,
 - La participation à la mise en œuvre et l'évaluation du volet psychiatrie et santé mentale du projet médical partagé,
 - La coordination de l'information et de la lutte contre la stigmatisation,
 - La participation aux conseils locaux de santé mentale,

IV. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

A- IMPLICATIONS DU PROJET MÉDICAL PARTAGE

- Nécessité d'une **solidarité** entre les trois secteurs et les équipes qui les font vivre grâce à :
 - **Une identité partagée** avec un pôle médical départemental,
 - **Une réalité partagée** avec les filières transversales et une offre ambulatoire de proximité, Chaque filière et les dispositifs ambulatoires de proximité ne trouveront leur réalité que grâce à l'action fédératrice des médecins chefs et des cadres supérieurs, qui œuvreront au partage et à l'homogénéisation des pratiques au niveau départemental,
 - **Une adaptation de l'offre départementale aux besoins de la population sur tout le territoire** (gradation de l'offre, identification des parcours de soins, gestion des crises et urgences, identification des compétences spécifiques sur le territoire...),
 - **Une cohérence et une continuité des prises en charge** au niveau départemental et entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.

B- ENGAGEMENTS DES ÉTABLISSEMENTS

- Soutenir la création du pôle inter hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile et handicap,
- Favoriser l'homogénéisation des pratiques entre les hôpitaux,
- Soutenir les organisations solidaires au niveau médical,
- Maintenir des équipes en place sur chaque site,
- Permettre des mutualisations de moyens pour des dispositifs départementaux ou des prises en charge spécifiques et partagées (Maison des adolescents, équipe mobile de pédopsychiatrie, groupes d'entraînement aux habilités sociales...),
- Identifier les compétences et parcours spécifiques à mettre au service du territoire (filières de soins, consultations et groupes spécifiques...),
- Accompagner le positionnement des professionnels sur les filières,

V. Suivi, évaluation et actualisation

- Evaluation et actualisation du dispositif dans le cadre des réunions des trois SPIJ (réunions du pôle inter hospitalier),
- Evaluation dans le cadre des COPIL et comité de suivi : (MDA, équipe mobile),
- Evaluation dans le cadre de la Communauté Psychiatrique de Territoire,
- Suivi du projet médical partagé au sein des instances du GHT.

ARBITRAGES et APPUI de l'ARS Centre – Val de Loire :

- Revalorisation (avec la participation du groupe technique régional DAF psychiatrie) et sanctuarisation spécifique, au sein du GHT, des budgets propres de la psychiatrie, de l'addictologie pour la Santé Mentale
- Ajustement des ressources, notamment humaines, selon les paramètres nationaux
- Accompagnement pour le développement de POLES INTERHOSPITALIERS

Fiche Projet ANESTHESIE

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (mai 2018):

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent le Rotrou	CH de Châteaudun
Ressources médicales	14 postes budgétés 10 PH 3,6 PAA 13,6 ETP	13,5 postes budgétés 6 PH 3 PAA Vacataires réguliers 8,5 ETP	Vacations autour d'une activité de chirurgie ambulatoire Pas de temps plein Vacataires 1,4 ETP	3 PH 3 ETP vacataires
Organisation	9 blocs opératoires avec un MAR 24 :24 7j sur 7 Maternité niveau 2b, avec un MAR 24 : 24 7j sur 7 Travail en temps continu (44 H)	8 blocs opératoires 1 bloc pour césariennes 1 bloc d'endoscopie avec un MAR 24 :24 7j sur 7 Maternité niveau 2a, avec un MAR 24 : 24 7j sur 7 Travail en temps continu (48 h)	2 blocs opératoires + 1 salle d'endoscopie Pas d'activité de bloc à partir de 13 h Consultations après midi Pas de maternité Fonctionnement exclusif avec des vacataires.	3 blocs opératoires Maternité niveau 1 ;MAR 24 :24 7j/7 Activité opératoire la nuit en lien avec la gynéco-obstétrique
PDS	Maternité. Gynécologie Chirurgie : digestive, orthopédie et traumatologie, urologie, vasculaire, endoscopies digestives	Maternité Gynécologie Chirurgie : digestive, orthopédie et traumatologie, urologie, ORL, endoscopies digestives	Pas de permanence de soins.	Maternité Gynécologie

Activités en PDS				
Ressources paramédicales	<p>IADE : Budgété=20,5 Réel=19,40</p> <p>IDE : Réel= 14,40</p> <p>IBODE : Réel= 18,40</p> <p>Budgété (IBODE+IDE)= 33</p> <p>IDE SSPI : Budgété= 7,5 Réel=7,45</p>	<p>IADE Budgété :15,31 Réel : 10,43</p> <p>IDE SSPI : Budgété : 5,91 Réel : 5</p> <p>IBODE + IDE : Budgété : 22,52 Réel : 18,54</p>		
Organisation paramédicale	<p>IADE : 2 IADE sur place de 8H à 8H,</p> <p>SSPI : En semaine (8h30/21H) WE/JF (10H/18H)</p> <p>IBODE : 3 IBODE sur place de 8H à 8H</p>	<p>IADE : -1 IADE sur place de 20 h à 8 h.</p> <p>Travail en 8h/10h/12h</p> <p>SSPI :IDE -Jours de semaine : ouverte de 08 h à 22h</p> <p>-Week-ends et JF : 1 IDE d'astreinte de 10 h à 20h</p> <p>IBODE -1 IBODE sur place de 20 h à 8 h - 1 d'astreinte de 20 h à 8 h.</p>		

⇒ Activité :

		CHARTRES	DREUX	NOGENT LE ROTROU	CHATEAUDUN
Consultations anesthésies	2014 :	9 302	9996	1936	1474
	2015 :	8 988	10240	2308	1611
	2016 :	9 567	10478	2548	1689
	2017 :	10 495	9231	2804	1750
Nombre d'actes au bloc	2014 :	8 116	8009	5184	1603
	2015 :	8 191	8168	6160	1666
	2016 :	8 300	8340	7206	1767
	2017 :	8 390	8333	8115	1821
Chirurgie ambulatoire	2014 :	2 761	2831	1835	1154
	2015 :	2 875	2862	2216	1276
	2016 :	3 170	3267	2458	1421
	2017 :	3 246	3226	2606	1549
Nombres d'accouchements	2014 :	2 633	1698	0	449
	2015 :	2 612	1530	1 (SAU)	414
	2016 :	2 664	1630	1 (SAU)	422
	2017 :	2 545	1410	1 (SAU)	364

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Ayant fait le constat d'une offre de soins anesthésiques hétérogène sur le territoire, les acteurs de la filière ont dégagé plusieurs axes de travail en déclinaison des objectifs généraux suivants du projet médical partagé:

- l'organisation d'une offre graduée sur le territoire d'Eure et Loir, permettant de garantir le maintien d'une prise en charge de proximité ;
- la répartition cohérente des ressources médicales à l'échelle du territoire, s'articulant notamment autour d'une collaboration plus structurée entre les équipes.

La Problématique de recrutement médical et paramédical est particulièrement prégnante :

- Difficulté de recrutement médical,
- Une structure hospitalière (CH de Nogent le Rotrou) qui fonctionne exclusivement avec des vacataires (réguliers ou occasionnels), avec risque prévisible de ne pas pérenniser ce fonctionnement en raison des diminutions progressives des rémunérations des intérimaires,
- Recours à l'intérim avec des proportions variables,
- Risque d'aggravation de la problématique médicale en raison de l'évolution incertaine de la maternité du centre hospitalier de Châteaudun qui pourrait avoir des conséquences sur la pérennité de l'offre anesthésique en raison du départ consécutif et prévisible des praticiens hospitaliers anesthésistes de l'établissement,
- Dans cinq ans, l'offre eulérienne de soins anesthésiques pourrait se trouver encore plus fragilisée en raison d'un nombre important de départs à la retraite de praticiens chartrains et drouais, dans un contexte de recrutement médical très difficile.

Cette problématique de recrutement médical et paramédical induit celle la pérennité de l'activité chirurgicale programmée, des maternités, et de la permanence des soins, qui est

difficilement organisable à l'échelle d'un territoire lorsque certains établissements, ne comptent dans leurs effectifs, que des anesthésistes vacataires.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

- Pour les centres hospitaliers de Chartres et de Dreux, l'hôpital privé d'Eure et Loir (Clinique St François), constitue le principal concurrent pour l'activité chirurgicale programmée et les endoscopies digestives, avec une exclusivité pour l'ophtalmologie (spécialité non présente dans les C H de Chartres et de Dreux).
- Fuite vers les structures privées des Yvelines pour les patients Drouais,

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Orientation n°1 : Développer des solutions de formation et de recrutement en commun en vue de :

- constituer une équipe territoriale avec anticipation des besoins et gestion décloisonnée des moyens ;
- coopérer dans le recrutement de Praticiens Attachés Associés de manière à faire bénéficier le CH de Dreux de l'agrément du Ch de Chartres.

Orientation n°2 : Réflexion autour d'une politique commune de recrutement et de gestion des ressources paramédicales sensibles mais incontournables au bloc opératoire : IBODE et IADE.

Orientation n° 3 : Développer une gestion commune des ressources médicales sur le territoire avec la mise en place de coopérations étroites, permettant notamment de répondre aux besoins des établissements à travers des vacations correctement rémunérées pour les praticiens du territoire au-delà de leur temps de travail, évitant ainsi le recours à l'intérim.

Pour ce faire, la mise en place d'une politique de recrutement commune attractive, nécessitant une coordination médicale et administrative est impérative.

Orientation n° 4 : Organiser une permanence des soins anesthésiques cohérente sur l'ensemble du territoire,

Orientation n° 5 : Développer les coopérations et les échanges entre les équipes du territoire, notamment grâce à la mise en place d'outils partagé, à commencer par un système d'information commun,

Orientation n°6 : Mise en place de consultations d'anesthésie en télémédecine pour les EHPAD du bassin de population Drouais,

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

Une Organisation de la permanence des soins anesthésiques cohérente et fonction des besoins de la population sur l'ensemble du territoire est nécessaire, tout en tenant compte des difficultés démographiques au niveau médical et para médical, du respect de la réglementation et des normes de sécurité.

Pour ce faire, plusieurs hypothèses se dégagent :

Première hypothèse :

- ↵ Maternité: Deux lignes de garde sur le département, pour les CH de Chartres et de Dreux.
- ↵ Chirurgie: Deux lignes de garde sur le département, pour les CH de Chartres et de Dreux.

Intérêts :

- Récupération d'une ligne de garde (celle du CH de Châteaudun).
- Récupération de la ligne de garde d'urologie financée par l'ARS pour l'hôpital privé, alors que la totalité d'urologie en permanence de soins pourrait se faire au niveau des deux CH de référence disposant de services de réanimation.
- Activité d'urgence du département répartie sur les deux CH de référence, en adéquation avec les ressources médicales et paramédicales existantes. (Dreux –Nogent Le Rotrou, Chartres-Châteaudun).
- Garder l'attractivité pour les praticiens (surtout les jeunes) souhaitant travailler en service continu.

Inconvénients :

- Risque de départ de certains médecins (CH de Châteaudun).

Deuxième Hypothèse :

- ↵ Maternité : Deux lignes de garde sur le département pour les CH de Chartres et de Dreux.
- ↵ Chirurgie : Un système de garde alternée au niveau du département.
- Prise en charge des urgences chirurgicales en alternance d'une semaine sur deux entre les CH de Chartres et de Dreux avec un seul site sur le département qui assure la permanence des soins pour la chirurgie.
- Jours de semaine : à partir de 18 H jusqu'à 08 h30 le lendemain.
- Jours fériés et Week-ends : à partir de 08h30 à 08h30 le lendemain.

Intérêts :

- Récupération de deux lignes de garde :
 - 1 ligne de garde du MAR du CH de Châteaudun.
 - 1 ligne de garde du MAR en chirurgie en alternance entre les CH de Dreux et de Chartres.
- Récupération des lignes d'astreintes opérationnelles chirurgicales (chirurgie digestive, orthopédie et traumatologie, urologie, endoscopies digestives) en alternance entre les 2 CH de Dreux et de Chartres.
- Récupération de la ligne de garde d'urologie financé pour l'hôpital privé d'Eure et loir, ainsi que le forfait pour les MAR.

Inconvénients :

- Organisation de la continuité des soins en interne pour les CH de Dreux et de Chartres, pour les reprises chirurgicales, pour les malades de réanimation : des astreintes de sécurité pour les spécialités chirurgicales et une astreinte d'anesthésie.
- Coût de l'astreinte pour les spécialités chirurgicales et pour l'anesthésie.
- Difficultés organisationnelles de l'astreinte en anesthésie et l'impact sur le planning du lendemain (si activité la nuit profonde > à 3 h 30).

- Pas d'attractivité pour les jeunes MAR. (temps de travail)
- Pas d'attractivité pour les jeunes chirurgiens (une part de recrutement à travers les urgences, rémunération moins attractive).
- Augmentation du % de transport médicalisé et ambulancier.
- Fuite importante vers les structures avoisinantes, surtout pour le CH de Dreux, car une partie des urgences vient des Yvelines et de la Normandie (fuite vers le CH d'Evreux, le CH de Mantes la Jolie, le CH de Versailles et de Rambouillet)..
- Quid des spécialités présentent sur un seul site ?
 - ORL, garde départementale sur le CH de Dreux.
 - Vasculaire, présence exclusive sur le CH de Chartres.

Troisième hypothèse :

- ↻ Maternité : Deux lignes de garde sur le département pour les CH de Chartres et de Dreux
- ↻ Chirurgie : Permanence des soins sur un seul site du département.

Intérêts :

- Toute l'activité chirurgicale d'urgence du GHT est regroupée sur un seul site,
- Récupération de deux lignes de garde des MAR : une du CH de Châteaudun, et l'autre entre le CH de Chartres et le CH de Dreux.

- Récupération des lignes d'astreintes opérationnelles chirurgicales (chirurgie digestive, orthopédie et traumatologie, urologie, endoscopies digestives) en alternance entre les 2 CH de Dreux et de Chartres.

- Récupération de la ligne de garde d'urologie financé pour l'hôpital privé d'Eure et loir, ainsi que le forfait pour les MAR.

Inconvénients :

- Renforcement des ressources paramédicales : IADE, IBODE.
- Ouverture de la SSPI en 24 H/24 H, avec l'impact sur les ressources en IDE et ASH.
- Compte tenu de l'activité sur le territoire, les sites, Chartrains et Drouais, actuels ne sont pas en capacité d'accueillir la file active de patients,
- La vétusté des locaux et leur exigüité font que la reconstruction d'un bloc opératoire est nécessaire,
- Moindre attractivité, départs de MAR et aggravation de la problématique de recrutement médical.
- Difficultés organisationnelles des astreintes de sécurité en anesthésie, sur le site n'assurant pas la PDS.
- Fuite des patients vers les structures avoisinantes.

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

Les conséquences seront différentes selon l'hypothèse retenue,

- Mais quoi qu'il en soit, le CH de Chartres sera en capacité de prendre en charge l'activité ambulatoire sur le site Dunois qui sera assurée par les chirurgiens Chartrains.

- Le CH de Dreux peut assurer une partie ou la totalité des vacations d'anesthésie sur le site de Nogent le Rotrou, en cas du départ prévisible des vacataires, et seulement dans le cadre d'un projet global de consultations avancées de chirurgie, pour une filière de chirurgie organisée.

Fiche Projet NEPHROLOGIE

I. Description du contexte (janvier 2018)

	CH de Chartres	CH de Dreux	CH de Châteaudun	CH de Nogent le Rotrou	CH de La Loupe	CH de Henri Ey
Ressources médicales	<p>Seul service de néphrologie du GHT, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 PH TP chef de service - 2 PH T partiel - 4 Assistants temps plein - 2 internes 					
Organisation	<p>CHG de Chartres: Seul Centre Lourd Public du GHT permettant l'hospitalisation et la prise en charge de patients relevant de la néphrologie avec:</p> <ul style="list-style-type: none"> - service d'hospitalisation de Néphrologie: 13 lits avec plateau technique: Ponction biopsies rénales, poses de KT tunnellisés ou non sous écho guidage Bilan de néphropathies, prise en charge d'insuffisance rénale aigue, chronique, repli de patients dialysés centre et hors centre, patients greffés ... Partenariat étroit avec service de cardiologie, diabétologie, et Réanimation 	<p><u>Plateau de consultations :</u> Consultations avancées tous les 15 jours assurées par un néphrologue chartrain</p> <p>Consultation de médecine à orientation insuffisance rénale chronique assurée par un PH Drouais.</p>	<p><u>Plateau de consultations :</u> Consultations avancées tous les mois assurées par néphrologues chartrains</p>	<p><u>Plateau de consultations :</u> Consultations avancées tous les 15 jours assurées par néphrologues libéraux du Mans</p>		

	<p>- centre lourd d'hémodialyse: 20 postes avec troisième séance sur 4 postes soit 88 patients pris en charge</p> <p>- dialyse à domicile: dialyse péritonéale depuis 1998</p> <p>- suivi d'une file active de 150 patients greffes rénaux</p> <p>- consultations externes (prévention, suivi de patients insuffisants rénaux, lithiases rénales, HTA et grossesse)</p> <p>- permanence des soins 24 h sur 24h avec astreintes opérationnelles,</p> <p><u>Plateau Technique :</u> PBR, Kt tunellisés, biopsie ...</p>					
--	--	--	--	--	--	--

⇒ Activité :

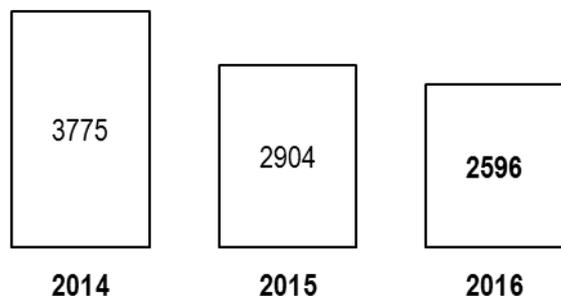
- Centre Hospitalier de Chartres :

Activité d'hospitalisation

	2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées hospitalisation	4 140	3 949	3 868	-2%
Nb RSS hors séances (Séjours)	560	626	617	-1%
Taux d'occupation	87,2%	83,2%	82,3%	-1%
Durée Moyen. de Séjour	6,57	5,68	5,28	-7%
IP DMS	1,12	1,06	1,01	-5%
<i>Hospitalisation de jour</i>				
Hémodialyse en séances	9 809	10 947	11 137	+2%
Hémodialyse pour hospitalisés	1 622	1 343	1 435	+7%
Taux d'occupation	207,5%	202,1%	206,8%	+2%

Activité externe

Passages en Consultations



	2016
Consultations	2 356
Actes CCAM	13
Actes AMI	263
Consult Psychologue (non-fact)	74

- Centre Hospitalier de Dreux :

Année	2014	2015	2016	2017
Nombre hospitalisation PREGREFFE	0	0	7	5
Nombre d' hémodialyses	263	330	264	227

- Centre Hospitalier de Châteaudun :
⇒ Début des consultations externes en mai 2017
- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :
⇒ 2015 : 191 consultations externes
⇒ 2016 : 208 consultations externes

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Faisant le constat d'une offre de soins néphrologiques et de dialyse très hétérogène en Eure et loir, les acteurs de la filière ont orienté leurs travaux pour atteindre les objectifs généraux suivants du projet médical partagé du GHT :

- l'organisation d'une offre de soins graduée grâce au renforcement de l'existant proposé par le Centre de référence (Chartres) et au développement d'une offre de consultations avancées de proximité ;
- le renforcement des partenariats existants avec les structures privées du territoire ;
- la mise en place de conditions d'exercice attractives pour les centres lourds favorisant le recrutement médical.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Equipements :

- CH de Chartres :

- ∞ Développement du centre lourd d'hémodialyse notamment pour les replis / insuffisance rénale aigue / plasmaphérèse avec 8 postes supplémentaires,

→ **8 générateurs de dialyse** (permettant HDF et HD conventionnelle),

- ∞ Création d'une unité d'HTA (Janvier 2018) :

→ **Appareil de mesure de la pression artérielle centrale et de la vitesse de l'onde de pouls** (dans le cadre d'un centre HTA d'excellence avec recherche), et appareil permettant la mesure de la rigidité artérielle,

- ∞ Poursuite des bonnes pratiques médicales

- Un appareil de **mesure de débit des fistules artério veineuses ou des greffons artério- veineux**, pour améliorer la surveillance des abords vasculaires, détecter précocement les sténoses et ainsi augmenter la longévité des abords (dans les recommandations de bonnes pratiques),

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

⇒ **Développement des Consultations avancées de Néphrologie de Proximité** sur chaque bassin (Dreux, Châteaudun et Nogent le Rotrou) pour diminuer les fuites hors département, améliorer et simplifier le parcours de soins des patients,

⇒ **Mieux organiser le parcours en amont**, du patient IRCT pour éviter les dialyses en urgence, et **développement de la prévention** (FMC..., partenariat et information auprès des services de cardiologie, diabétologie, ..),

⇒ **Développement de la greffe rénale préemptive** et greffe à partir de donneur vivant,

⇒ **Développement de dialyse à domicile** (poursuite Dialyse péritonéale, et demande d'autorisation en 2018 pour Hémodialyse à domicile),

⇒ **Développement de la Plasmaphérèse et rheophérèse (janvier 2018)**,

⇒ **Création d'une Unité d'hospitalisation programmée d'HTA** en février 2018, en lien avec les endocrinologues /Cardiologues et le CHU de Tours (centre d'excellence d'HTA) et la Recherche,

⇒ **Développement de l'usage des outils de télémédecine**,

⇒ **Améliorer la coopération entre les différentes structures** (Maison Blanche, AIRBP) pour optimiser la prise en charge globale et de manière satisfaisante des patients en repli (Médial, informatisation du CHG de chartres),

⇒ **Améliorer le parcours de soins du patient** insuffisant rénal de manière territoriale mais également régionale, avec une vraie dynamique de projets communs (cf. conférence hospitalo-universitaire de la région centre Val de Loire)

⇒ **Extension du centre lourd de 8 postes pour les urgences et replis** départementaux dans les 3 à 4 ans à venir (saturation du centre, augmentation de 5%, incidence des nouveaux patients par an), objectif 2020,

⇒ **Création d'une vidéo conférence entre les 3 centres de dialyse** pour identifier le parcours des patients de manière trimestrielle (flux des patients ...).

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre :*

- CH de Chartres :
- **Renfort à 11 Cs** hebdomadaires dès 2018,
- Développement de la **télé expertise** avec les hôpitaux de Dreux, Nogent le Rotrou et Châteaudun,
- Poursuite et renforcement des visioconférences pour **le suivi des patients greffés** avec le centre de Tours,
- **Renforcement de l'ETP notamment sur la greffe rénale, en partenariat avec le CHU de Tours**
- Poursuite **Développement de la dialyse à domicile** avec mise en place de **l'hémodialyse à domicile**,
- Développement des **projets de recherche clinique** (2 projets en cours),
- **Partenariat avec les différents hôpitaux régionaux** et élaboration de protocoles communs,
- **Développement de nouvelles technologies** (rhéophérèse et plasmaphérèse janvier 2018),
- Création en janvier 2018 d'une **unité d'hospitalisation d'HTA** (bilan, prévention),
- **Développement de la visioconférence** avec les centres de dialyse privés pour établir au mieux le flux des patients,
- Diminuer la **DMS et IPDMS** en favorisant le retour précoce à domicile et développement de l'HAD sur le territoire.
- Extension du centre lourd de 8 postes de dialyse,
- CH de Dreux :
- Renfort des **consultations externes** déjà existantes actuellement saturées type 2/10 PH (une journée par semaine) puis à 3/10 (en fonction de l'évolution de la démographie médicale),
- Développement de la **télé expertise**,
- Bilan et hospitalisation en néphrologie CH Chartres si nécessaire,

- Lien à renforcer avec le service de médecine interne /diabétologie/ Cardiologie de Dreux et les urgentistes via le DECT du néphrologue de Chartres (8H30/21H).
- CH de Châteaudun:
 - Développement des **consultations externes** : 1/10 PH soit une journée complète tous les 15 jours,
 - tous les 15 jours soit Bilan et hospitalisation CH Chartres si nécessaire,
 - Développement de la télé expertise,
 - Renforcement des liens avec les urgentistes et internistes de médecine (DECT de garde du néphrologue de Chartres de 8H30 à 21H).
- CH de Nogent le Rotrou :
 - Développement des **consultations externes** : soit 1/10 PH soit une journée complète tous les 15 jours,
 - Bilan et hospitalisation CH Chartres si nécessaire,
 - Développement de la télé expertise,
 - Renforcement des liens avec les urgentistes et internistes de médecine (DECT de garde du néphrologue de Chartres de 8H30 à 21H).

⇒ *Organisation du recours :*

- Si problème aigu du traitement d'eau, ne permettant pas la prise en charge temporaire de nos patients en dialyse : pour les patients très lourds, patients dialysés sur KT : dialyses en centre lourd à Maison blanche et CHR d'Orléans si faute de place ; pour les patients moins lourds transferts à l'AIRBP (problème du traitement d'eau toujours réglé au maximum dans les 24 h),
- Si problème de place dans le service de Néphrologie, ou fermeture des lits temporaire, suite à une décision du CLIN, pour éviter des endémies à germes multi résistants (situation rencontrée en 2016) repli des patients dans le service de cardiologie/ diabétologie avec prise en charge des patients par les médecins de Néphrologie,
- En cas problème hémodynamique et selon gravité, transfert des patients à l'USIC (service de Cardiologie du Dr Albert) ou service de réanimation de chartres (service du Dr Kalfon), et en dernier recours transfert des patients à Tours service de Néphrologie du Pr Halimi ou à l'hôpital Tenon service du Pr Rondo (Réanimation néphrologique).

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
 - ⇒ 1 journée par mois de PH néphrologue à détacher dans un premier temps sur Nogent le Rotrou (2 au départ en retraite du Dr BABINET),
 - ⇒ 2 journées par mois de PH néphrologue à détacher sur le site de Châteaudun,
 - ⇒ 1 journée par semaine de PH néphrologue à détacher sur le site Drouais,

- CH de Dreux :
 - ⇒ 1 journée par semaine de PH néphrologue Chartrain à détacher sur le site,
- CH de Châteaudun:
 - ⇒ 2 journées par mois de PH néphrologue Chartrain à détacher sur site,
- CH de Nogent le Rotrou :
 - ⇒ Départ en retraite prévisible du praticien libéral intervenant sur site,
 - ⇒ 1 journée par mois de PH néphrologue Chartrain à détacher dans un premier temps sur Nogent le Rotrou puis 2 suite au départ en retraite sus cité,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Evolution du taux de fuite,
- ⇒ Nombre de consultations avancées réalisées sur les sites de proximité,
- ⇒ Nombre de visioconférences avec les centres privés,
- ⇒ Nombre de télé expertises,
- ⇒ Nombre de repli,

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (avril 2018):

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent	CH de Châteaudun
Effectifs Médicaux	5 PH TP 1 PH à 30% (soit 5,30 ETP) Service agréé accueil des internes	4 PH TP 1PAA TP 3 postes DESC Tours (Service agréé pour DESC 2017 Phase approfondissement) inconstamment pourvus	Activité de consultation assurée par des praticiens libéraux à hauteur de 5 à 6 journées mensuelles	Activité de consultation externe assurée par un PH Chartrain à hauteur d'une demi-journée hebdomadaire
Horaires ouverture de bloc	8H-18H du lundi au vendredi	08h00-16h00		
Ouverture SSPI	8h30 à 21H du lundi au vendredi 10H à 18H, samedi, dimanche et jours fériés	08h00-22h00 + IDE astreinte WE		
Vacations opératoires hebdomadaires dédiées pour la chirurgie programmée	14 demi-journées	14 demi-journées	5 à 6 vacances mensuelles de chirurgiens orthopédistes libéraux	1 vacation tous les 15 jours
PEC des urgences heures ouvrables	Un PH dédié H24 Salle polyvalente d'urgence dédiée 7/7	Un PH dédié H24 Pas de salle d'urgence dédiée Salle d'urgence multi disciplines ouverte selon effectifs (IADES/IBODES)		

PDS	Une astreinte opérationnelle de chirurgie orthopédique	Une astreinte chir Ortho opérationnelle		
	Une astreinte de Chir ortho opérationnelle	Un interne de garde de chirurgie sur place (aides opératoires toutes disciplines sauf gynéco)		
	1 IADE et 2 IBODE en garde sur place	2 MAR (mater et bloc)		
		Une IBODE sur place + une astreinte (instrumentations)		
		Une IADE sur place		

⇒ Activité :

Capacitaire lits d'orthopédie 2017

Lits dédiés Orthopédie	Chartres	Dreux	Nogent	Châteaudun
Nbre de lits HC	27	15	0	0
Nbre de lits HDS	24 (mutualisés)	0	0	0
Nbre de lits ambulatoires	15	15 (mutualisés)	0	0

Lits pôle chirurgie	Chartres	Dreux	Nogent	Châteaudun
Nbre de lits HC	54	41	0	0
Nbre de lits HDS	24	6	0	0
Nbre de lits ambulatoires	15	15	7	10
Total lits pôle chirurgie	93	62	7	10

Activité opératoire (2016/ 2017)

Activité 2016 Ortho	Chartres	Dreux	Nogent	Châteaudun
Nbre actes programmés	953	1257	327	
Nbre actes ambulatoire (% activité)	494 (25%)	834 (66,3%)	327 (100%)	
Nbre actes non programmé	1 004	526	0	
Total actes	1 957	1783	327	

Activité 2017	Chartres	Dreux	Nogent	Châteaudun
Nbre actes programmés	968	1270	225	
Nbre actes ambulatoire (% activité)	510 (26,55%)	795 (62,6%)	225 (100%)	
Nbre actes non programmés	953	532	0	
Total actes	1921	1802	225	

Activité hospitalisation (2016/2017)

Activité 2016 Ortho	Chartres	Dreux	Nogent	Châteaudun
Nbre RUM HC	1 334	1099		
Nbre RUM ambulatoire (% activité)	292 (18%)	826 (43%)	281 (100%)	
DMS	4,79	4,95		
IPDMS	1,05	0,83	1	
Total RUM ortho	1 626	1925	281	
Activité 2017	Chartres	Dreux	Nogent	Châteaudun
Nbre RUM HC	1324	1182		
Nbre RUM ambulatoire (% activité)	306 (19%)	795 (40,2%)	203 (100%)	
DMS	4,98	4,93		
IPDMS	1,12	0,83	1	
Total RUM ortho	1 630	1977	203	

Activité consultations (chiffres indicatifs, année 2016)

Activité CS Ortho	Chartres	Dreux	Nogent	Châteaudun
Nbre ½ journées de Cs/ sem intra-muros	19	16,5	5 à 6 journées mensuelles	Une demi-journée hebdomadaire
Nbre ½ journées de Cs avancées/sem	1	3 (2/1)		
Nbre Cs/an intra muros	9 142	14 000	2197	442
Nbre Cs /an avancées	442	2500		
Total Cs Ortho/an	9524	16 200	2197	

Principaux actes programmés

Nbe Actes CCAM 2016/2017 (M+12)	Chartres			Dreux			Nogent			Châtea- udun
	2016	2017	%amb	2016	2017	%amb	2016	2017	%amb	
PTH/RPTH	231	166	0,3%	172/1 1	190/14	0	0	0		
PTG/RPTG	88	90		143/3	146/3	0	0	0		
PTE/ PTC				18/0	16/2	0	0	0		
Arthroscopies genou	93	102	70,3%	107	96	92%	45	38	100%	
Arthroscopies épaule	9	25	73,5%	114	148	99%	0	0		
Chirurgie de la main	164	191	86,5%	270	264	98,2%	182	113	100%	
Chirurgie du pied	107	113	67,3	213	198	93,4%	17	21	100%	

Activité en astreinte

Activité 2016 Ortho Traumato (n actes)	Chartres	Dreux	Nogent	Château- dun
Nbe actes non programmés	1004	526		
08h00-18h00 semaine	454	232		
18h00-22h00 semaine	185	106		
Nuit profonde	33	29		
8h00/22h00 WE+JF	332	159		

Activité 2017 Ortho Traumato (n actes)	Chartres	Dreux	Nogent	Châteaudun
Nbe actes non programmés	953	532		
8h00- 18h00 semaine	493	241		
18h00-22h00 semaine	122	101		
Nuit profonde 22h00-8h00	38	22		
8h00/22h00 WE+JF	300	168		

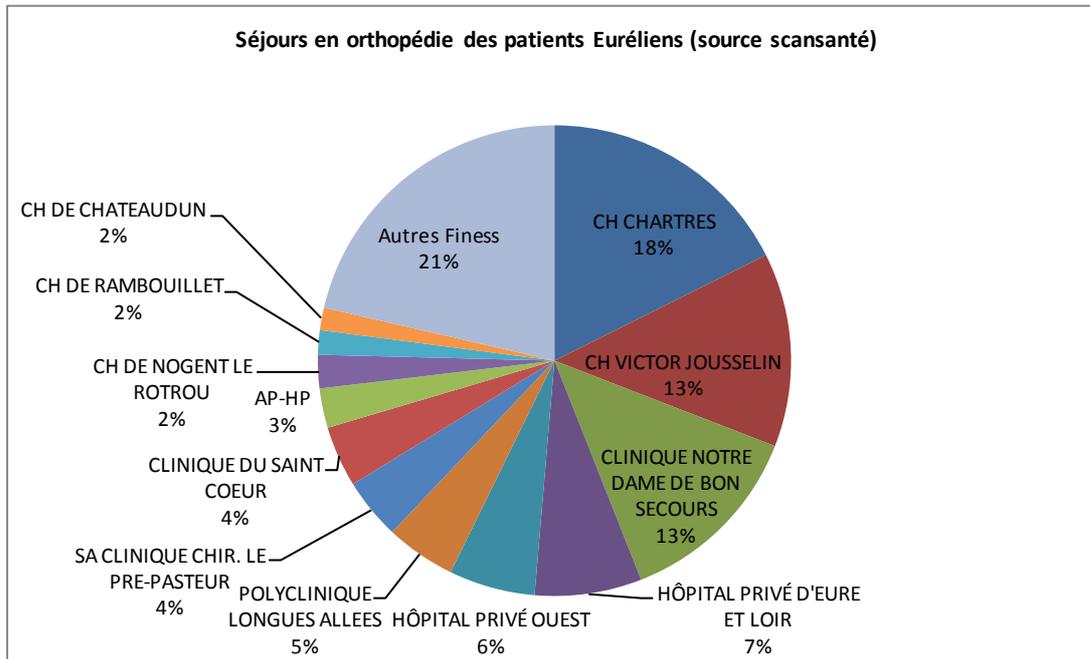
⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Dans un contexte démographique difficile, les établissements d'Eure et Loir se trouvent confrontés à plusieurs problématiques tenant :

- au manque de personnel qualifié au bloc opératoire (les IBODE, les IADE),
- au manque d'attractivité qui complexifie le recrutement des chirurgiens, fragilisant ainsi la réponse apportée en termes de permanence et de continuité des soins,
- à un taux de fuite important des patients vers la région Ile de France et plus particulièrement vers Paris (un certain nombre de patients sont adressés à des centres de recours car nécessitant des plateaux techniques complexes n'existant pas en Eure et Loir),
- à la difficulté de développer une chirurgie lourde (exemple : chirurgie rachis),
- à un taux d'ambulatoire plus ou moins développé pour des pathologies éligibles à cette forme de prise en charge (actuellement près de 65% d'activité programmée à Dreux),

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :



III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

L'offre de soins chirurgicale sur le territoire d'Eure et loir souffre, dans son ensemble, d'une pénurie du nombre de spécialiste, plus ou moins grave selon les spécialités.

Cependant la spécialité orthopédique ne rencontre pas cette difficulté dans le sens où 16 praticiens sont présents sur le département (11 à Chartres en mutualisant public et privé et 5 à Dreux),

Compte tenu de l'état des lieux effectué précédemment (RH, organisation et activité), les objectifs généraux suivants sont définis :

- Organisation d'une offre graduée sur le territoire d'Eure et Loir, permettant de garantir le maintien d'une prise en charge de proximité,
- Répartition cohérente des ressources médicales à l'échelle du territoire, s'articulant notamment autour d'une collaboration plus structurée entre les équipes :
 - o Consultations avancées des orthopédistes Drouais et partenariats existants depuis nombreuses années avec convention sur Houdan et Verneuil sur Avre,
 - o implication des chirurgiens Chartrains sur Nogent et Châteaudun (consultations avancées et chirurgie ambulatoire),
- Développement de la coopération, notamment avec la médecine de ville,
- Développement de la chirurgie ambulatoire,
- Développement de technologies de pointe pour renforcer l'offre existante :
 - o Au CH de Dreux :
 - Chirurgie mini invasive hanche épaule, genou et pied
 - Protocoles RAAC (PTH, PTG, PTE) en cours,
 - Chirurgie per cutanée des rétractions tendino musculaires (en cours en collaboration avec le service du MPR,

- Au CH de Chartres :
 - Numérisation du plateau technique
 - Usage de logiciels d'aide à la décision, programmation pré-opératoire, (hanche, genou et épaule dans le cadre des arthroplasties, logiciels fournis par les sociétés Symbios, Wright-Tornier et Depuy-Synthes) et chirurgie naviguée des arthroplasties et ligamentoplastie,
 - Développement des protocoles RAAC et de la chirurgie ambulatoire ciblée des arthroplasties de hanches et de genoux,
 - Chirurgie percutanée du pied,

Afin de répondre à ces objectifs généraux, il est convenu de travailler sur les objectifs prioritaires ci-dessous :

Objectif N°1 : Renforcement des ressources humaines au bloc opératoire (médecins anesthésistes, IADE, IBODE),

Objectif N°2 : réflexion à mener sur l'organisation d'une permanence des soins territoriale en orthopédie et sur l'opportunité et la faisabilité de la mise en place d'un système de garde ou astreinte « de type alternée » entre les CH Dreux, Chartres (Privé + public), tout en tenant compte des problématiques actuelles en ce qui concerne :

- Vieillesse des chirurgiens,
- Harmonisation des tarifs de rémunération des gardes et astreintes,
- Harmonisation des effectifs en fonction de l'activité de chaque sites (IBODES, IADES, MAR, internes de chirurgie),
- Absence de salle d'urgences dédiée en orthopédie, et surtout de personnel dédié pour les urgences en journée,
- Intégration du secteur privé à la permanence des soins,

Objectif N°3 : Rénovation du bloc opératoire du Centre Hospitalier de Dreux, qui à l'heure actuelle ne permet pas une prise en soins optimale des patients compte tenu de sa vétusté,

Objectif N°4 : Développement de la télémédecine, eu égard à un important recours à l'imagerie.

Objectif N°5 : Développement des prises en charges ambulatoires et des techniques novatrices, notamment pour limiter le taux de fuite des patients (chirurgie mini invasive, protocole RACC),

Objectif N°6 : Développement des filières d'aval, notamment aux alentours de Chartres,

Objectif N°7 : Construction d'une offre concertée sur le rachis. Projet de centre de référence départemental de la PEC des pathologies rachidiennes en place sur le CH de Dreux en collaboration avec les services de rhumatologie, imagerie médicale et MPR (voir PJ en annexe),

Objectif N°8 : Organisation d'une équipe territoriale de chirurgie orthopédique attractive pour le recrutement des nouveaux médecins,

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre :*

- CH de Chartres :
 - ⇒ Prise en charge orthopédique des patients du bassin de vie Chartrain au travers d'une offre de consultations, de chirurgie complète et ambulatoire, ainsi que d'une prise en charge en urgence des patients Euréliens,

- CH de Dreux :
 - ⇒ Prise en charge orthopédique des patients du bassin de vie Drouais au travers d'une offre de consultations, de chirurgie complète et ambulatoire, ainsi que d'une prise en charge en urgence des patients Euréliens,
- CH de Châteaudun:
 - ⇒ Prise en charge orthopédique des patients du bassin de vie Dunois au travers d'une offre de consultations avancées et de chirurgie ambulatoire,
- CH de Nogent le Rotrou :
 - ⇒ Prise en charge orthopédique des patients du bassin de vie Nogentais au travers d'une offre de consultations avancées et de chirurgie ambulatoire,
 - ⇒ Réflexion autour du développement d'une activité post urgences, consultations et chirurgie ambulatoire assurée par les PH Chartrains,

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
 - ⇒ 0,2 ETP de PH à détacher sur le site de Châteaudun,
- CH de Dreux :
 - ⇒ Actuellement 0,5 ETP de PH détachés :
 - 0,2 ETP sur le site de Houdan
 - 0,1 ETP sur site de Verneuil sur Avre
 - 0,2 ETP AIG chirurgie infantile tous les lundis (Dr Barthes)
 - ⇒ Pas d'ETP de PH à détacher sur sites du GHT (Nogent, Châteaudun) avec les effectifs actuels du service
- CH de Châteaudun:
 - ⇒ 0,2 ETP de PH Chartrain à détacher sur site,
- CH de Nogent le Rotrou :
 - ⇒ Temps médical à définir,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Evolution du taux de fuite,
- ⇒ Nombre de consultations avancées réalisées sur les sites de proximité,
- ⇒ Nombre d'actes réalisés sur les sites de proximité,

Fiche Projet

ORL TETE et COU

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (février 2018) :

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent le Rotrou	CH de Châteaudun	CH de La Loupe
Ressources médicales	1,5 ETP	<p><u>ORL</u> :</p> <p>3 PH TP ORL 2 praticiens vacataires ORL 1 audiométriste temps complet 1 orthophoniste</p> <p><u>Stomatologie et chirurgie dentaire</u> :</p> <p>1 praticien temps partiel DESCO (stomato). 2 praticiens temps partiel chirurgiens-dentistes.</p>	Pas de PH	Pas de PH	
Organisation	<p>Chirurgie ORL classique</p> <p>Chirurgien oral présent 3 jours/semaine Pas de chirurgie maxillo-faciale</p>	<p><u>ORL</u> :</p> <p>Audiométrie infantile (dont enfants handicapés, notamment enfants autistes nécessitant un circuit de prise en charge particulier) dépistage systématique de la surdité néo-natale par double méthode. Chirurgie ORL classique Chirurgie carcinologique (Autorisation en carcinologie) Consultations fléchées dédiées vertige. Rééducation vestibulaire Consultations fléchées dédiées déglutition. Rééducation de la déglutition Prise en charge des troubles du sommeil. Consultations fléchées dédiées carcinologie ORL. Consultations fléchées thyroïde Service ORL validant pour les internes de TOURS IDE d'annonce Astreintes départementales ORL opérationnelles H24- 365/365. Laser CO2 et jet ventilation au bloc</p>	<p>Consultations avancées par ORL de la Clinique du Mans</p> <p>Consultations d'ophtalmologie (par 5 praticiens libéraux)</p> <p>Chirurgie dentaire en ambulatoire</p>	<p>Consultations avancées par ORL de la clinique de Vendôme, ainsi que par le Dr BOGHIAN (libéral)</p> <p>Chirurgie ambulatoire pour la cataracte</p>	

		Pas d'assistant partagé <u>Chirurgie maxillo-faciale et chirurgie dentaire</u> : Consultations stomato et chirurgie fléchées dédiées. Consultations soins dentaires personnes âgées et dépendantes fléchées dédiées. Consultations et chirurgie dentaire enfants et handicapés fléchées dédiées.			
--	--	--	--	--	--

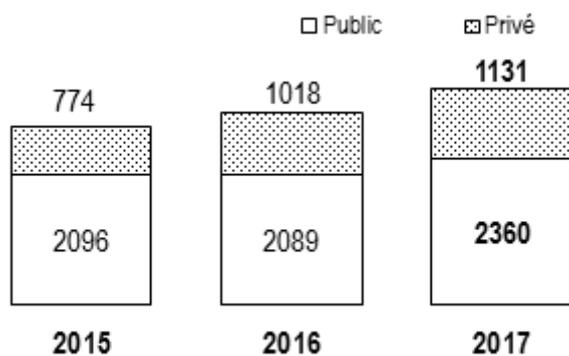
⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)				
	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	447	382	352	442
Nb RUM				
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)				
DMS	2,9	2,7	2,4	2,5
IPDMS	1,11	1,18	1,24	1,15

Activité externe

Passages en Consultations



	2017
Consultations	2 436
dont public	1 667
dont privé	769
Actes CCAM	1 094
dont public	730
dont privé	364

- Centre Hospitalier de Dreux :

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)				
	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	1 906	1 823	1 713	1 457
Nb RUM	699	687	574	579
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	584	626	514	511
DMS	2,84	2,70	3,14	2,67
IPDMS	0,91	0,86	0,89	0,89

HOSPITALISATION DE JOUR				
	2 014	2 015	2 016	2 017
Séances	30	143	19	0
HDJ	17	17	17	16
CHIRURGIE AMBULATOIRE	224	198	205	195

Les séances oncologie ORL sont effectuées depuis 2016 en médecine oncologique

Taux d'occupation global chirurgie	83,30%	78,62%	78,02%	81,67%
Taux d'occupation global chirurgie ambulatoire	90,36%	82,48%	92,02%	90,22%

Chirurgie ORL

	2014	2015	2016	2017
Consultations	4 752	5 330	6 431	6 759
Actes CCAM	3 097	3 250	3 842	4 480
Actes AMI	78	49	56	52
Total	7 927	8 629	10 329	11 291

- Centre Hospitalier de Châteaudun :
 - ⇒ 2015 : - 2 098 consultations externes
 - 96 actes opératoires
 - ⇒ 2016 : - 1 698 consultations externes
 - 81 actes opératoires
- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :
 - ⇒ 2015 : - 1 503 consultations externes
 - 89 actes opératoires

⇒ 2016 : - 1 591 consultations externes
 - 93 actes opératoires

⇒ Fuites :

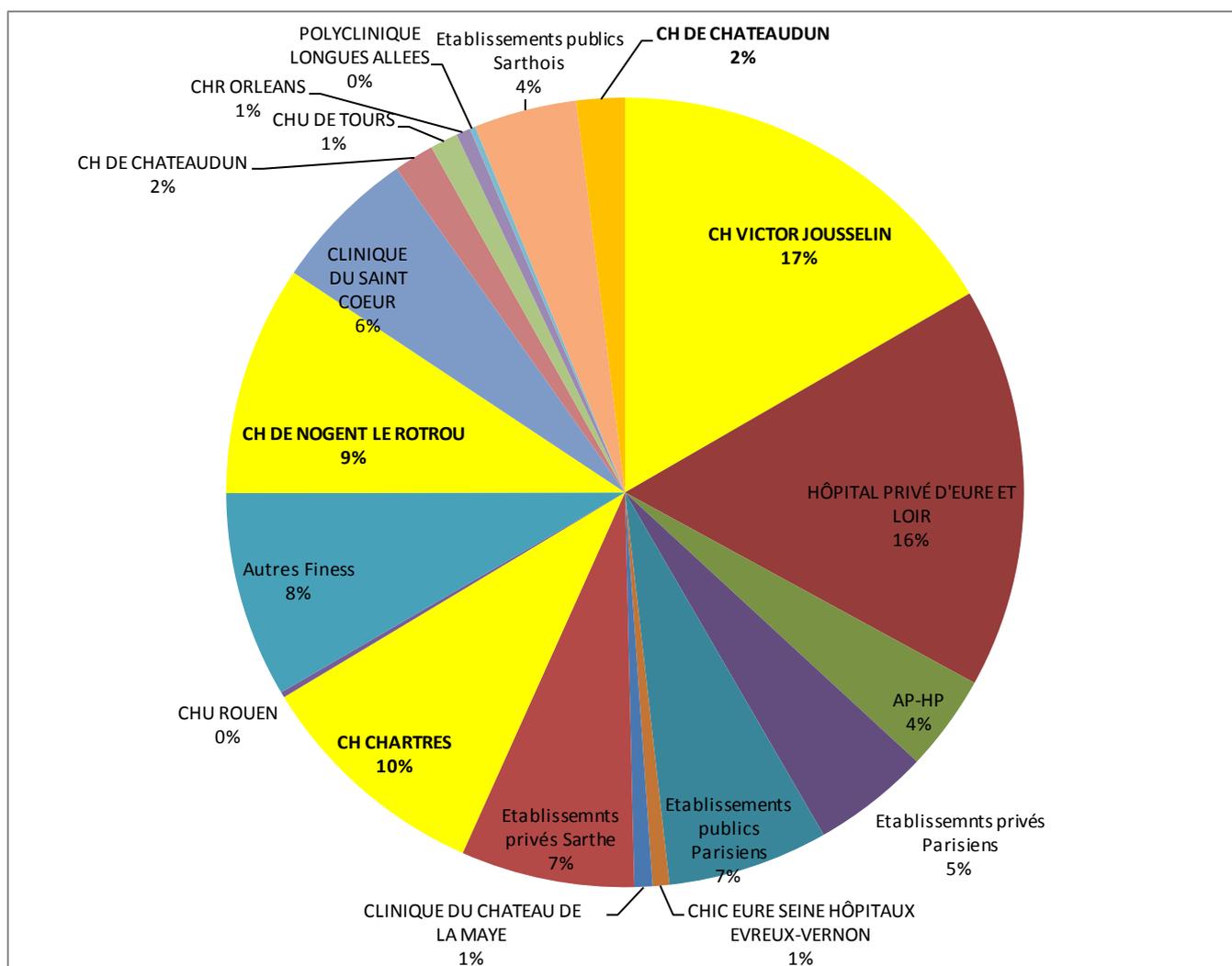
		Séjours >24h.	Séjours <24h.
D10-ORL, Stomatologie	Dest. des principales fuites intra-rég.	79 : Loir-et-Cher	147 : Loir-et-Cher
	Origine des principales attrac intra-rég.	8 : Loiret	6 : Loir-et-Cher
	Dest. des principales fuites extra-rég.	539 : IdF	659 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	146 : Norm	173 : Norm

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Les possibilités de prises en charge ORL, Tête et Cou, n'étant pas équivalentes sur l'ensemble du territoire, l'objectif principal de la filière est de renforcer l'offre existante en la graduant et la rendant lisible, permettant ainsi une prise en charge coordonnée des patients à l'échelle de l'Eure et Loir et en lien avec les médecins de ville.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence (Parts de marché Eure et Loir, 2016, source scan santé)



L'analyse des parts de marché du graphique ci-dessus, montrent que :

- Les établissements publics prennent en charge 38% des Euréliens présentant une pathologie ORL en 2016,
- Concurrence assez importante du secteur privé avec 35% de prise en charge des pathologies ORL Euréliennes.

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n°1 : mettre en place une équipe territoriale pour la participation à la permanence des soins autour du centre de référence drouais.

- Recrutement de postes partagés

Objectif n°2 : développer liens avec les médecins de ville.

Objectif n°3 : développer de l'activité de chirurgie carcinologique à l'échelle territoriale, avec une prise en charge coordonnée et graduée dans le cadre d'un pôle départemental chirurgical : interventions chirurgicales à Dreux (voire possibilités à Chartres mais soumise à autorisation), consultations carcinologiques à Chartres, consultations ORL, complémentaires à l'offre existante, à Châteaudun par l'équipe d'ORL de Dreux.

Objectif n°4 : mettre en place une fédération « Tête et Cou » départementale en y associant les praticiens libéraux.

Objectif n°5 : développer les prises en charge et les pratiques ambulatoires.

Objectif n°6 : déploiement de la solution de télémédecine avec les Centres Hospitaliers du Département.

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

- CH de Chartres :
Organisation de la prise en charge autour d'une activité :
 - ⇒ De consultations externes,
 - ⇒ De chirurgie ambulatoire et complète (hors cancérologie),
 - ⇒ D'hospitalisation complète,
- CH de Dreux :
Organisation de la prise en charge autour d'une activité :
 - ⇒ De consultations externes,
 - ⇒ De chirurgie ambulatoire et complète (dont la cancérologie),
 - ⇒ D'hospitalisation complète,
 - ⇒ De permanence des soins, le CH de Dreux l'assurant au niveau départemental,
- CH de Châteaudun :
Organisation de la prise en charge autour d'une activité :
 - ⇒ De consultations externes,
 - ⇒ De chirurgie ambulatoire,

- CH de Nogent le Rotrou :
Organisation de la prise en charge autour d'une activité :
⇒ De consultations externes,
⇒ De chirurgie ambulatoire,

⇒ *Organisation du recours* :

Le recours est organisé en deux temps au sein de notre territoire.

Un recours départemental, vers le CH de Dreux, centre expert en la spécialité (télé médecine, régulation départementale) est organisé, auquel s'ajoute le recours aux centres experts, tels que décrit ci-dessous :

- HEGP pour la chirurgie robotique,
- IGR pour la chirurgie des sarcomes,
- Centre Hospitalier Tenon pour la chirurgie reconstructive complexe laryngée,
- Centre Hospitalier Lariboisière pour la chirurgie carcinologique orl complexe des sinus,
- Centre Hospitalier Universitaire de Rouen pour les embolisations,
- Centre Hospitalier de la salpêtrière pour l'oto neurochirurgie.

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
Départ en retraite d'un PH temps partiel dans les 5 ans,
- CH de Dreux : le recrutement d'un assistant partagé permettrait de diminuer les fuites ciblées et/ou de les transformer en orientation de filière,
Recrutement en cours d'un chirurgien maxillo-facial,
- CH de Châteaudun:
- Evolution du partenariat avec le secteur privé,
- Offre publique à finaliser au travers d'un poste partagé avec le CH de Dreux,
- CH de Nogent le Rotrou :
- Evolution du partenariat avec le secteur libéral,
- Offre publique à finaliser au travers d'un poste partagé avec le CH de Dreux,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Evolution du taux de fuite,
- ⇒ Nombre de consultations avancées réalisées sur les sites de proximité,
- ⇒ Nombre de consultations télé médecine,
- ⇒ Taux de prise en charge ambulatoire,

Fiche Projet

BIOLOGIE ET ANATOMOPATHOLOGIE

BIOLOGIE

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (mai 2018) :

	CH Chartres	CH de Châteaudun	CH de Dreux	CH de Nogent le Rotrou	CH de La Loupe	CH Henri Ey
Ressources médicales	<u>Biologie</u> : 7 postes 5,9 ETP	<u>Biologie</u> : 1 poste 1 ETP	<u>Biologie</u> : 4 ETP + 1 poste vacant	<u>Biologie</u> : Pas d'effectif dédié	<u>Biologie</u> : Pas d'effectif dédié	<u>Biologie</u> : Pas d'effectif dédié

⇒ Activité (au 31 décembre 2017):

Activité pour	Laboratoire du CH de Chartres			Laboratoire du CH de Châteaudun	Laboratoire privé C+Bio	Laboratoire du CH de Dreux
	Chartres	Nogent le Rotrou*	Henri Ey	Châteaudun	La Loupe	Dreux
ACTIVITE (en MBSS)	24.0	2,07*	0.50	3.8**		22,5
ACTIVITE (en actes)	1 238 683				NA***	1 083 712
PSL **** délivrés par le laboratoire	0	0	0	897	0	2617
SPECIALITES DU LABO	Biochimie/ Hématologie e Cytologie/ Hémostase / micro biologie/AMP P EBMD/AI DPN	EBMD	Pas de laboratoire	Biologie d'urgence	Pas de laboratoire	Biochimie/ Hématologie Cytologie/ Hémostase/ micro biologie/AMP/PSL/I HR/AI
ACTIVITE EXTERNALISEE (vers laboratoires)	4.20%	NA***	NA***	23%	NA***	3,10%
	CERBA			CHRO		CERBA/BIOMNIS

spécialisés)						
Activité Externe	20%	NA***	NA***	16.3%	NA***	6,3%
COUT B (euros)	0.185	0,24	0,27	0,24	0,27	0,21
ACCREDITATION	80%	NA***	NA***	63%	NA***	55%
Structure juridique 31/12/17	Laboratoire de biologie médicale mono-site	Convention avec le CH de Chartres depuis janvier 2017	Convention avec le CH de Chartres depuis 01/12, nouvelle convention en 01/16	Laboratoire de biologie médicale mono-site	Convention avec le laboratoire C+Bio	Laboratoire de biologie médicale mono-site
Etat des lieux de la structure juridique 05/2018	09/01/18 : Laboratoire de biologie médicale commun multi sites Chartres-Châteaudun			Laboratoire de biologie médicale commun multi sites Chartres-Châteaudun	Convention avec le CH de Chartres à partir du 01 février 2018	

*Activité partielle : prestation biologique réalisée par le CH de Chartres à partir de 01/17 pour le SAU et d'04/17 pour le reste du CH de Nogent le Rotrou

**Tronquée, ne comprend que l'activité réalisée au laboratoire de Châteaudun, hors celle adressée au CHRO

***NA, non applicable car pas de laboratoire sur place

****Produit Sanguin Labile

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Le territoire d'Eure et loir est particulièrement bien couvert par les structures publiques, avec une organisation qui permet une prise en charge 24H/24, 7J/7, quel que soit le lieu de résidence du patient et son lieu d'admission.

Des circuits logistiques, ainsi que la mise en place de biologie délocalisée sur des sites distants dépendant du CH de Chartres, permettent cette couverture.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

4 labos privés (BIO ALLIANCE, la Tonnellerie, Laboratoire VIGIER-ROUVERY, C+BIO) qui nous concurrencent sur l'activité externe et sur l'HAD,

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Pérenniser un maillage de laboratoires de biologie médicale efficient permettant l'accès à une offre de biologie de qualité (laboratoires accrédités) pour la population Eurélienne, selon les modalités de mise en œuvre ci-dessous :

- Partager les compétences spécifiques en accréditation pour atteindre une accréditation de l'ensemble des laboratoires publics du territoire,

- Dresser une cartographie des sites de biologie (Cf I de la présente fiche) afin de vérifier la bonne adéquation du maillage de l'offre de biologie,
- Mettre en place une GPEC médicale,
- Améliorer la visibilité et l'accessibilité de l'offre biologique hospitalière,
- Améliorer la diffusion des résultats auprès des prescripteurs et des patients,
- Doter les laboratoires des technologies innovantes pour la prise en charge des pathologies lourdes,

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre :*

- CH de Chartres :
Développement de l'offre externe avec ouverture d'un centre de prélèvement à l'hôtel Dieu et développement du centre existant sur LP,
Prospecter auprès de l'HAD et des offreurs de soins privés,
- CH de Dreux :
Développement de l'offre externe avec ouverture d'un centre de prélèvement aux consultations d'anesthésie,
Communiquer auprès des professionnels de santé du secteur libéral,
- CH de Châteaudun:
Transfert d'une partie de l'activité en biologie délocalisée de manière à maintenir une PEC en urgence 24H/24

⇒ *Organisation du recours:*

CHRO/laboratoires publics spécialisés/CNR/laboratoires privés (CERBA, BIOMNIS),

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines et de matériel

- CH de Chartres :
Adapter l'effectif au développement de l'offre,
Adapter le parc d'équipements, la solution informatique et logistique au développement de l'offre,
- CH de Dreux :
Adapter l'effectif au développement de l'offre,
Adapter le parc d'équipements, la solution informatique et logistique au développement de l'offre,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Taux d'accréditation,
- ⇒ Evolution du pourcentage de l'activité externe,
- ⇒ Evolution du nombre d'actes.

ANATOMOPATHOLOGIE

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (mai 2018) :

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Châteaudun	CH de Nogent le Rotrou	CH de La Loupe	CH de Bonneval
Ressources médicales	1 poste 1 ETP + 0.2 ETP (CHRO) + 0.2 ETP praticien attaché	0	0	0	0	0

⇒ Activité (au 31 décembre 2017) :

	CHARTRES	CHATEAUDUN	DREUX	NOGENT LA LOUPE	BONNEVAL
PRESENCE ANAPATH	5/7J avec solution de remplacement à la demande	0	Prestataire externe si extemporané	0	0
ACTIVITE	SUR LE SITE DE CHARTRES : 8729 actes CCAM soit 7536 examens dont 1200 cytologies non gynéco	TOTALITE DES EXAMENS EXTERNES (CHRO)	TOTALITE DES EXAMENS EXTERNES (SIPATH principalement)	TOTALITE DES EXAMENS EXTERNES : Centre d'anatomie et cytologie pathologiques LE MANS	NA
TYPES DE CONTRAT POUR ACTIVITES EXTERNEES	Convention avec le CHRO + convention pour les extempo et les examens urgents (en cas d'absence) avec l'antenne Anapath du laboratoire Bio-alliance Chartres(Technipath Lyon)	CONVENTION	MARCHE PUBLIC	?	NA
URGENCES	8 à 12%	?	Tampon "URGENT" envoi le jour même à Clermont Ferrand (chiffre non communiqué)	Très rare/ envoi par ambulance privée	NA
EXTEMPO	52 (programmées ou non programmées)	?	-RDV fixé par le service demandeur avec le laboratoire SIPATH,	NA	NA

			Bloc opératoire et secrétaire d'Anapath de Dreux 2-Déplacement d'un médecin du laboratoire de Clermont Ferrand le jour de l'intervention		
ACTIVITE EXTERNEE	Biologie moléculaire cancéro (plateforme Biologie moléculaire du CHRO principalement), Immuno-fluorescence (rein, peau), relecture dans le cadre de réseau (lymphopath, mésopath, TMRO, TENPATH...)	TOUT	TOUT	TOUT	NA
COUT	?	COUT SECU	COUT SECU	COUT SECU	NA
LOGISTIQUE	PRIVE (cerba)	ORLEANS	PRIVE (TSE Orléans)	PRIVE : Ambulance Malnuit 28	NA

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

L'activité d'anatomopathologie est concentrée sur un seul établissement du territoire d'Eure et Loir, elle est déclinée de la façon suivante sur le département :

1 centre hospitalier a un service d'anatomopathologie : CH de Chartres

5 centres hospitaliers n'ont pas de service d'anatomopathologie :

- 2 adressent leurs examens au Mans : CH de Nogent Le Rotrou et CH de la Loupe
- 1 adresse ses examens au CHRO : CH de Châteaudun
- 1 adresse ses examens à SIPATH (Clermont Ferrand) : CH de Dreux
- CH de Bonneval : pas d'activité d'anatomopathologie.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

3 labos privés (BIO ALLIANCE, SYPATH, ORELIANCE) existent sur la Région.

Intérêt de poursuivre une bonne couverture publique et consolider le partenariat notamment avec le CHRO pour maintenir une offre de proximité en lien avec la cancérologie, la chirurgie, les activités endoscopiques et la gynécologie-obstétrique.

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Eu égard à la pénurie d'anatomopathologistes publics en Eure et Loir, dans un premier temps, l'objectif est de consolider la structure d'anatomopathologie du CH de Chartres en s'appuyant sur le CHRO (présence sur site ou traitement à distance) et en continuant la collaboration avec un praticien attaché, dans l'attente d'un recrutement pérenne en la spécialité.

Objectif n°1 : Etablir un partenariat fort et structuré entre le CH de Chartres et le CHRO :

- recruter un praticien à temps partagé entre les deux établissements,
- organiser le recours à l'expertise du plateau d'anapath spécialisé.

Objectif n°2 : Mettre en place un scanner de lames au CH de Chartres et au CHRO financés par l'ARS permettant d'assurer la continuité de service au CH de Chartres pour les examens urgents.

Objectif n°3 : Pérenniser la prise en charge des examens d'anatomopathologie du CH de Châteaudun par le CHRO.

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

- CH de Chartres :
- CH de Dreux :
Collaboration avec le CH de Chartres à envisager dès lors que les effectifs seront plus complets?,
- CH de Châteaudun:
Collaboration avec le CH de Chartres à envisager dès lors que les effectifs seront plus complets?,

⇒ *Organisation du recours*:

Le recours est organisé vers le CHRO, le laboratoire privé CERBA et les CHU Parisiens.

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines et de matériel

- CH de Chartres :
Recrutement d'un PH temps plein sur le poste vacant,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Effectivité du recrutement en poste partagé,
- ⇒ Evolution de l'activité,

Fiche Projet

Filière Education thérapeutique du patient

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (Avril 2018):

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Châteaudun	CH de Nogent le Rotrou	CH Henri Ey
Ressources médicales et paramédicales	<p>Une équipe de professionnels formés et dédiés à l'ETP (2,9 ETP IDE, 1,2 ETP diététicienne, 1 ETP AMA, 0,2 ETP éducateur médico sportif)</p> <p>Une association de patients intervenant dans les programmes</p>	<p>Une équipe de professionnels dédiés et formés à l'ETP (1 ETP diététicienne, 0.5 ETP secrétaire, 6 IDE pour un équivalent 4.8 ETP)</p> <p>Des professionnels « relais » dans les unités de soins</p> <p>associations de patients intervenant dans les programmes (rhumatologie et stomathérapie)</p>	<p>Mise à disposition d'1 IDE coordinatrice de Dreux une fois tous les deux mois pour le programme rhumatologie</p>		<p>Temps détaché de l'IDE et des médecins chargé de programme (ETP)</p> <p>0,2 médecin (coordinateur ETP)</p> <p>0,2 infirmière (co-coordinatrice du programme)</p> <p>Temps non détaché :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 IDE (total 0,15 ETP) - Diététicienne (0,01 ETP) - 0,05 Cadre de santé chargé ETP
Organisation	<p>Insuffisance cardiaque (programme autorisé par ARS),</p> <p>Réhabilitation respiratoire</p>	<p>Une unité fonctionnelle spécifique : Unité Transversale d'Education Thérapeutique</p> <p>9 autorisations de programmes (actifs)</p>	<p>Déploiement du programme ETP de rhumatologie autorisé au CH de Dreux grâce à la mise à disposition de l'IDE</p>		<p>Schizophrénie,</p> <p>Organisation en hospitalisation de jour (ambulatoire),</p>

	<p>(programme autorisé par ARS),</p> <p>VIH,</p> <p>Diabète de type 1 (programme autorisé par ARS),</p> <p>Diabète de type 2 (programme autorisé par ARS),</p> <p>Diabète gestationnel (programme autorisé par ARS),</p> <p>Rhumatologie (RIC) (programme autorisé par ARS),</p> <p>Insuffisance rénale (pré-dialyse),</p> <p>Obésité de l'adulte (hors programme ARS) obésité de l'enfant (Dr PHAN)</p> <p>Activité physique adaptée</p> <p>Organisation en ambulatoire, HDJ, HDS, HC, individuel et collectif</p>	<p>par l'ARS Centre Val de Loire :</p> <p>Anticoagulants oraux,</p> <p>Diabète de type 1,</p> <p>Diabète de type 2,</p> <p>Diabète gestationnel, Rhumatologie (RIC) (convention de partenariat avec CH de Châteaudun),</p> <p>BPCO, Asthme,</p> <p>Schizophrénie,</p> <p>Stomies.</p> <hr/> <p>Activité physique adaptée</p> <p>Organisation en ambulatoire, HDJ, HDS, HC, individuel et collectif</p>	<p>coordinatrice (1 jour/ 2 mois)</p> <p>Organisation en ambulatoire</p>		
--	---	--	--	--	--

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

	2015	2016	2017
File active		1 375	1 411
Nombre de séances individuelles		2 802	3 630
Nombre de séances collectives		1 103	1 020

- Centre Hospitalier de Dreux :

	2015	2016	2017
File active	1 513	1 701	1816
Nombre de séances individuelles	4 560	4 252	4801
Nombre de séances collectives	489	634	711

- Centre Hospitalier de Châteaudun : (inclus dans l'activité du CH de Dreux)

File active : 11

Séances individuelles : 7

Ateliers de groupe : 2 soit 12 personnes

- CH Henri Ey :

	2015	2016	2017
File active	14	6	10
Nombre de séances individuelles	5	1	2
Nombre de séances collectives	19	9	13

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Le déploiement de l'éducation thérapeutique sur le territoire est assez concentré puisque seuls les Centres Hospitaliers de Chartres, Dreux et Henri Ey disposent de programmes autorisés. Les patients ne peuvent pas toujours intégrer un programme d'éducation thérapeutique qui correspond à leur pathologie à proximité de leur domicile et quand bien même ils pourraient se déplacer, la lisibilité de l'offre sur le territoire n'est pas suffisante.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Complémentarité:

Un certain nombre d'acteurs libéraux, et privés, sont investis sur l'éducation thérapeutique et constituent des acteurs de soins importants en la spécialité, avec lesquels un véritable partenariat est à construire :

- ↔ MSP dispositif ASALEE,
- ↔ Dispositif SOFIA
- ↔ Programmes nationaux de la MSA,
- ↔ Pharmacies d'officine qui font des consultations de suivi,

⇒ Concurrence :

- ↔ Cliniques (maison blanche/Institut de diabétologie du centre/clos du roi/espace diabète 28)/AIRBP,

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n°1 : travailler sur l'accessibilité des patients aux programmes :

- par le développement d'outils de communication à l'égard des patients,
- par le développement d'outils de communication à l'égard de la médecine de ville,
- Améliorer la connaissance de l'offre d'ETP proposée par la médecine de ville et par le GHT,
- Faciliter l'extension géographique des programmes aux établissements qui ne disposent pas d'autorisations,
- Organiser l'externalisation de certaines sessions (mairies, associations...),

Objectif n°2 : Mettre en place des actions de formation des professionnels de santé dans le cadre du GHT,

Objectif n°3 : Développement de la télémédecine dans le cadre des séances individuelles,

Objectif n°4 : Création d'une coordination départementale pour accompagner les programmes existants, développer d'autres programmes et favoriser les échanges de pratiques et d'outils pédagogiques, création d'un annuaire de professionnels impliqués et formés dans l'ETP,

Objectif n°5 : Mise en place de COPIL dans chacun des CH titulaires de programmes,

IV. Structuration projetée

⇒ Gradation de l'offre :

• CH de Chartres :

- Fibromyalgie, lombalgies chroniques,
- Obésité de l'adulte,
- Réflexions en cours sur d'autres programmes (douleur, ostéoporose...),

• CH de Dreux :

- Fibromyalgie,
- Réflexions en cours sur d'autres programmes (douleur, sommeil, anti cancéreux voie orale, troubles bi polaires, ostéoporose...)

- CH de Châteaudun:
- Réflexion sur une offre de soins en 1^{er} recours en ETP en diabétologie,
- CH de Nogent le Rotrou :
- Réflexion sur une offre de soins en 1^{er} recours en ETP en Rhumatologie,
- CH de La Loupe :
- CH Henri Ey :
- Réflexions en cours sur d'autres programmes (troubles bi polaires,...),

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
- Poursuivre les formations de niveau 1,
- Former les coordinateurs,
- Effectifs PNM en adéquation avec les besoins de la population en ETP,
- CH de Dreux :
- Poursuivre les formations de niveau 1,
- Former les coordinateurs,
- Effectifs PNM en adéquation avec les besoins de la population en ETP,
- CH de Châteaudun:
- Faire participer un IDE et une diététicienne de l'établissement à la formation de niveau 1 en ETP,
- CH de Nogent le Rotrou :
- Faire participer des personnels non médicaux de l'établissement à la formation de niveau 1 en ETP,
- CH de La Loupe :
- Faire participer des personnels non médicaux de l'établissement à la formation de niveau 1 en ETP,
- CH Henri Ey :
- Poursuivre les formations de niveau 1,
- Former les coordinateurs,
- Effectifs PNM en adéquation avec les besoins de la population en ETP,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Nombre de programmes actifs,
- ⇒ Nombre d'extension,
- ⇒ Nombre de personnels formés,
- ⇒ Mise en place effective de la coordination départementale.

Fiche Projet

Endocrinologie diabétologie

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (avril 2018):

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Châteaudun	CH de Nogent le Rotrou	CH de La Loupe
Ressources médicales	<ul style="list-style-type: none"> - 5 ETP - 1 poste vacant - 1 ou 2 internes (spécialité et méd. générale) - Poste d'assistant spécialiste partagé avec le CHU à partir du 1/11/18 - 2 attachés spécialistes endocrinologues avec une vacation/semaine - ½ poste de psychologue pour les TCA <p>Service agréé pour interne de spécialité diabéto-endocrinologie et nutrition (DESC)</p>	<p>2 ETP pourvus 3 Postes PH vacants, 1 ETP PAA médecine générale, 2 stagiaires associés</p> <p>Service agréé pour les internes de spécialité et de médecine générale</p>			
Organisation	<p>Hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation traditionnelle : 28 lits - hospitalisation de semaine : 6 lits - hospitalisation de jour : 6 fauteuils x 2 fois/ semaine (bilan diabète et diab.gestationnel) 	<p>Hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation complète : 10 lits - Hospitalisation de semaine : 7 lits Hôpital de jour : - 2 places 3 jours par semaine <p>Consultations médicales :</p>	<p><u>Consult. avancée de diabéto-endocrinologie</u> : 2 plages / 15 jours, assurées par les PH Chartrains</p>	<p>Offre de consultations externes par libéral de ville</p>	

<p>Consultation médicale <u>Consult. Diabétologie</u> : 5 plages/semaine <u>Consult. Endocrino</u> : 3plages/semaine <u>Consult nutrition</u> : 3plages / semaines <u>Consult diab.</u> <u>gestationnel sous</u> <u>insuline</u> : 1 plage/ 2s <u>Consult.pied diabétique</u> (méd+IDE+1/4podo) : 4 plages/s</p> <p>Consult. infirmières : 7 plages/semaine dont - suivi diabète - diabète gestationnel - pied diabétique (pst)</p> <p>Consult. diététicienne : 3 plages/semaine</p> <p>Consult suivi chirurgie bariatrique : 1 plage/s</p> <p>RCP de chir.bariatrique 1 RCP / 15 jours</p> <p>STAFF de spécialité : 1 par semaine</p>	<p>3 plages de consultations par médecin et par semaine - consultations endocrino- diabétologie - consultations urgences métaboliques - pied diabétique - diabète gestationnel - chirurgie bariatrique - échodoppler thyroïde - cytoponction nodule thyroïde - consultations avancées hôpital Houdan (1/2 journée par semaine) - consultations interservices</p> <p>RCP chir bariatrique : Tous les 2 mois</p> <p>Consultations infirmières : - plages de consultations quotidiennes</p> <p>Consultations diététiques : - plages de consultations quotidiennes</p>			
--	---	--	--	--

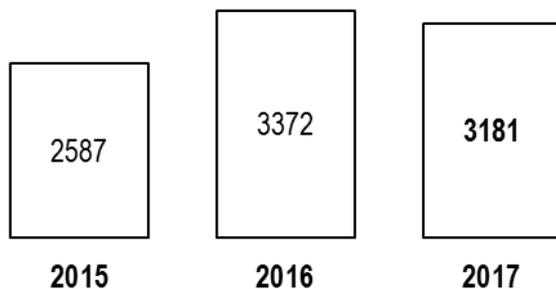
⇒ Activité :

1- Centre Hospitalier de Chartres :

	2015	2016	2017	17/16
<i>Hospitalisation complète et de semaine</i>				
Journées hospitalisation	10 432	10 860	10 372	-4%
Taux d'occupation	87,7%	91,3%	88,3%	-3%
Durée Moyen. de Séjour	5,61	5,47	5,29	-3%
IP DMS	1,08	1,04	1,09	+5%

Activité externe

Passages en Consultations



	2017
Consultations	2 622
Actes CCAM	9
Actes AMI	1 030
Actes podologie	89
Consult Psychologue(non fac	247

- Centre Hospitalier de Dreux :

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)

	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	5 196	5 422	4 540	4 628
Nb RUM	837	920	904	801
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	819	902	865	778
Taux d'occupation	88,78	92,13	90,76	91,72
DMS	6,30	5,94	5,07	5,84
IPDMS	1,11	1,12	1,07	1,15

ACTIVITE EXTERNE

	2014	2015	2016	2017
Consultations	3 944	4 617	3 542	3 633
Actes CCAM	240	278	306	316
Actes AMI	108	168	212	261
TOTAL	4 292	5 063	4 060	4 210

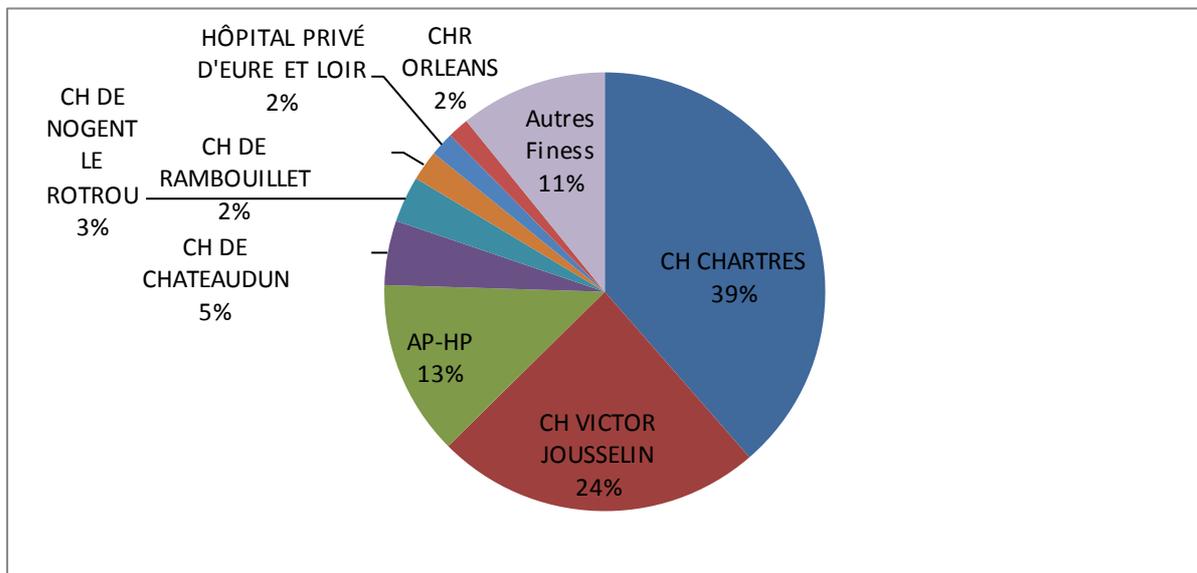
- Centre Hospitalier de Châteaudun :

ENDOCRINOLOGIE	2015		2016		2017	
	Consultations	CCAM	Consultations	CCAM	Consultations	CCAM
Nbre Actes						
Nbr de patients	117	0	128	0	134	0

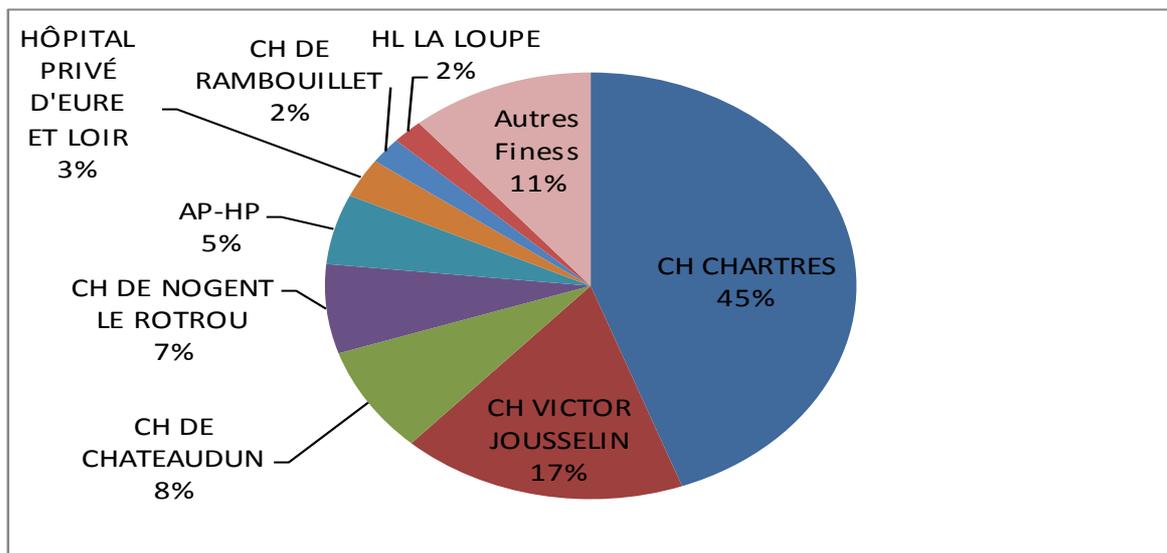
- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

Activités externes	2016		2017		
	Nbre Actes	Consultations	CCAM	Consultations	CCAM
Endocrinologie		344	-	336	-
Diabétologie		103	-	3	-

⇒ Fuites : séjours en endocrinologie, diabétologie, des patients Euréliens en 2016, source SCAN SANTE



Séjours troubles métaboliques, nutrition et obésité, des patients Euréliens en 2016, source SCAN SANTE



⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Dans un contexte territorial économiquement et médicalement fragile, il est difficile pour les équipes d'attirer des confrères et d'organiser une offre lisible répartie sur l'ensemble du territoire.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

A) Deux structures privées dans le département de type SSR

- **Institut du diabète et nutrition du centre à MAINVILLIERS** : 99 lits de SSR diabète et nutrition avec des séjours fixes de 3 semaines ou HDJ post séjour HDJ possible SANS séjour hospitalier au préalable (22 séances par an).
- **Service de nutrition de la clinique Maison Blanche à VERNOUILLET** : lits de SSR en nutrition.

B) **4 ENDOCRINOLOGUES libéraux** à temps partiel à CHARTRES avec un départ à la retraite très prochainement (Dr MAILLOUX)
Aucun endocrinologue libéral sur le reste du département.

C) **HÔPITAL PRIVE D'EURE et LOIR** :

Activité de chirurgie bariatrique en déclin sur les 2 années précédentes

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n°1 : développer des actions communes :

- Développer dans chaque CH l'activité de ponction thyroïdienne qui pour l'instant est très limitée (quelques ponctions à DREUX, Dr VINCENT DEJEAN en formation d'un DU d'échographie pour CHARTRES) => Partage d'expérience,
- Développer des consultations avancées dans les 2 CH proximités (CHATEAUDUN et NOGENT LE ROTROU) en répartissant les rôles et renforcer l'équipe de DREUX,

Objectif n°2 : Revoir l'investissement de rétinographes dans chaque CH (Chartres) pour économiser le temps médical d'OPH qui se raréfie dans le département (activité essentielle en diabétologie avec recommandations nationales) : aujourd'hui, seul le Centre Hospitalier de Dreux dispose d'un rétinographe. Cet appareil permet notamment de réaliser des fonds de l'œil sans présence médicale, la lecture pouvant quant à elle être réalisée à distance. La mutualisation paraît difficile au vu des coûts de transport et du coût d'achat.

Objectif n°3 : mise en place d'un circuit du patient territorial pour la prise en charge du pied diabétique : clarification du circuit vasculaire entre Dreux et Chartres et formalisation d'un projet commun du parcours patient. Une structure existe déjà dans les 2 CH de CHARTRES et DREUX.

Objectif n°4 : Revoir l'organisation de la chirurgie bariatrique suivant les exigences du parcours structuré par l'HAS dans le département.

Objectif n° 5 : Mise en place d'une collaboration médicale :

- RCP commune pour cancer thyroïde dans la région Centre (ORLEANS),
- RCP commune pour la chirurgie bariatrique,
- Staff de spécialité commun par trimestre,

- Lien avec la psychiatrie dans le cadre de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires,

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre :*

- CH de Chartres :

- Activité d'ETP en diabétologie et nutrition
- Activité de chirurgie bariatrique (50 interventions/ an depuis 2 ans avec projet de 100 interventions dans 2 ans),
- Consultation avancée d'endocrinologie et nutrition à CHATEAUDUN et nutrition à NOGENT LE ROTROU et DREUX,
- Renforcement des liens avec le CH de DREUX (poste partagé à l'étude qui pourrait pérenniser l'aide aux CH de proximité),
- Développer le circuit des pathologies vasculaires sur le département (artériographie, stents périphériques, chirurgie de pontages périphériques),
- Développer la prise en charge chirurgicale de la thyroïde avec réalisation de bilan préopératoire standardisé (accueil thyroïde formalisé),
- Travailler sur les lits d'aval de diabétologie et nutrition avec les structures privées du département.

- CH de Dreux :

- Pérenniser offre existante sur le bassin Drouais,
- Augmenter activité de chirurgie bariatrique,
- Développement de la télémedecine,
- Développement de la nutrition,
- Réduire les délais de consultations afin de limiter les fuites,
- Compte tenu des effectifs actuels, impossibilité de détacher du temps médical sur les autres structures,

- CH de Châteaudun:

- Offre de consultations externes assurée par les PH Chartrains, en endocrino-diabétologie,

- CH de Nogent le Rotrou :

- Offre de consultations externes assurée par un PH Nogentais, dans le cadre de la mise en place d'une filière de prise en charge diabéto de territoire,

⇒ *Organisation du recours:*

Prise en charge des cas difficiles en diabéto-endocrinologie au CH CHARTRES et DREUX en fonction de la proximité géographique,

Prise en vasculaire périphérique plutôt au CH de CHARTRES compte tenu de l'unité d'exploration vasculaire déjà existante sur l'établissement.

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :

- Détachement de temps PH, à hauteur de 0,2 ETP (contre 0,1 ETP actuellement), au CH de Châteaudun,
- Détachement de temps PH nutritionniste au CH de Dreux, en consultations, (0,1 ETP),

- CH de Dreux :

- Effectif médical à étoffer (3 postes vacants),

- CH de Châteaudun:
 - Détachement de temps PH Chartrain, à hauteur de 0,2 ETP (contre 0,1 ETP actuellement),
- CH de Nogent le Rotrou :
 - Recrutement d'un PH interniste avec compétences en diabétologie,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Nombre d'actes de chirurgie bariatrique,
- ⇒ Nombre de ponction thyroïdienne et d'actes de chirurgie thyroïdienne,
- ⇒ Nombre de consultation avancée dans le département,

Filière

Médecine Physique et de Réadaptation

I. Description du contexte

⇒ *Situation actuelle :*

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent le Rotrou	CH de Châteaudun	CH de La Loupe
Ressources médicales et paramédicales		2 ETP PH (4 postes budgétés) 2 postes d'internes budgétés 11 kinés (MPR) 4 ergothérapeutes 3 neuropsychologues 1 orthophoniste 1 psychologue			
Organisation		60 lits HC dont : <ul style="list-style-type: none"> - 52 lits de MPR - 7 lits EVC et EPR (Etat végétatif chronique – Etat pauci-relationnel) - 1 lit de répit 6 Places HDJ neuro et musculo squelettique 4 HDR 50 lits de SSR dont 5 lits de SSR polyvalent			

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Dreux :

HOSPITALISATION COMPLETE MPR				
	2014	2015	2016	2017
Nombre de journées de présence	17 690	18 421	17 765	17 424
Nombre de semaines dans la base	3 965	4 055	3 974	3 994
Nombre de séjours	480	584	493	642
File active	444	527	502	586
Taux d'occupation %	84,09	86,20	87,03	90,57

HOSPITALISATION COMPLETE EVC - EPR				
	2014	2015	2016	2017
Nombre de journées de présence	2 530	2 555	2 481	2 320
Nombre de semaines dans la base	366	370	357	334
Nombre de séjours	12	12	9	10
File active	3	8	7	9
Taux d'occupation %	92,49	91,73	90,82	85,00

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

1. Le parcours du patient nécessitant une prise en charge en médecine physique et de réadaptation n'est pas toujours fluide et les possibilités de prises en charge spécialisées sur le territoire peuvent manquer de lisibilité.
2. De nombreux patients sont très dépendants, présentant d'importants troubles cognitifs et nécessitent ainsi une lourde prise en charge et un suivi post-hospitalisation.
3. problématique importante de l'aval qui ne répond pas à la demande (SSR polyvalent, MAS...),
4. Non réponse du secteur privé à la demande du territoire, ce qui entraîne une embolisation des lits publics,

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

- Concurrence avec le CRF de Beaurouvre

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n° 1 : Renforcer les ressources médicales et paramédicales :

- recrutement d'un ETP médecin supplémentaire au Centre de référence Drouais,
- envisager la possibilité de postes partagés (consultations avancées sur site Chartrain),
- travailler sur la fidélisation des kinésithérapeutes, des orthophonistes sur l'ensemble des SSR,

- recrutement d'un APA au Centre de référence Drouais, en considérant que certaines prises en charge ne relèveraient pas toujours de la kinésithérapie.

Objectif n°2 : Définir une offre de soins graduée en adaptant le mode de prise en charge aux besoins réels du patient, en envisageant notamment les alternatives au MPR en lien étroit avec les assistants sociaux.

Cette offre doit être constituée de lits de MPR pour les prises en charge les plus complexes et intensives, de lits de SSR polyvalents et gériatriques pour les patients nécessitant des soins de rééducation moins lourds et moins intensifs, d'hôpitaux de jours pour les prises en charges ambulatoires et d'un réseau extrahospitalier pour les rééducations le permettant.

Objectif n° 3 : Mettre en place des dispositifs gradués permettant d'optimiser les moyens existants notamment par l'évaluation de l'état du patient : téléconsultations, équipes mobiles, hospitalisation de semaine.

Il s'agit de permettre à l'ensemble des acteurs de la prise en charge du handicap en Eure et Loir, d'accéder aux compétences et plateau technique du Centre de rééducation pour évaluer, suivre et définir les conduites à tenir pour les patients ou résidents qu'ils hébergent.

Les patients pourraient notamment, après une période d'évaluation et de rééducation, être réorientés vers une structure plus adaptée.

Objectif n°4 : Développer les coopérations avec les structures d'aval et les médecins de ville (SSIAD, SSR, médecins généralistes) pour fluidifier le parcours du patient et éviter « l'embolie » des lits de MPR et de SSR.

De même, il est nécessaire de développer les coopérations entre les MPR et les SSR pour faciliter le transfert des patients d'une unité à l'autre.

Objectif n°5 : création d'une commission d'admission interne au GHT et intégration des structures privées une fois que des conventions de coopération claires et équitables seront signées avec ces dernières,

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre :*

- CH de Chartres :
- Offre de consultation avancées, ou de télé médecine, des PH Drouais,
- CH de Dreux :
- Offre de prise en charge en hospitalisation complète et de consultation spécialisée,
- CH de Châteaudun:
- Offre de consultation en télé médecine assurée par les PH Drouais,
- CH de Nogent le Rotrou :
- Offre de consultation en télé médecine assurée par les PH Drouais,

⇒ *Organisation du recours :*

Médecin référent identifié (service adresseur) ou :

Neuro orthopédie : orthopédistes CH Dreux, Hôpital Raymond-Poincaré Garches
Troubles vésico sphinctériens : urologues des CH Dreux, CH Chartres, au besoin Hôpitaux Raymond-Poincaré, Pitié Salpêtrière, Tenon
Sexologie : Hôpital Raymond-Poincaré Garches
Troubles ano-rectaux : Gastro entérologie CH Dreux
Neuro Pédiatrie: CH Dreux, CH Chartres, Hôpitaux de Saint Maurice
Douleur : centre anti douleur de Chartres et de Dreux, puis Garches au besoin
Infectiologie : CH Dreux (Dr Poirier, Dr Coulomb), CHU Versailles/ orthopédie
Neurochirurgie : Hôpital Beaujon, CHU Rouen
Neurologie : CH Dreux, CH Chartres
Orthopédie : CH Dreux, CH Chartres
Vasculaire : CH Chartres, Centre Hospitalier Privé Parly 2
Troubles cognitifs et comportements / lésion cérébrale : Garches Pr Azouvi
Appareillage : orthoprothésistes CH de Dreux, Garches ou les invalides au besoin
Pathologie psychiatrique : CH référent du patient, en urgence : CH Dreux
EVC – EPR : CHU Pitié Salpêtrière

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Dreux :
 - ⇒ Mise à disposition de temps médical pour des consultations avancées et de télé-médecine,
 - ⇒ Equipe médicale à renforcer, point indispensable à la préservation du fonctionnement actuel de la filière, et à la structuration de l'offre de soin de rééducation dans le cadre du GHT.

VI. Suivi, évaluation et actualisation

⇒ Evaluation de l'activité

Fiche Projet Oncologie

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (mai 2018):

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Châteaudun	CH de Nogent le Rotrou	CH de La Loupe
Ressources humaines	<p>3 ETP oncologues 3 ETP hématologues 1 ETP généraliste avec orientation hématologie 0.5 Praticien Attaché pour sénologie</p>	<p>1 oncologue à temps plein 2 DESC temps plein en gastro 1 compétence en carcinologie temps plein en ORL (HDJ hémato, gynéco, ORL, dermato, neuro réalisée par le Dr DE HARTINGH)</p>	<p>1 médecin référents identifié Un temps médical d'oncologue équivalent à une vacation d'une demi-journée/ semaine</p>		
Organisation	<p>20 lits d'HC 24 places d'HDJ</p> <p><u>Précisions :</u> L'ensemble des traitements de chimiothérapie ambulatoire est réalisé au sein du l'HDJ Onco Hématologie</p> <p>Le service Onco-Hématologie assure également la prise en charge des traitements systémiques et des complications pour les patients suivis par le centre de radiothérapie (COREL) et les fins de vies</p>	<p>10 lits d'HC 11 places d'HDJ de chimiothérapie</p> <p><u>Précisions :</u> Tous les traitements de chimiothérapie ambulatoire, quelque soit la spécialité d'organe, sont réalisées en HDJ d'oncologie.</p> <p>Rapprochement dans la même unité des deux spécialités d'oncologie et de pneumologie depuis le 31/08/2016. Centralisation de toutes les chimiothérapies non ambulatoires dans cette unité de lieu. Ce service assure également la prise en charge des complications de traitements des patients suivis sur la région parisienne</p> <p>Les soins de supports sont intégrés à l'unité de soins (passage quotidien de l'EMSP, des psychologues, mais aussi de la socio-esthéticienne, de l'assistante sociale...)</p> <p>Le service de gastro-entérologie prend en charge sa chimiothérapie</p>	<p>4 places d'HDJ de chimiothérapie</p> <p><u>Précisions :</u> Centre associé à Chartres + conventions avec Orléans, Vendôme et Tours</p>		

		non ambulatoire au sein de son unité d'hospitalisation. Conventions : en hématologie avec St Antoine avec une consultation régulière avancée du Dr GARDERET sur site en radiothérapie avec le COREL.			
--	--	--	--	--	--

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

	2015	2016	2017	17/16
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées hospitalisation	5 724	5 694	5 611	-1%
Taux d'occupation	78,5%	77,8%	76,9%	-1%
Durée Moyen. de Séjour	6,32	5,58	5,23	-6%
IP DMS	1,08	1,16	0,96	-17%
<i>Hospitalisation de jour</i>				
Venues	6 623	6 590	7 469	+13%
Taux d'occupation	156,6%	128,7%	122,0%	-5%

Activité externe

Passages en Consultations

5837	5777	6309	
2015	2016	2017	2017
			Consultations 5 735
			Actes CCAM 354
			Actes AMI 695

- Centre Hospitalier de Dreux :

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)

	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	4 384	4 517	3 255	3 181
Nb RUM	778	776	680	613
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	765	747	656	595

Taux d'occupation	99,93	106,38	89,03	85,18
DMS	5,73	5,88	4,84	5,27
IPDMS	0,89	0,90	0,83	0,88

SEANCES ONCOLOGIE				
	2014	2015	2016	2017
Séances	809	943	1 053	1 191

ACTIVITE EXTERNE				
	2014	2015	2016	2017
Consultations	1 526	1 552	1 645	1 674
Actes CCAM	198	192	207	240
Actes AMI	137	176	140	172
TOTAL	1 861	1 920	1 992	2 086

- Centre Hospitalier de Châteaudun :

CANCERO	2017	2016	2015
Séances chimio	742	876	811
Séances transfusion	114	97	137
File active	147	119	128

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Les acteurs de la filière ont mené leurs travaux en lien étroit avec les objectifs du plan ANAP/ONDAM. En ce sens, ils ont envisagé des actions permettant de répondre à deux problématiques essentielles que sont :

1. une démographie médicale fragile sur les deux établissements de référence, mais aussi en ville,
2. la nécessité d'organiser une offre de proximité pour des patients parfois traités dans des centres de référence comme l'IGR, en leur permettant d'avoir une prise en charge relais sur place.

Ces deux questions se rejoignent sur la problématique plus globale de l'organisation d'une offre de soins oncologiques graduée sur le territoire, qui puisse allier sécurité et accessibilité géographique des soins dans le cadre d'un territoire vaste et pourtant sous doté.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

Dreux : CH Evreux et Versailles (éloigné),

Chartres : HPEL (1 seul oncologue),

Peu de concurrence sur le territoire, avec une seule offre privée, mais qui draine peu de patientèle compte tenu de ses effectifs.

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n°1 : pérenniser l'offre dans les deux Centres de référence, notamment par le recrutement médical.

Objectif n°2 : réfléchir à la coordination avec les établissements d'Ile de France dans la mesure où il est possible de prendre en charge, aux Centres Hospitaliers de Chartres et Dreux, le suivi des patients pour lesquels la prise en charge initiale a été assurée hors Eure et Loir (diagnostic, chirurgie).

Objectif n°3 : travailler sur la création d'une filière publique de pose rapide de voie centrale pour l'administration des chimiothérapies (publique) pour la pose de PAC (avec check list adressée au praticien qui va procéder à la pose). Il est indispensable de mettre en place un protocole commun sachant que des référentiels existent,

Objectif n°4 : mutualisation des moyens pharmaceutiques à disposition avec notamment une réflexion sur la sous-traitance des préparations de chimiothérapie : s'il est décidé que les poches de chimiothérapie du Centre Hospitalier de Châteaudun soient préparées à Chartres, cela impliquerait une réorganisation des modalités de prescriptions. La prescription anticipée (J-1) est une approche possible mais la question doit être spécifiquement évaluée pour les traitements onéreux pour lesquels une validation biologique est insuffisante (exemple immunothérapies). Dans tous les cas, il faut que le CH de Châteaudun se dote du logiciel CHIMIO (demande de l'ARS Centre Val de Loire).

Objectif n°5 : intégration nécessaire des soins de support : Question autour de l'intervention des psychologues, assistants sociaux, socio-esthéticiennes, etc... non présents en permanence au sein des structures.

Objectif n°6 : Doter chaque établissement du Classeur de Projet Personnalisé de Soins (PPS) → Possible évolution dans le cadre du 3C.

Objectif n°7 : Développer la communication auprès du grand public et des professionnels de santé au travers de la création d'une page internet mettant en avant l'offre de santé en oncologie sur le territoire et les différentes possibilités de prise en charge sur chacun des bassins de population qui sont offertes.

Objectif N°8 : Travailler sur les solutions d'aval, qui sont, à l'heure actuelle, très peu efficaces.

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

- CH de Chartres :
Organisation de la prise en charge autour d'une activité d'hospitalisation complète et d'hôpital de jour,
- CH de Dreux :
Organisation de la prise en charge autour d'une activité d'hospitalisation complète et d'hôpital de jour,
- CH de Châteaudun :
Organisation de la prise en charge autour d'une activité d'hospitalisation de jour,

⇒ Organisation du recours:

- Tumeurs neuro endocrines : réseau RENATEN (Tours),
- Tumeurs rares gynéco pour relectures histologies,
- 2ème avis avec IGR, Saint Louis (sein et dermato), Institut Curie, Saint Antoine,
- Hématologie=Tours, Saint Louis,
- Chirurgie thoracique : clinique val d'or,
- Radiothérapie stéréotaxique= CHRO,
- Essais thérapeutiques phase 1=IGR,
- Radiologie interventionnelle=IGR,

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
 - Consolider l'équipe (1 ETP assistante en novembre et 1 ETP PAA en juillet).
 - Recruter un praticien avec une orientation onco thoracique,
 - Etude de la possibilité de former un oncologue en onco gériatrie,
- CH de Dreux :
 - Etoffer l'équipe,
 - Deux Gériatres inscrits au DU onco gériatrie,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Mise en place de la page internet,
- ⇒ Taux de fuite,
- ⇒ Evolution des poses de CIP intra GHT,

Fiche Projet

Médecine Polyvalente

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (Au 24 avril 2018):

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent le Rotrou	CH de Châteaudun	CH de La Loupe
Ressources médicales	<p>1PH 1PAA (2 ETP)</p> <p><i>PDSES : mutualisation avec les médecins pneumologues pour les astreintes de WE + internes urgentistes pour les nuits</i></p>	<p>1 praticien PH temps plein chef de service 1 praticien temps plein (en attente de poste de PH) 1 praticien PH temps plein 1 praticien PHC temps partiel 80% (actuellement en congé maternité. Retour prévu en février 2019) 1 praticien PH temps partiel 80% (a demandé une réduction d'activité à 50%) 1 praticien PH temps partiel 20% (activité uniquement de consultations Drépanocytose et plaies chroniques) 1 praticien PHC temps partiel 80% infectiologue rattaché à l'équipe de Médecine Polyvalente (activité transversale de conseil en antibiothérapie/CLAI/consultations d'infectiologie/conseil auprès des médecins libéraux) Le service est agréé pour la formation des Internes de Médecine Générale</p>	<p>4 praticiens (2/services)</p> <p>La semaine du lundi au vendredi, après 18h : 1 médecin d'astreinte téléphonique</p> <p>Samedi après-midi, dimanche après-midi et jours fériés après-midi : 1 médecin d'astreinte téléphonique</p>	<p>1 PH temps plein + 2 PAA temps plein</p> <p>PDSES assurée par les urgences en nuit, Samedi AM et dimanche, un médecin d'astreinte pour tout l'établissement</p>	<p>Un PA temps plein</p> <p>4 médecins généralistes de ville pour assurer continuité et permanence des soins</p>

		<p><i>PDSES :</i> <i>La semaine du lundi au vendredi après 18h : interne de garde des urgences</i></p> <p><i>Samedi après-midi, dimanche après-midi et jours fériés après-midi : interne de gardes des urgences</i></p>			
Organisation	<p>20 lits HC (actuellement situés en pneumologie 1)</p> <p><u>Consultations spécialisées :</u> Une CS/ semaine de tabacologie</p> <p>Une CS/ semaine de dépistage des IST/ VIH (CEGIDD)</p> <p>Une CS / semaine de suivi VIH</p> <p><u>Sur place :</u> Service de médecine gériatrique + SSR gériatriques (Site Hôtel Dieu – PEC à partir de 60 ans) + LISP</p>	<p>32 lits HC (dont 5 actuellement situés dans le service de neurologie)</p> <p>1 Staff hebdomadaire (lundi après-midi) pluri-professionnels pour programmer collégialement les sorties de la semaine (sorties prévisionnelles)</p> <p>Activité de consultation de Médecine Polyvalente le mardi après-midi (Chef de service Dr Leroux)</p> <p>Activité de consultation Maladie Infectieuse le jeudi après-midi (Dr Poirier-Duchatelet)</p> <p>Activité de consultation Drépanocytose/plaies chroniques le jeudi matin (Dr Sellami)</p> <p>Convention inter-établissement avec service universitaire : CHU Henri Mondor de Créteil (filiale Médecine Interne) CHU Tours (filiale infectiologie)</p>	<p>Services de médecine polyvalente :</p> <p>Médecine 1 : 30 lits HC avec LISP</p> <p>Médecine 2 : 30 lits HC avec LISP</p> <p><u>Sur place :</u> SSR + LISP</p>	<p>Services de médecine polyvalente de 40 lits</p> <p><u>Sur place :</u> SSR gériatrique + LISP+oxymétrie</p>	<p>Service de médecine HC de 15 lits avec 2 LISP (très liés)</p> <p><u>Sur place :</u> SSR gériatrique s + USLD + LISP</p>

		<p>Activité nationale au sein de la Fédération Francophone de Médecine Polyvalente (FFMP) dont le Dr Leroux est Président</p> <p>Activité de publication (revue Médecine Thérapeutique ou autres)</p> <p>Etude multicentrique dans le cadre de la FFMP</p> <p>Travaux de thèses en Médecine Générale</p> <p><u>Sur place :</u> SSR gériatriques (PEC à partir de 80 ans) + LISP</p>			
--	--	---	--	--	--

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

	2015	2016	2017	17/16
<i>Hospitalisation complète et de semaine</i>				
Journées hospitalisation	6 210	6 236	6 427	+3%
Taux d'occupation	90,8%	92,8%	96,9%	+4%
Durée Moyen. de Séjour	9,37	10,45	9,90	-5%
IP DMS	1,15	1,25	1,21	-3%

- Centre Hospitalier de Dreux :

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)				
	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	7 772	9 125	10 938	11 668
Nb RUM	876	890	1 156	1 107
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	853	828	1 076	1 036
Taux d'occupation	99,56	100,25	93,63	97,83
DMS	8,92	10,36	9,54	10,65
IPDMS	1,16	1,35	1,23	1,38

ACTIVITE EXTERNE				
	2014	2015	2016	2017
Consultations	185	360	343	524
TOTAL	185	360	343	524

- Centre Hospitalier de Châteaudun :

⇒ Ouverture du service en 2018,

- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

Activité Hospitalisation - Hospitalisation complète -				
MEDECINE POLYVALENTE	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	20 008	20 218	19 939	20 308
Nbre de RSS (séjours)	2265	2094	2094	1993
Taux d'occupation	91,36	92,32	91,05	92,73
DMS PMSI	8,8	9,66	9,5	10,13
IP DMS	1,06	1,12	1,07	1,14

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

1. Le territoire manque de médecins (toutes spécialités confondues) et n'est pas attractif en raison du possible isolement des jeunes médecins. Il faudrait que les jeunes médecins généralistes de ville puissent avoir une partie de leur activité à l'hôpital, dans un service de Médecine Polyvalente (notion d'activité partagé ville-hôpital).

2. La médecine polyvalente a une DMS souvent élevée (patients « non sélectionnés » adressés par les urgences, patients poly pathologiques et souvent complexes car plusieurs défaillances d'organes à prendre en charge en même temps, problématique sociale parfois complexe) et difficile à limiter en raison, entre autres, des difficultés d'accès aux structures d'aval (accès au SSR de type polyvalent), entraînant nécessairement une embolie inutile de certains lits d'hospitalisation. La médecine Polyvalente ne doit pas être considérée comme un service par « défaut » mais un véritable service d'hospitalisation avec des objectifs de PEC clairement identifiés.

3. Enfin, l'accès aux plateaux techniques est parfois compliqué, avec des délais d'attente parfois importants, pour certains examens complémentaires et/ou avis de spécialistes d'organes.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence : L'Hôpital Privé D'Eure et Loir dispose d'une autorisation en médecine polyvalente,

⇒ Evolution à la baisse du nombre de médecins inscrits en Eure et loir dans les années à venir qui va entraîner un recours massif à l'hôpital, et possiblement une aggravation des difficultés de recrutement,

⇒ Concurrence du secteur libéral dans le cadre du recrutement médical (formation des IMG plutôt orientée vers la médecine de ville),

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n° 1 : Faciliter l'accès aux plateaux techniques et aux avis spécialisés.

Objectif n°2 : Renforcer la prise en charge par les médecins de ville en se coordonnant et permettant l'accès à des hospitalisations programmées (évitant ainsi un certains nombres de passages aux urgences inutiles), à Châteaudun travail en cours avec la CPTS.

La Médecine Polyvalente Hospitalière doit rester en priorité l'aval des services d'urgences en mettant à disposition des lits « non spécialisés ou indifférenciés ».

Une réflexion est à porter sur la possibilité d'hospitalisation programmée pour éviter le passage inutile aux urgences (plutôt en favorisant l'HDJ ou l'HDS).

Objectif n°3 : Fluidifier la prise en charge post-hospitalisation, notamment en facilitant l'accès aux structures d'aval, notamment les SSR polyvalents (publics-privés).

Objectif n° 4 : Partager et échanger des protocoles de prises en charge pour harmoniser les pratiques et profiter de l'expertise de certains sites.

Objectif n°5 : Favoriser le recrutement médical en mettant en place des conditions attractives d'exercice pour les jeunes médecins (mi-temps en ville, mi-temps en hôpital), en liens avec le Conseil départemental de l'Ordre des médecins d'Eure et Loir et la Fédération Francophone de Médecine Polyvalente.

Cette problématique dépassant largement le cadre du GHT, il est proposé d'être GHT pilote et innovant sur cette thématique.

Objectif n°6 : obtenir l'agrément en médecine polyvalente pour l'accueil des internes de Médecine Générale sur l'ensemble des CH du territoire,

Objectif n°8 : développement de la télémédecine dans le recours aux spécialités,

Objectif n°9 : mise en place de STAFFS communs, de RMM communes et de FMC communes...

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

- CH de Chartres :

⇒ Augmentation du capacitaire à 30 lits à moyen terme et à 45 à long terme,

- CH de Dreux :

⇒ Réflexion sur l'augmentation du capacitaire et la relocalisation des 5 lits de neuro dans une même unité de lieux,

⇒ Réflexion sur le développement de l'activité de maladie infectieuse en lien avec le CHU de Tour,

⇒ Réflexion sur un rapprochement avec la gériatrie pour gestion d'une unité commune Médecine Polyvalente/Gériatrie aigue,

- CH de Châteaudun:

⇒ Diminuer le nombre de lits actuels après étude du CASE MIX,

⇒ Parcours du patient diabétique en lien avec la CPTS et le service de diabétologie endocrinologie du CH de Chartres,

⇒ Parcours du patient rhumatologique en lien avec le Dr ROUIDI,

- CH de Nogent le Rotrou :
 - ⇒ Transformer un nombre de lits de médecine polyvalente (15) en lits de Médecine Gériatrique Aigue,
 - ⇒ Augmenter le recours aux spécialistes au sein de l'établissement,
- CH de La Loupe :
 - ⇒ Maintien de l'offre actuelle,

⇒ *Organisation du recours:*

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Médecine Libérale de référence	Services de médecine polyvalente	Services de spécialité et universitaire

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
 - ⇒ Augmentation de l'effectif médical en cohérence avec le nombre de lits et l'activité institutionnelle,
- CH de Dreux :
 - ⇒ Pour le moment pas de prévision d'augmentation de l'effectif médical (à réévaluer si augmentation du capacitaire),
- CH de Châteaudun:
 - ⇒ Effectif médical en adéquation avec le nombre de lits et l'activité institutionnelle,
- CH de Nogent le Rotrou :
 - ⇒ Capacité de gériatrie en cours pour un praticien du CH dans le cadre du développement de la filière médecine gériatrique,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Evolution IP DMS,
- ⇒ Délais de mutation en SSR,
- ⇒ Délais d'obtention d'un examen complémentaire ou d'un avis de spécialité d'organe,
- ⇒ Nombre de mouvements journaliers (entrées/sorties),
- ⇒ Indice de sévérité des patients hospitalisés,
- ⇒ Taux d'occupation des lits uniquement pour des raisons « sociales »,

Fiche Projet Pédiatrie

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle :

	CH Chartres	CH Dreux	CH Nogent le Rotrou	CH Châteaudun	CH de La Loupe
Ressources médicales	7 PH Temps Plein 2PAA 1 Assistant (05/17) 2 Assistants Partagés (jusqu'en octobre 2018) 1 PH à Temps Partiel Attaché : 5 vacances hebdomadaires	5 PH Temps Plein 2 PAA 1PH Temps partiel (temps partagé avec le CAMSP) Attaché : 6 vacances mensuelles	1PH à 80% au CPP (Consultations)	1 PH/1 PHC temps plein (Maternité/ consultations)	
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Néonatalogie, suivi du prématuré, travail avec les réseaux - Prise en charge de la douleur - Hypnothérapie - Onco-hématologie - Obésité et Nutrition -Néphrologie pédiatrique -Diabète et Drépanocytose - Pneumologie pédiatrique - 1 médecin à orientation neurologie pédiatrique et prise en charge du handicap, - 1 médecin formé à l'épileptologie, - 1 médecin à orientation gastro-entérologie. 2 consultations /mois de chirurgie pédiatrique 1 consultation par mois d'orthopédie pédiatrique en projet <p><u>Capacitaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nourrissons/grands enfants= 17 à 27 lits, dont 4 lits de soins continus, - Néonatalogie: 12 lits dont 6 de soins intensifs, plus 6 lits kangourous, - 3 places d'hôpital de jour, 3 jours par semaine, 	<ul style="list-style-type: none"> Nutrition, allergies alimentaires et respiratoires Pneumologie, asthmologie Diabétologie Néonatalogie, suivi du prématuré, travail avec les réseaux Rhumatologie pédiatrique Obésité Douleur Dermatologie Neurologie Pédiatrique <p>Consultations de chirurgie pédiatrique</p> <p><u>Capacitaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 lits de néonatalogie, - 2 lits koala, - 16 lits de pédiatrie, - 2 places d'hôpital de jour, 			

	- Urgences pédiatriques, 365J/365,	- Urgences pédiatriques, 365J/365			
--	---------------------------------------	--------------------------------------	--	--	--

⇒ Activité :

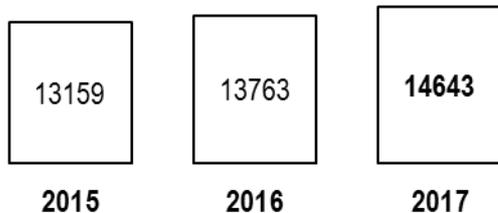
- Centre Hospitalier de Chartres :

	2015	2016	2017	17/16
Hospitalisation complète				
Journées hospitalisation	9 389	8 504	8 715	+2%
Taux d'occupation	74,6%	67,6%	70,1%	+4%
Durée Moyen. de Séjour	3,06	3,31	3,08	-7%
IP DMS	1,03	1,10	1,05	-5%
Hospitalisation de jour				
Venues	326	513	626	+22%
Taux d'occupation	72,9%	112,5%	140,0%	+24%

Activité externe

Passages en Consultations

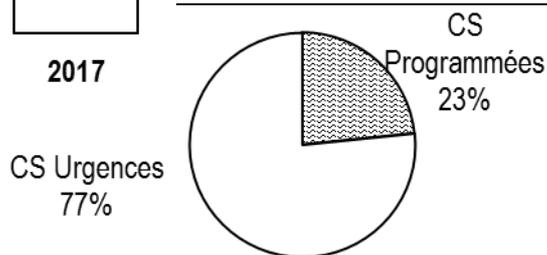
2017



Consultations 13 555

Actes CCAM 199

Actes AMI 954



- Centre Hospitalier de Dreux :

⇒ Pédiatrie Grand enfant

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)				
	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	3 300	3 134	3 338	3 038
Nb RUM	1 163	1 073	1 093	950
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	1 161	1 069	1 092	949
Taux d'occupation	68,08	67,20	72,03	75,12
DMS	2,86	2,95	3,08	3,21
IPDMS	0,93	0,95	1,07	1,10

⇒ Pédiatrie Nourrisson

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)				
	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	1 647	1 435	1 480	1 391
Nb RUM	399	377	380	342
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	399	376	378	340
Taux d'occupation	44,58	43,45	45,32	49,93
DMS	4,19	3,82	3,95	4,10
IPDMS	1,12	1,08	1,14	1,25

⇒ Néonatalogie :

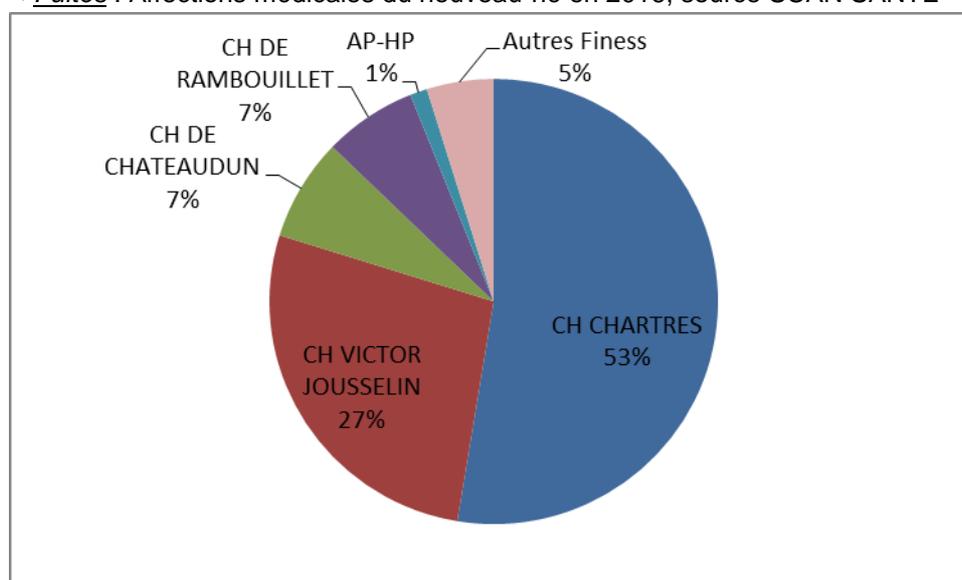
HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)				
	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	2 231	1 751	2 238	2 129
Nb RUM	340	274	345	329
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	336	273	343	311
Taux d'occupation	61,71	49,94	63,83	67,96
DMS	6,60	6,44	6,51	6,55
IPDMS	1,03	1,05	1,18	1,10

ACTIVITE EXTERNE PEDIATRIE TOTALE (Grand + Nourrisson)				
	2014	2015	2016	2017
Consultations	14 018	15 494	17 494	15 674
Actes CCAM	59	119	141	90
Actes AMI	2 295	1 459	113	88
TOTAL	16 372	17 072	17 748	15 852

- Centre Hospitalier de Châteaudun :
 - 383 accouchements,
 - 11 transferts,
 - 2 800 consultations,
- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

Activités externes	2016		2017	
<u>Nbre Actes</u>	Consultations	CCAM	Consultations	CCAM
Pédiatrie	2 468	1	2 190	-

⇒ Fuites : Affections médicales du nouveau-né en 2016, source SCAN SANTE



⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Les pédiatres de ville étant très peu nombreux en Eure et Loir, l'offre de soins hospitalière est presque exclusive sur le territoire. La difficulté tient donc au maintien d'une offre nécessaire de prise en charge « immédiate » sur les deux principaux sites de pédiatrie tout en développant et renforçant la prise en charge programmée de spécialité.

La réponse en termes de permanence des soins de pédopsychiatrie est inadaptée.

II. Evolution prévisible

⇒ Concurrence :

- Aucune concurrence du secteur privé en hospitalisation,
- Fuite vers la région Parisienne, vers la pédiatrie libérale, mais aussi sur le recours aux spécialités,
- Attractivité du CH de Dreux des populations du 27 et 78, et du Ch de Chartres avec les populations du 78 et du 61,

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n°1 : organiser la PDSES sur le territoire :

- Chartres : une garde sur place et une astreinte opérationnelle ; évolution souhaitable à moyen terme vers 2 lignes de garde (1 pour maternité et Néonatalogie, l'autre pour Pédiatrie et Urgences porte),
- Dreux : une garde sur place et renfort par une astreinte opérationnelle pour la période hivernale,

Anticiper la raréfaction de l'offre de soins en ville, en renforçant dès à présent les équipes existantes, notamment à Dreux.

Objectif n°2 : renforcer l'offre spécialisée existante sur le territoire en :

- développant certaines spécialités comme notamment la neurologie (Dreux : un PAA en cours de formation en neuropédiatrie à Garches, Chartres : Un praticien en cours de finalisation du DU d'épileptologie), les consultations de cardiologie, d'endocrinologie pédiatrique, génétique médicale, gastro entérologie (CH de Chartres), ORL, ophtalmologie...
- en mettant en place des formations qualifiantes pour les sur-spécialités,
- Développement du partenariat avec le CHU de référence (TOURS), pour la venue d'assistants partagés : renforcement des liens avec les services de spécialités et ouverture de possibilité de recrutement ultérieur,

Objectif n°3 : développer les consultations avancées sur le site Drouais, dans l'hypothèse où une sur spécialité ne serait pas présente sur place.

Développer les consultations avancées sur les sites de proximité, en cas de nécessité.

Objectif n°4 : harmoniser les pratiques avec mise en place de protocoles thérapeutiques communs (travail déjà débuté en néonatalogie), participer de façon concertée à la formation des Internes (création d'une bibliothèque de cours, soirée FMC...)

Objectif n°5 : mener un travail sur les transferts in-utéro et des nouveaux nés relevant du niveau 2B (néonatalogie avec soins intensifs).

Objectif n°6 : Mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en la spécialité, avec la possibilité de recrutement de postes partagés,

Objectif n°7 : travailler avec la pédopsychiatrie sur la réponse apportée aux enfants de moins de 16 ans hospitalisés en pédiatrie présentant des pathologies nécessitant une prise en charge de pédopsychiatrie,

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

- CH de Chartres :
 - Offre de soins en hospitalisation complète :
 - Urgences 365J/365,
 - Hospitalisation complète de pédiatrie,
 - Néonatalogie niveau 2B,

Offre de soins programmés et externes :

➤ Hôpital de jour 3 jours par semaine (3 places), pour traitement sous forme de séances (chimiothérapies, enzymothérapie...), traitement maladies chroniques, bilan neurologique avec imagerie sous sédation, prise en charge diabète et obésité, bilans complexes,

➤ Offre de consultations externes : Structurer une offre de suivi post maternité et post urgences, Prise en charge de la douleur, Hypnothérapie, suivi Onco-hématologie, Obésité et Nutrition, Néphrologie pédiatrique, Diabète et Drépanocytose, Pneumologie pédiatrique, neurologie pédiatrique et prise en charge du handicap, épileptologie, gastro-entérologie, chirurgie pédiatrique, orthopédie pédiatrique en projet, suivi des anciens prématurés,

- CH de Dreux :

Offre de soins en hospitalisation complète :

- Urgences 365J/365,
- Hospitalisation complète de pédiatrie,
- Néonatalogie niveau 2A,

Offre de soins programmés et externes :

➤ Hôpital de jour (2 places), pour traitement sous forme de séances (chimiothérapies, immunothérapie), traitement maladies chroniques, bilan neurologique avec imagerie sous sédation, prise en charge diabète et obésité, bilans complexes en pneumologie pédiatrie,

➤ Offre de consultations externes : Structurer une offre de suivi post maternité et post urgences, Prise en charge de la douleur, obésité et Nutrition, Diabète et Drépanocytose, Pneumologie pédiatrique, allergologie, neurologie pédiatrique et prise en charge du handicap, épileptologie, chirurgie urologique pédiatrique, orthopédie pédiatrique, rhumatologie pédiatrique, suivi des anciens prématurés,

- CH de Châteaudun:

⇒ Consultations externes dans le cadre d'un CPP,

- CH de Nogent le Rotrou :

⇒ Consultations externes dans le cadre d'un CPP,

⇒ *Organisation du recours:*

Niveau 1

CH de Châteaudun
CH de Nogent le Rotrou

Niveau 2

CH de Chartres (2B)
CH de Dreux (2A)

Niveau 3

CHRO
CHU Tours
APHP
CHU Rouen
CH Le Mans

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :

- Plusieurs pédiatres qui ont 60 ans (2),
- Attractivité du secteur libéral,

- CH de Dreux :
 - Eloignement géographique de 2 praticiens,
 - Un poste vacant,
- CH de Châteaudun:
 - Un PH qui a plus de 60 ans,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Nombre de transferts in utéro et de nouveaux nés par le SMUR,
- ⇒ Nombre de consultations post maternité (Chartres et Dreux),
- ⇒ Nombre de consultations dans le cadre des CPP.

Fiche Projet Pneumologie

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle :

	CH Chartres	CH De Dreux	CH de Châteaudun	CH de Nogent le Rotrou	CH de La Loupe
Ressources médicales	<u>Médecins (PH)</u> : 4 ETP <u>Pneumologues</u> : 4 ETP	<u>Médecins</u> : 3,5 ETP <u>Pneumologues</u> : 2,5 ETP <u>Généralistes</u> : 1 ETP	<u>Médecins</u> : 3 ETP <u>Pneumologues</u> : 2 ETP <u>Généralistes</u> : 1 ETP	2 journées de consultations mensuelles	
Organisation	<u>Nombre de lits</u> : - 19 lits HC - 3 lits de polysomnographie Hospitalisation de jour en oncologie thoracique dans le cadre de l'HDJ commun d'oncologie..	<u>Nombre de lits</u> : 15 lits 1 lit polygraphie Hospitalisation de jour en oncologie thoracique dans le cadre de l'HDJ commun d'oncologie : 11 places en HDJ dédiés à la chimiothérapie	<u>Nombre de lits</u> : 14 lits 1 lit polysomnographie 4 lit HDJ (Chimiothérapies, transfusion, bilan d'allergologie, bilan de poly arthrite rhumatoïde)		

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

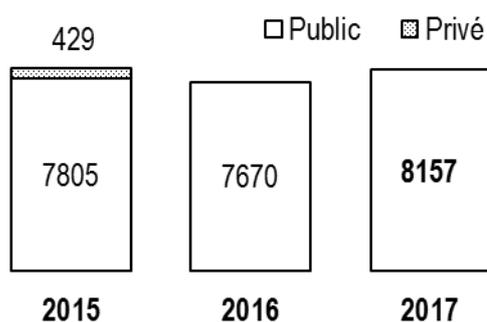
	2015	2016	2017	17/16
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées hospitalisation	10 236	10 109	9 499	-6%
Taux d'occupation	94,9%	96,4%	92,5%	-4%
Durée Moyen. de Séjour	8,25	8,16	8,22	+1%

Hospitalisation programmée

Journées hospitalisation	843	710	792	+12%
Taux d'occupation	62,9%	57,6%	58,7%	+2%
Durée Moyen. de Séjour	1,01	1,01	1,03	+1%
IP DMS	1,02	1,07	1,09	+2%

Activité externe

Passages en Consultations



Consultations	5 175
dont pneumologues	4 925
dont autres spécialités	250
Actes CCAM	2 691
Actes AMI	253

Actes réalisés dans le service de pneumologie

Aux explorations pneumologiques :	2015	2016	2017	17/16
Pléthysmographie	2 210	2 058	2 501	+22%
Test de reversibilité	998	980	1 219	+24%
Fibro Bronchique avec prélèvement	495	521	384	-26%
TLCO	317	285	289	+1%
Ponction pleurale évacuatrice	313	266	272	+2%
Test de marche	227	212	259	+22%
Ponction pleurale exploratrice	231	211	175	-17%
Lavage alvéolaire	49	50	74	+48%

A l'étage :	2015	2016	2017	17/16
Polysomnographie	401	357	378	+8%
Polygraphies ventilatoires	74	50	61	

- Centre Hospitalier de Dreux :

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)

	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	7 760	6 349	5 512	5 778
Nb RUM	1 265	903	978	926
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	1 209	829	845	843
Taux d'occupation	86,32	102,37	96,69	101,78
DMS	6,24	7,15	5,80	6,34
IPDMS	0,95	1,13	1,02	1,09

UF	Indicateurs	2016	2017
4041	Nombre de consultations Pneumologie	2294	2085
4041	Nombre de polygraphie	486 (file active 480 patients)	420 (file active 403 patients)
	Nombre de consultations	240	263
4041	Nombre de Fibroscopie bronchique	252	267
4041	Nombre d'EFR	629	745

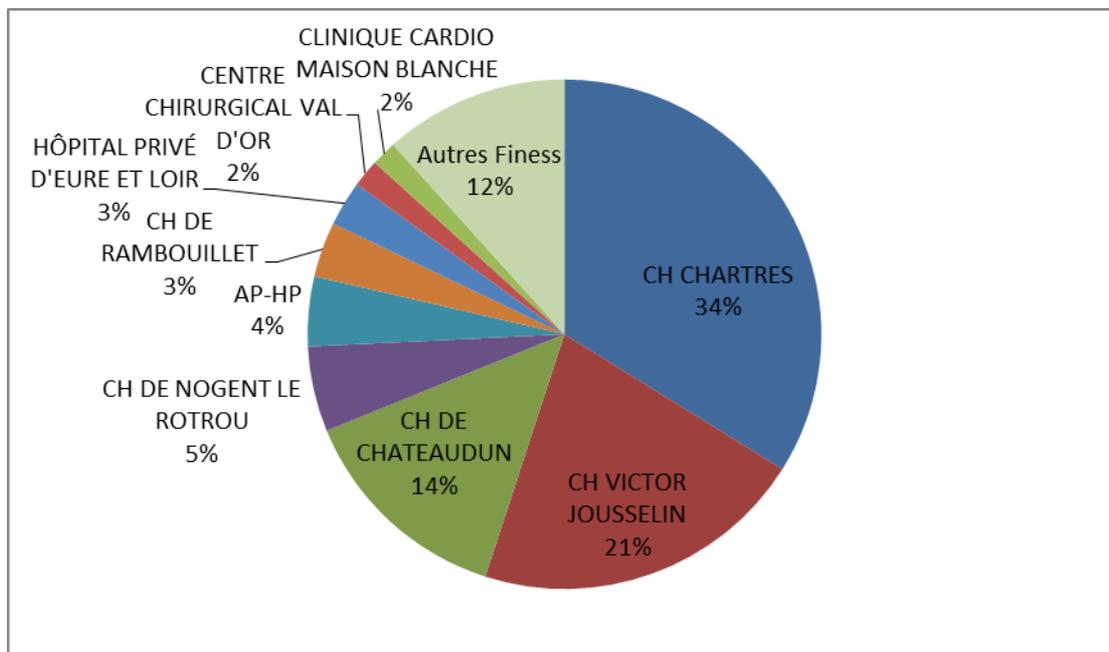
- Centre Hospitalier de Châteaudun :

PNEUMO	2015	2016	2017
RUM	1546	1731	1687
IP DMS	1,03	1	1,01
DMS	5,04	4,48	4,57
TO	95%	86%	91%

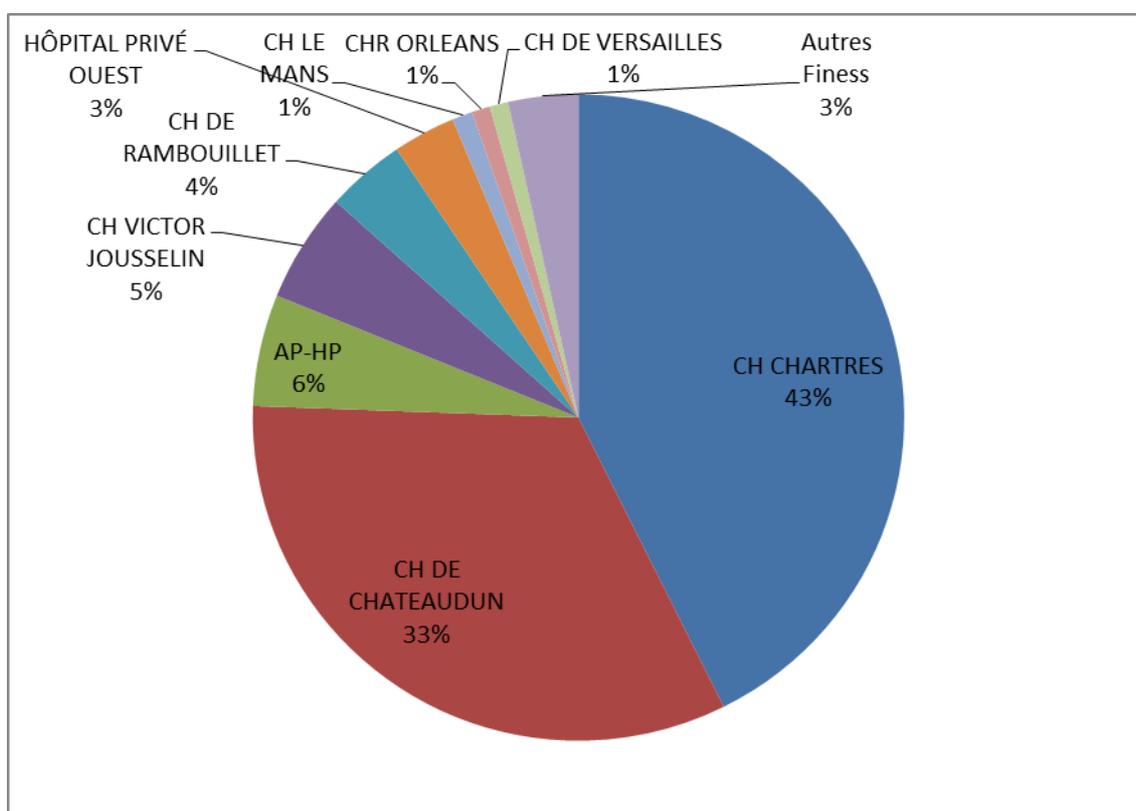
- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

<u>Nbre séjours</u>	2016		2017	
	Hospit	Externe	Hospit	Externe
Pneumologie	-	-	-	141
Activités externes	2016		2017	
<u>Nbre Actes</u>	Consultations	CCAM	Consultations	CCAM
Pneumologie	-	-	39	134

⇒ Fuites (séjours pneumologiques des patients Euréliens en 2016, source scan santé)



Explorations nocturnes et apparentées des patients Euréliens en 2016, source scan santé



⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Si l'offre de soins spécialisée en pneumologie en Eure et Loir est concentrée au sein de deux centres de référence que sont les Centres Hospitaliers de Chartres et de Dreux, il n'en demeure pas moins qu'elle constitue un réel besoin sur l'ensemble du territoire.

Le Centre Hospitalier de Châteaudun dispose de lits dédiés à la pneumologie (14) et couvre le sud-est du département.

Dans les cinq années à venir, le nombre de médecins pneumologues, actuellement déjà faible en Eure et Loir, est amené à diminuer de moitié.

A cette démographie médicale difficile, s'ajoute la difficulté liée à la sur-occupation parfois inadaptée, des lits d'hospitalisation, en raison d'un manque de lisibilité des possibilités de prise en charge des patients « sortants » par les structures d'aval.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

Souhait de l'hôpital privé d'Eure et Loir d'augmenter sa capacité de prise en charge des polysomnographies.

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n°1 : envisager la mise en place d'une équipe territoriale qui se répartirait entre soins centralisés et temps de consultation de proximité.

Objectif n°2 : mettre en place une politique de recrutement commune, rendant l'offre plus attractive et dans ce cadre, envisager le recrutement d'un pneumologue supplémentaire.

Objectif n°3 : renforcer les liens avec les structures d'aval pour fluidifier la gestion des lits de pneumologie.

Objectif n°4 : mise en place d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences Médicaux.

IV. Structuration projetée

⇒ Gradation de l'offre :

- CH de Chartres :

⇒ Activité d'hospitalisation complète et programmée :

- Polysomnographie,
- Echo endoscopie bronchique,
- Mise en place VNI,
- Bilans insuffisance respiratoire et de cancer,
- Drainage pleural (pleurX),
- Projet de ponction transpariétale sous repérage échographique de masse pulmonaire (nécessité d'achat d'un échographe),

⇒ Consultations et actes externes :

- Fibroscopie bronchique,
- Ponction et biopsie pleurale,
- EFR,
- Test de marche,
- Prise en charge dépistage et suivi de la tuberculose (CLAT)

- ⇒ Réhabilitation respiratoire,
- ⇒ Mission de recours pour les autres structures du département.

- CH de Dreux :

- ⇒ En hospitalisation comme en consultations :

- Polygraphie
- Mise en place VNI (+/- oxygène) et OPTIFLOW
- Bilans insuffisance respiratoire et suivis
- Prise en charge globale du cancer pulmonaire (accès aux biopsies sous scanner sur site deux jours par semaine), RCP départementale et hospitalisations pour chimiothérapies en HC et HDJ sur site
- Dispositif d'annonce formalisé avec IDE dédiée à la spécialité
- Pose de drain et surveillance
- Ponction et biopsie pleurale
- ETP / BPCO et asthme (IDE dédiée à ces deux programmes)
- Prise en soins des patients en Soins Palliatifs (2 LISP dans l'unité) avec accès à l'USP de HOUDAN pour les situations les plus complexes.

- Fibroscopie bronchique
- EFR, plétysmographie, DLCO, DLAC
- Test de marche
- Prise en charge dépistage, mise en œuvre des thérapeutiques, et suivi de la tuberculose (en lien avec le CLAT)

- Réhabilitation respiratoire : en complément de l'activité ETP, temps dédié par l'IDE de rééducation

- Partenariat formalisé en chirurgie thoracique avec le Val d'Or sur PARIS (Dr KLEIMANN)
- Pour tout séjour complémentaire à l'hospitalisation pour du SSR à visée réhabilitation respiratoire, le CH de la MUSSE (Saint Sébastien de Morsent) accueille et nous ré adresse les patients avec facilité et réactivité

Projet :

- ✓ de mise en place de drainage pleural par pleurix
- ✓ nécessité d'achat d'un échographe pleural portable pour biopsie et ponction pleurale
- ✓ développer l'activité de polysomnographie sur place

- CH de Châteaudun:

- ⇒ Activité d'hospitalisation complète et programmée :

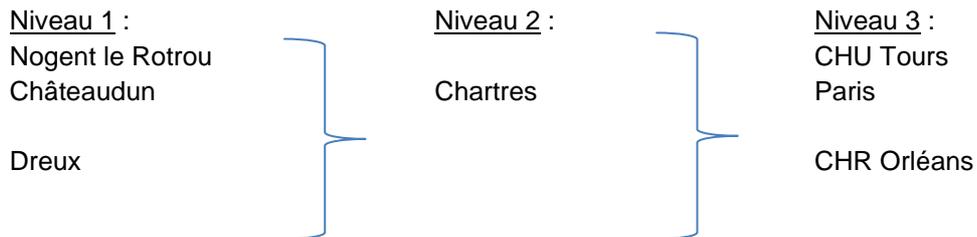
- Polygraphie ventilatoire,
- Mise en place VNI,
- Bilans insuffisance respiratoire et de cancer,
- Drainage pleural,
- Bilans d'allergie (venin d'hyménoptère),

- ⇒ Consultations et actes externes :

- Fibroscopie bronchique,
- Ponction et biopsie pleurale,
- EFR,

- Test de marche,
- CH de Nogent le Rotrou :
 - ⇒ Dev des CEXT (1 journée/semaine),
 - ⇒ Dev d'une activité de polygraphie assurée par l'équipe des praticiens Chartrains

⇒ Organisation du recours:



Les patients adressés à CHARTRES par DREUX sont ceux qui doivent bénéficier de radiothérapie.

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
 - Recrutement d'un cinquième pneumologue aux hôpitaux de Chartres,
 - Deux pneumologues âgés de 60 ans,
 - Temps pneumologue à détacher au CH de NLR,
- CH de Dreux :
 - Recrutement d'un quatrième pneumologue (actuellement 3 PH sur un ETP de 2.5) nécessaire car montée en charge des consultations, des patients en cancérologie et pneumologie générale, délai actuel de consultations à 3 mois (poste vacant depuis plus de 18 mois non pourvu à ce jour),
- CH de Châteaudun:
 - Départ en retraite du chef de service à horizon 2023,
 - Recrutement d'un pneumologue, au départ en retraite, en partenariat avec le CH de Chartres,
- CH de Nogent le Rotrou :
 - Temps pneumologue Chartrain à détacher sur le site Nogentais,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Evolution du nombre de polysomnographies par établissements,
- ⇒ Evolution des effectifs médicaux,
- ⇒ Evolution du nombre de consultations sur le site Nogentais,

Fiche Projet

Médecine intensive et Réanimation

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (24 avril 2018) :

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Châteaudun	CH de Nogent le Rotrou	CH de La Loupe
Ressources médicales	5 ETP PH (pour 6 ETP budgétés) 1 poste d'assistant (=8 médecins différents dont 7 PH et 6 qualifiés en réanimation ou en anesthésie réanimation) 5 internes en réanimation	5 ETP (4 PHC et 1 PAA, 2 des PHC qualifiés en réanimation ou en anesthésie réanimation) 1 interne en réanimation	3 PH temps plein, 1 PHC 80%, 1 PAA à 80%, ⇒ équipe mutualisée avec les urgences		
Organisation	12 lits de réanimation 6 lits d'USC (unités distinctes)	8 lits de réanimation 4 lits d'USC (unité commune)	4 lits d'USC		

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres:

	2015	2016	2017	17/16
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées hospitalisation	5 248	5 262	5 232	-1%
Taux d'occupation	82,80%	84,90%	82,60%	-3%
Durée Moyen. de Séjour	5,4	5,3	5,5	4%
Nb RSS	703	694	727	5%
IGS 2 moyen	48,3	47,3	46,5	

- Centre Hospitalier de Dreux :

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)

	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	3 109	3 178	3 552	3 597
Nb RUM	584	590	531	646
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	577	567	521	631
Taux d'occupation	74,36	81,95	84,79	83,96
DMS	5,48	5,75	7,03	5,73
IPDMS	1,10	1,11	1,20	1,29

- Centre Hospitalier de Châteaudun :

USC	2015	2016	2017
RSS	294	299	389
DMS	3,7	3,6	2,7
IGS 2			
Taux d'occupation	77%	74%	74%

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Les deux services de réanimation du département font face à la prise en charge de pathologies lourdes médico-chirurgicales, assurent une activité chirurgicale d'urgence 24 heures sur 24, disposent d'un service d'accueil et urgence et d'une maternité de niveau 2.

L'hôpital de Châteaudun dispose d'un service d'urgences et d'une USC.

Le Centre Hospitalier de Nogent le Rotrou dispose d'un service d'urgence et rencontrerait des difficultés pour faire admettre des patients en soins continus, selon les indications posées par les médecins urgentistes de Nogent Le Rotrou.

Les principales problématiques de cette filière sont :

- le recrutement médical difficile selon les sites, dans une filière de soins où la permanence médicale nécessite une équipe médicale étoffée. En effet, la technicité de la prise en charge et la lourdeur des soins à prodiguer ne permettent pas l'exercice de la réanimation de façon isolée ou en effectif réduit ou en effectif non qualifié ;
- la vétusté des locaux (service à Chartres dont la conception remonte à 30 ans, problématique un peu différente au CH de Dreux avec absence de respect de la réglementation en raison d'une absence d'unité géographique séparée de la réanimation pour l'USC : dans les deux cas, conclusion identique avec nécessité de travaux de reconstruction importante des services de réanimation et d'USC sur les deux sites);
- le sous-financement des services de réanimation en raison du niveau des tarifs, contribuant au déficit de chacun des établissements ;
- le nombre, la répartition et la capacité d'hospitalisation en Réanimation et USC dans les établissements du territoire de santé,
- Difficultés majeures de recrutement de médecins réanimateurs ou anesthésistes réanimateurs qualifiés sur des postes pérennes (en tant que praticien hospitalier nommé)

pour exercer des fonctions à temps plein dans cette filière MIR : problématique nationale, et particulièrement aigu sur le territoire du GHT avec difficultés variables selon les sites concernés.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

Malgré l'existence d'une USC dans le secteur privé (HPEL), absence de concurrence sur le GHT.

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n°1 : Réduction des fuites hors département

↳ Réduction des fuites hors département et la garantie de prise en charge en réanimation ou en USC des patients en post-opératoire de chirurgie lourde.

↳ Garantie de prise en charge de patients relevant de la réanimation dont le parcours les a conduits initialement aux Urgences de Châteaudun ou de Nogent

↳ Garantie d'hospitalisation en réanimation des patients présentant des défaillances d'organe (ou en USC des patients à risque de présenter des défaillances d'organe) pris en charge initialement par un des SMURs du département, dans la mesure où le plateau technique de l'établissement d'accueil (Chartres ou Dreux) est adapté aux pathologies actuelles du patient (selon le modèle de l'insuffisance coronarienne aiguë quasi systématiquement prise en charge en Eure-et-Loir)

Objectif n°2 : Développement des techniques d'assistance circulatoire, aussi bien veino veineuses pour les SDRA les plus sévères que veino artérielles pour les états de choc cardiogéniques et éviter ainsi les transferts hors du département avec déplacement préalable sur site d'une UMAC (Unité mobile d'assistance circulatoire) actuellement en provenance du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière

Objectif n°3 : Faciliter le retour précoce en réanimation de patients hospitalisés en réanimation hors du département pour insuffisances des plateaux techniques des services de réanimation du GHT : patients cérébro-lésés après intervention ou surveillance en milieu neuro chirurgical, post-opératoires de chirurgie cardiaque, polytraumatisés après certaines interventions chirurgicales (rachis par exemple), patients devant bénéficier de procédures spécifiques (radiologie interventionnelle pour embolisation, CPRE dans des tableaux d'angiocholite grave, etc.) afin de rapprocher les patients de leur entourage familial, grâce à un dimensionnement capacitaire adapté de l'ensemble des activités de réanimation et d'USC

Objectif n°4 : Améliorer la qualité des soins en réanimation, avec la création d'équipes multi professionnelles : temps plein sanctuarisé de kinésithérapie en réanimation pour prévenir le syndrome post réanimation, avec participation aux techniques de mobilisation précoce, temps plein de psychologue pour le soutien psychologique aux patients, aux proches et aux équipes, et prévenir la morbidité psychiatrique post-réanimation, et les épuisements professionnels, temps sanctuarisé d'assistance sociale, reconnaissance des rôles d'infirmières référentes en appui des cadres de proximité pour faciliter l'intégration des nouvelles IDE, l'accueil des étudiants en soins infirmiers, etc.

Objectif n°5 : Participation au développement de l'activité de PMO du territoire au travers un accès à la réanimation pour les donneurs âgés,

Objectif n°6 : Développement de l'enseignement (accueil des internes, direction de thèses et de mémoire, accueil d'étudiants hospitaliers en provenance de la faculté de médecine de Tours notamment, ...) auprès des personnels médicaux, mais aussi PNM (accueil réguliers élèves IDE, AS)

Objectif n°7 : Développement de la recherche clinique en réanimation, et notamment dans le domaine de la réduction et la prévention du syndrome post-réanimation grâce à la mise en place d'une consultation post-réanimation systématisée, avec utilisation partagée des indicateurs SIGAPS de publication des médecins réanimateurs de l'ensemble des deux sites, nombre d'essais cliniques en promotion, et nombre d'inclusions de patients dans des essais cliniques, participation à des registres internationaux, nationaux et régionaux ;

Objectif n°8 : Favoriser le développement et la diffusion hors du GHT de la thématique IPREA (Réduire les Inconforts des patients de réanimation) au niveau national ;

Objectif n°9 : Développer les prélèvements d'organes sur des donneurs décédés après arrêt circulatoire (MAASTRICHT III),

Objectif n°10 : Recrutement sous forme de postes partagés entre Chartres et Dreux et exercice partagé à l'étude sur les 3 établissements de la filière MIR,

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre :*

- CH de Chartres :

⇒ Réanimation et USC,

- CH de Dreux :

⇒ Augmenter capacitaire en réanimation (2 lits) et USC (2 lits) pour passer à 10+6 lits, avec une USC séparée de la réanimation,

- CH de Châteaudun:

⇒ Augmenter le capacitaire en USC de 2 lits pour passer à 6 lits,

⇒ *Organisation du recours :*

En cas d'insuffisance du plateau technique (cf. objectif 3) et absence de lit disponible à très court terme en réanimation (incompatible avec le délai d'attente d'un éventuel transfert de patient de réanimation, qui serait accéléré pour libérer un lit de réanimation), le médecin réanimateur concerné, en collaboration avec les autres praticiens concernés (chirurgiens, cardiologues, urgentistes, etc.) et le SAMU organisent le transfert médicalisé, en prenant en compte, la pathologie du patient, l'existence d'un suivi et prise en charge préalable (exemple patient greffé rénal ou hépatique au CHU de Tours, patient ayant un suivi hématologique au CHU Saint-Louis, etc.), l'existence de réseaux existants basés sur la connaissance préalables des équipes médicales extérieures, le souhait du patient ou des proches, la proximité géographique, les contraintes en termes de transport, etc. avec garantie de ré hospitalisation en réanimation ou USC dans les meilleurs délais,

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
 - ↪ Avoir des effectifs, PNM, en cohérence avec la réglementation, pour la réanimation, et avec les recommandations pour l'USC,

- CH de Dreux :
 - ↪ Avoir des effectifs, PNM, en cohérence avec la réglementation, pour la réanimation, et avec les recommandations pour l'USC,
 - ↪ Disposer d'une équipe médicale de réanimation pérenne et qualifiée en la spécialité,

- CH de Châteaudun:
 - ↪ Avoir des effectifs, PNM, en cohérence avec les recommandations,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Nombre de patients transférés en réanimation hors du département en distinguant le motif : faute de place et insuffisance des plateaux techniques,
- ⇒ Evolution de la valorisation de l'activité MIR, sur le territoire,
- ⇒ Nombre de recrutements de médecins qualifiés en réanimation ou en anesthésie réanimation sur l'ensemble des 2 sites,
- ⇒ Nombre et ancienneté des d'internes choisissant les services de réanimation et d'USC,
- ⇒ Points SIGAPS collectifs et individuels et SIGREC annuels de suivi des activités de recherche clinique,

Fiche Projet

Soins palliatifs

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle :

	Ressources médicales et paramédicales	Organisation
CH de Chartres	<u>Effectif EMSP :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP médical - 1,6 ETP IDE - 1 ETP psychologue - 0,8 ETP secrétaire 	<p>Accès aux soins palliatifs en hospitalisation avec l'EMSP du CH de Chartres et 21 LISP</p> <p>Reprise de la coopération avec l'EADSP 28</p> <p>Très peu d'orientations vers les USP de Houdan ou d'Orléans.</p>
CH de Dreux	<u>Effectif EMSP :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 1,6 ETP médical (par 2 médecins à temps partiel) - 2 ETP IDE - 1 ETP psychologue - 0,5 ETP secrétaire - Mise à disposition Cadre de santé d'oncologie de Dreux <u>Effectif EADSP 28 :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 1,5 ETP médical (pourvu à ce jour à 0.5 ETP) - 2 ETP IDE - 0,5 ETP psychologue - 1 ETP secrétaire - Mise à disposition Cadre de santé d'oncologie de Dreux - 0.5 ETP psycho social <u>USP de HOUDAN :</u> (collaboration quotidienne)	<p>1. Accès aux soins palliatifs en hospitalisation avec l'EMSP du CH de Dreux et 13 LISP</p> <p>2. Démarche palliative à domicile et dans les structures d'hébergement avec l'EADSP 28 (sous la direction de Dreux mais siège situé à La Loupe)</p>
CH de Nogent le Rotrou	<ul style="list-style-type: none"> - 1 médecin DIU de soins palliatifs+ DIU douleur - 1 IDE DIU soins palliatifs 0.50 ETP - 1 psychologue 0.50 ETP 	<p>6 LISP (3 en médecine 1 et 3 en médecine 2)</p>

CH de Châteaudun	<ul style="list-style-type: none"> - 1 médecin DIU Soins Palliatifs - 2IDE DIU Soins Palliatifs dont une DU Ethique - 1 IDE DU Douleur et Soins Palliatifs - 1 AS - 1 psychologue DU Soins Palliatifs 	6 LISP (3 médecine gériatrique, 3 sur les autres services de médecine)
La Loupe	<ul style="list-style-type: none"> - 1 médecin DIU Soins Palliatifs (0.5ETP) - 1 Cadre Supérieur de Santé DU Ethique et Gérontologie - 1 IDE DIU Soins Palliatifs - 1 IDE DU Douleur - 1 psychologue 0.2 ETP DU Soins Palliatifs 	2 LISP (en médecine)

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

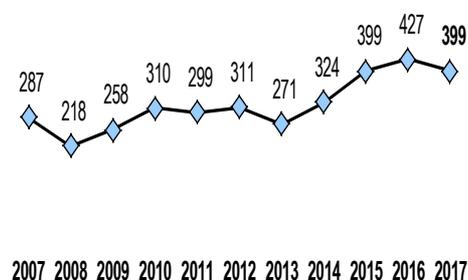
21 Lits Identifiés Soins Palliatifs

Activité Hospitalisation – Hospitalisation complète			
Soins Palliatifs sur Lits dédiés	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	462	201	1218
Nombre de séjours			
Taux d'occupation	10,5	4,6	27,8
Durée moyenne de séjour	16,5	25,1	14

Equipe Mobile de Soins Palliatifs

Demandes	2015	2016	2017	17/16
Demandes à l'EMSP	429	453	450	-1%
<i>(hors appels téléphoniques internes)</i>				
Demandes écrites des services (par fax)	315	255	308	+21%
Appel direct des usagers	114	198	142	-28%
Rencontres et réunions diverses	328	363	254	-30%
Echange/concertation: professionnels individuels	143	156	107	-31%
Echange/concertation: agents services avec LISF	43	42	22	-48%
Echange/concertation: agents services sans LISF	21	31	12	-61%
Echange/concertation: proches des malades	44	64	39	-39%
Séances de travail avec structure de soins palliatifs	77	70	74	+6%

Evolution de la file active



Part d'hommes dans les personnes suivies 43,0%

Age moyen des personnes suivies 71,0

Interventions	2015	2016	2017	17/16
Nb d'interventions des membres de l'EMSP	1 091	1 276	1 199	-6%
Nombre moyen d'intervention				
auprès d'un patient hospitalisé	2,7	3,0	3,0	+1%

Formation

Formation de l'équipe :

% d'infirmiers de l'équipe formés aux Soins palliatifs et/ou à la douleur	2015	2016	2017	17/16
				100,0%
Formations réalisées par l'équipe :	186 h	111 h	197 h	+77%
Formation initiale (IFSI et école aide-soignante)	35 h	34 h	125 h	X 3,7
Formation continue de soins palliatifs (interne et externe)	151 h	77 h	72 h	-6%

Accueil sur l'année 2017 de 3 externes en médecine. Accueil depuis septembre 2017, d'une stagiaire psychologue (master II)

- Centre Hospitalier de Dreux :

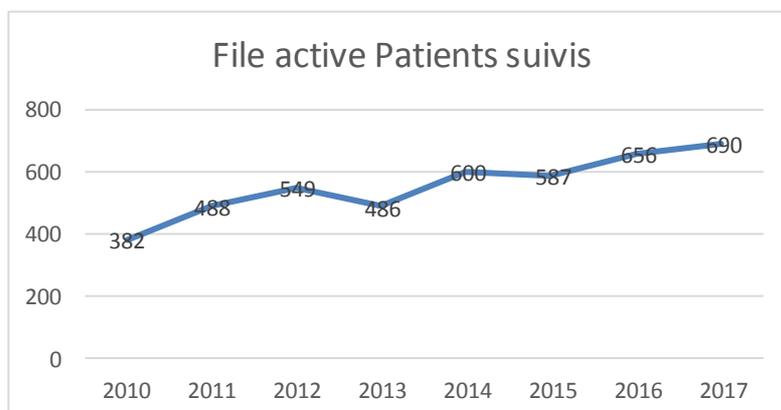
13 Lits Identifiés Soins Palliatifs

Activité Hospitalisation – Hospitalisation complète			
	2015	2016	2017
Soins Palliatifs sur Lits dédiés			
Journées d'hospitalisation	1160	1727	1124
Nombre de séjours	95	146	124
Taux d'occupation	26.72 %	36.40 %	23.69 %
Durée moyenne de séjour	12.21	11.82	9.06

Equipe Mobile de Soins Palliatifs

UF	Indicateurs	2016	2017
64	File active totale CIS + CE	656	690
	Nombre de consultations interservices (CIS)	2659	2565
	File active (CIS) / nouveaux patients	600 / 484	612 / 555
	Nombre de consultations externes (CE) :	207	253
	File active (CE)	126	144
	File active commune CIS et CE	70 patients	66 patients
	Consultation Psychologue /suivi psychologique	157	185

La File active commune de l'EMSP symbolise un nombre de patients vus en hospitalisation et pour lequel un suivi en consultation externe est nécessaire. Sans toutefois se substituer au médecin traitant et/ou référent qui peut s'appuyer sur demande, sur l'expertise de l'EMSP en intra et l'EADSP au domicile. Ceci explique que seulement 10% des patients (66) soit revus par l'EMSP.



Age moyen des patients sur 2017 : 72 ans.

L'activité principale de l'EMSP consiste à réaliser des évaluations (douleur, inconfort, pertinence des traitements,...) et soutien (accompagnement d'un pronostic, problématique de projet de vie, coordination des retours à domicile, ...) parfois dans le même temps, au lit du patient. Ce qui représente des motifs d'interventions principalement décliné comme suit :

UF	Motifs d'interventions	2016	2017
64	Evaluations	3134	3559
	Soutien patient-famille	1014	1134
	Soutien équipe	339	408
	Transfert vers une USP	44	92
	Pertinence de GEP	12	5
	Consultation d'annonce	10	3
	Soutien Décès	65	100
	Conseil téléphonique	34	21
	Aide aux soins : bains de bouche, massage, bain thérapeutique	N.C	141

Pour rappel, selon le référentiel d'organisation des soins relatif aux EMSP, les effectifs en équivalent temps plein préconisés et qui sont ceux de l'EMSP de DREUX, sont établis sur la base d'une activité correspondant à **une file active attendue de 200 nouveaux patients par an** (alors que l'EMSP en comptabilise **555**). Cette file active correspond à un optimum à atteindre de 200 nouveaux patients, qui n'est pas une norme, mais que l'EMSP de DREUX a largement dépassé. Ceci montre l'importance de la démarche palliative et des besoins de la population accueillie en soins de supports dont les soins palliatifs font partie intégrante.

FORMATIONS	2016	2017
En intra et extra pour les soignants	136 H	118 H
En IFPP (ESI et EAS)	23 H	28 H

Accueil pour 2017 en parallèle tout au long de l'année de stagiaires tels que ESI / internes au semestre

Etablissement	Type de formation	Nb de stagiaires	Nombre de jours
IFPP de DREUX	Sciences infirmières	7	175
FAC de TOURS	Interne	2	304
	Externe	2	10

Accueil d'un médecin pneumologue sur une journée pour immersion – découverte dans une équipe transversale de soins palliatifs.

Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs 28 (La Loupe)

SITUATIONS CLINIQUES	2015	2016	2017
Nombre de dossiers créés + soutien + reports et réouvertures	264	336	314
Nombre de patients rencontrés	174	226	200
Nombre d'avis téléphoniques	90	110	114
Nombres d'interventions physiques	243	319	253
Réunions pluridisciplinaires	28	21	15

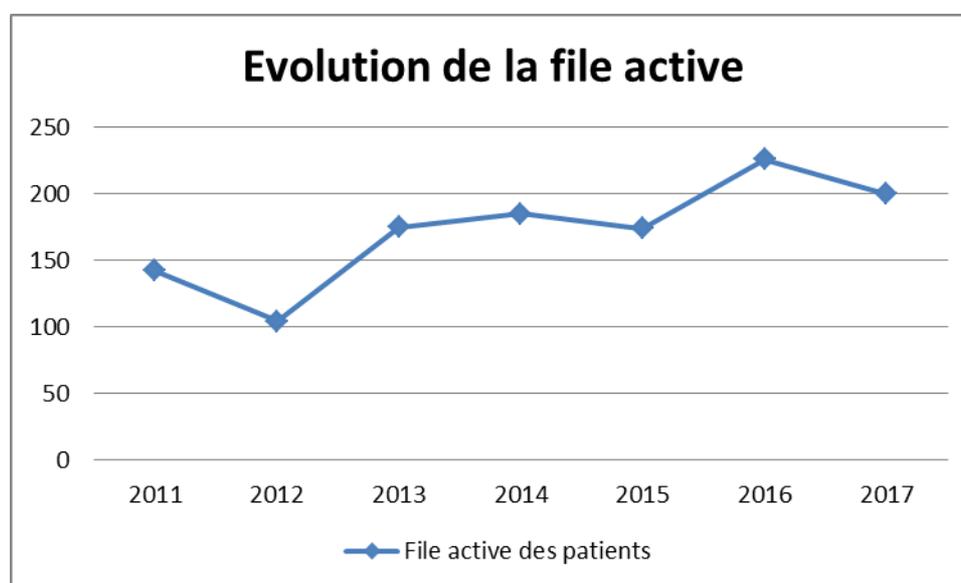
En 2016, l'activité clinique a augmenté par l'arrivée du Dr CARNET au sein de l'équipe.

En 2017, cette activité s'est vue diminuer du fait de l'augmentation du nombre de formations.

FORMATIONS (volume en heure)	2015	2016	2017
Formations IFSI	5,5	3,5	9,5
Formations EHPAD dont Directions	74	66	115

En 2017, le nombre d'heures de formation a progressé de + 74 % avec la mise en place de formations destinées aux directions des EHPAD (Directeurs, Médecins-coordonnateurs, Cadres et IDEC).

DYNAMIQUE (volume en heure)		2015	2016	2017		
Rencontres groupe interEHPAD réflexion SP		9	7,5	4		
Groupe eurélien d'échanges sur les pratiques professionnelles		2	6	0		
Rencontres interéquipes		12	12	12		
Rencontres EMSP et EADSP (Dreux et chartres)		15,25	20,25	15,5		
Réunion LISP CH La Loupe		7,75	8	6,5		
Rencontre Groupe LISP 28 départemental		7,5	2	0		
File active des patients						
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
142	104	175	185	174	226	200



Accueil pour 2017 de stagiaires tels qu'une infirmière et une aide-soignante dans le cadre du DU de Soins Palliatifs sur une durée d'une semaine, ainsi qu'un interne en médecine sur une durée d'une semaine.

- Centre Hospitalier de Châteaudun :

6 Lits Identifiés Soins Palliatifs

Activité Hospitalisation – Hospitalisation complète			
Soins Palliatifs sur Lits dédiés	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	2281	1855	1966
Nombre de séjours	184	179	179
Taux d'occupation	104.15 %	84.70 %	91.14 %
Durée moyenne de séjour	21.32	16.13	17.10

Accueil stagiaire interne en médecine, étudiants soins infirmiers et étudiants aides-soignants
Réactivité dans la prise en charge des patients.

- Centre Hospitalier de La Loupe :

5 Lits Identifiés Soins Palliatifs

Activité Hospitalisation – Hospitalisation complète			
Soins Palliatifs sur Lits dédiés	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	466	476	1440
Nombre de séjours	34	26	52
Taux d'occupation	63.8 %	65 %	197.26 %
Durée moyenne de séjour	15.53	17	26.67

Réactivité dans la prise en charge des patients
Accueil de stagiaire étudiants soins infirmiers

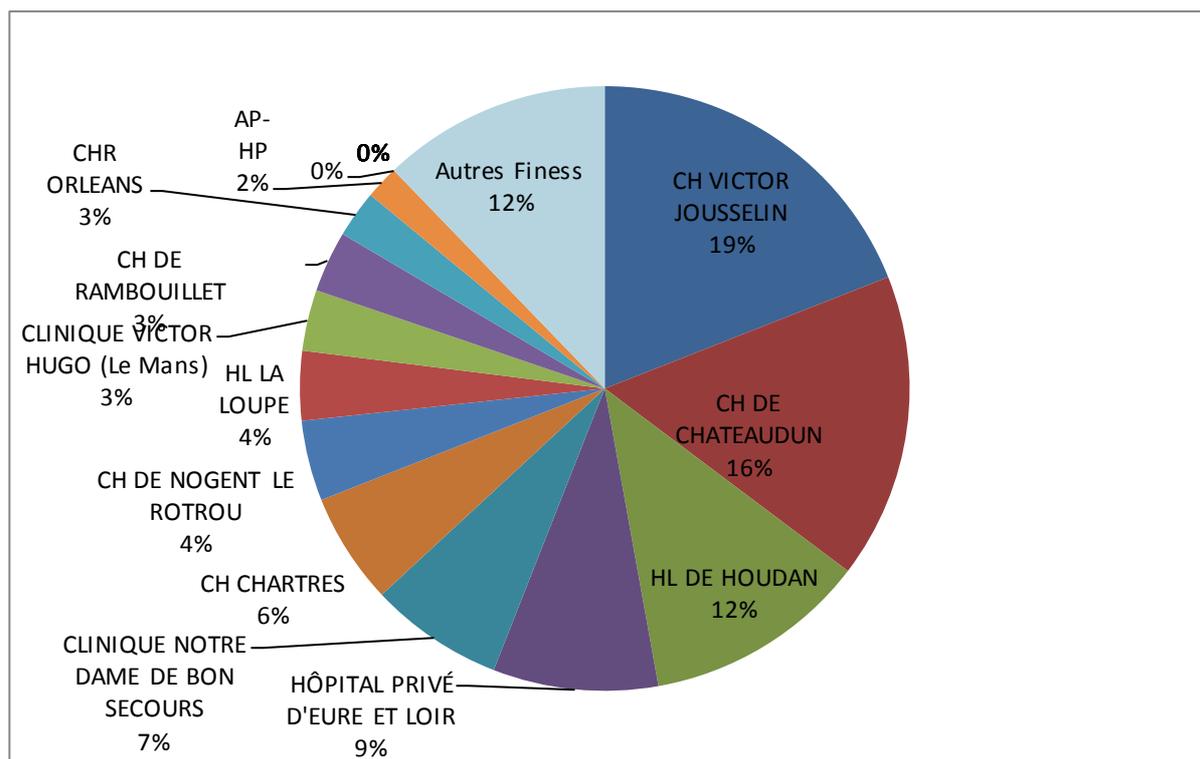
- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

6 Lits Identifiés Soins Palliatifs

Activité Hospitalisation - Hospitalisation complète -					
Soins Palliatifs sur Lits dédiés	2014	2015	2016	2017	2017/2016
Journées d'hospitalisation	1511	1049	878	1392	+ 58,54 %
Nombre de RSS (séjours)	59	33	36	41	+ 13,89 %
Taux d'occupation	45.99 %	31.93 %	26.75 %	42.24 %	
DMS PMSI	22,55	31,79	24,39	33,95	+ 39,21 %

Réactivité dans la prise en charge des patients
Accueil de stagiaire étudiants infirmiers et aides-soignants

⇒ Fuites : séjours en soins palliatifs de patients Euréliens, 2016, source SCAN SANTE



⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

Eu égard à une augmentation de la durée de vie et à un département d'Eure et Loir comprenant de nombreux milieux de vie ruraux, les soins palliatifs de proximité sont un véritable enjeu.

Les acteurs de la filière se trouvent confrontés à plusieurs problématiques :

- La nécessité de renforcer l'effectif médical de l'EADSP 28 qui est très sollicitée
- La pénurie médicale sur le département
- La réduction des DMS en milieu hospitalier avec un indice de performance de plus en plus serré implique une nécessité de développer les aides à domicile
- HAD ne répondant pas toujours à la demande de prise en charge en soins palliatifs sur 2017. En 2018, la situation est en cours d'évolution favorable du fait du renforcement des équipes et du déploiement des antennes de proximité.
- La faiblesse des liens ville/hôpital à développer
- La couverture ouest du département n'est pas suffisamment assurée en niveaux 2 (LISP) et 3 (USP)

II. Evolution prévisible

Fermeture de 96 lits à l'hôpital de Chartres dans les années à venir.

Poursuite de la paupérisation de la démographie médicale en ville et à l'hôpital.

Vieillesse de la population et isolement familial.

Augmentation des prises en charge palliatives en EHPAD, et au domicile.

Développement de la Télémédecine.

Ouverture de l'USP de Blois dans les années à venir.

Renforcement de la politique du maintien au domicile, de l'ambulatorio et de l'HDJ.

⇒ Autres composantes de l'offre de soins :
L'USP de Houdan et les USP de la région.
Les hôpitaux privés du département et limitrophes.
Les SSR hors GHT et les EHPAD.

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n°1 : renforcer l'EADSP 28, notamment par le recrutement d'un médecin supplémentaire pour atteindre 1,5 ETP médical (0.5 pourvu à l'heure actuelle),

Objectif n°2 : mettre en place une EMSP inter hospitalière sur les établissements de Châteaudun, La Loupe et Nogent le Rotrou.

Objectif n°3 : pallier une offre inexistante d'USP dans le département en s'appuyant sur les USP hors département (USP d'Orléans, Houdan, Le Mans, Blois...)

Objectif n°4 : Améliorer l'offre de soins hospitaliers en soins palliatifs dans l'ouest du département en augmentant le nombre de LISP sur le CH de La Loupe (pour passer de 2 à 5)

Objectif n°5 : mettre en place un pôle territorial de ressources pour la formation du personnel aux soins palliatifs : fléchage des formations existantes, auxquelles pourront s'inscrire tout professionnel quel que soit son lieu d'exercice, et mobilisation des ressources spécifiques,

Objectif n°6 : échanger sur les pratiques en organisant des rencontres interprofessionnelles (déjà amorcées par le Comité de Pilotage Régional sur les journées inter-équipes biennuelles)

Objectif n°7 : développer et pérenniser les liens avec l'HAD (formations, procédures, STAFF...),

Objectif n°8 : suivre les projets en pérennisant les rencontres du groupe GHT

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

- CH de Chartres :

Niveau 1 : Les soins palliatifs sont pratiqués dans la quasi-totalité des services de l'établissement et en EHPAD

Niveau 2 : 21 lits identifiés de soins palliatifs (6 en pneumologie, 6 en oncologie, 2 en gastroentérologie, 2 en rhumatologie, 2 en neurologie, 2 en SSR et 1 en diabétologie)

Niveau 3 : Inexistant (Pas d'unité de soins palliatifs au CH de Chartres)

Niveau transversal : Une EMSP intervenant en appui aux 2 niveaux existants

- CH de Dreux :

Niveau 1 : Pratique palliative à domicile et dans les structures d'hébergement = EADSP 28(localisée à La Loupe)

Les soins palliatifs sont pratiqués dans la quasi-totalité des services de l'établissement et en EHPAD.

Niveau 2 : Accès aux soins palliatifs en hospitalisation et aux LISP = EMSP du CH de Dreux (13 Lits Identifiés Soins Palliatifs : 5 en médecine gériatrique, 1 en neurologie, 1 en cardiologie, 5 en oncologie et 1 en pneumologie),

Niveau 3 : recours à l'USP de Houdan, équipe experte dans les situations les plus complexes : détresse respiratoire, agonie complexe, risque d'hémorragie cataclysmique, souffrance extrême, maladie dégénérative isolée, répit inter cure, ...

Niveau transversal : Une EMSP intervenant en appui aux niveaux 1 et 2

- CH de Châteaudun:

Niveau 1 : Les soins palliatifs sont pratiqués dans la quasi-totalité des services de médecine au sein de l'établissement

Niveau 2 : 6 lits identifiés de soins palliatifs (3 en médecine gériatrique et 3 répartis dans les autres services de médecine)

Niveau 3 : Inexistant (Pas d'unité de soins palliatifs au CH de Châteaudun)

Niveau transversal : Une EMSP commune aux 3 établissements (Châteaudun, La Loupe et Nogent le Rotrou) en s'appuyant sur l'expertise des autres EMSP et de l'EADSP28,

- CH La Loupe :

Niveau 1 : Les soins palliatifs sont pratiqués au sein du service de médecine et dans les autres services (SSR, USLD, avec l'appui de l'EADSP)

Niveau 2 : 2 lits identifiés de soins palliatifs (service de médecine)

Niveau 3 : Inexistant (Pas d'unité de soins palliatifs au CH de La Loupe)

Niveau transversal : Une EMSP commune aux 3 établissements (Châteaudun, La Loupe et Nogent le Rotrou) en s'appuyant sur l'expertise des autres EMSP et de l'EADSP28,

- CH de Nogent le Rotrou :

Niveau 1 : Les soins palliatifs sont pratiqués dans la quasi-totalité des services de médecine au sein de l'établissement

Niveau 2 : 6 lits identifiés de soins palliatifs

Niveau 3 : Inexistant (Pas d'unité de soins palliatifs au CH de Nogent le Rotrou)

Niveau transversal : Une EMSP commune aux 3 établissements (Châteaudun, La Loupe et Nogent le Rotrou) en s'appuyant sur l'expertise des autres EMSP et de l'EADSP28

⇒ *Organisation du recours* :

Recours aux équipes très spécialisées dans les spécificités de prises en charge = Les USP.
Liens privilégiés avec l'USP de Houdan pour des raisons historiques et géographiques.
Possibilité de recours à l'EADSP28 pour tous les établissements du département.

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :

Obtenir les moyens humains non médicaux réglementairement dédiés aux LISP,

- CH de Dreux :

Recrutement de 2 ETP médicaux (1 pour l'EADSP et 1 pour l'EMSP)

Obtenir les moyens humains non médicaux réglementairement dédiés aux LISP,

- CH de Châteaudun, La Loupe et Nogent le Rotrou :

Recrutement de personnel médical qualifié pour dédier du temps à l'EMSP,

Obtenir les moyens humains non médicaux réglementairement dédiés aux LISP,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

Evolution du taux de fuite

Evaluation de l'activité des EMSP en fonction des critères suivis par le réseau régional

Evaluation du taux d'occupation des LISP

Modalités de suivi : Bilan annuel lors d'une des deux rencontres annuelles du groupe.

Fiche Projet

Filière Hépato-Gastro-Entérologie

I. Description du contexte

⇒ Situation actuelle (au 24 avril 2018):

	CH Chartres	CH de Dreux	CH de Nogent le Rotrou	CH de Châteaudun	CH de La Loupe
Ressources médicales	3,6 ETP PH, 1 ETP PH interniste, 1 ETP assistant,	6 ETP PH (dont 2 ETP sur Oncologie digestive) 1 ETP assistant MG	Intervention d'un praticien libéral pour activité ambulatoire	0,5 ETP de PH	
Organisation	26 lits HC, 4 lits d'HDS, 2 places d'HDJ, Nombre de plages de bloc 7,5 Nombre de plages de consult et actes externes 14	25 lits HC 3 lits HDS 2 lits HDJ Médecine 5 lits HDJ Oncologie Nombre plages bloc : 5,75 6 lits de chirurgie ambulatoire 3 jours/semaine	Activité ambulatoire pour endoscopies digestives	Activité ambulatoire pour endoscopies digestives	

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

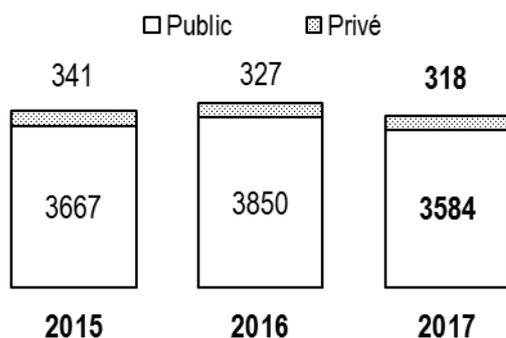
	2015	2016	2017	17/16
<i>Hospitalisation complète et de semaine</i>				
Journées hospitalisation	9 078	9 204	9 007	-2%
Taux d'occupation	92,5%	89,6%	88,6%	-1%
Durée Moyen. de Séjour	5,64	6,21	5,56	-11%
IP DMS	1,06	1,19	1,10	-8%

Hospitalisation de jour

Venues	450	446	516	+16%
Taux d'occupation	89,3%	88,1%	102,8%	+17%

Activité externe

Passages en Consultations



	2017
Consultations	2 499
dont public	2 181
dont privé	318
Actes CCAM	1 475
Actes AMI	807

- Centre Hospitalier de Dreux :

HOSPITALISATION COMPLETE (DS > 0 : hors séances et HDJ)

	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	9 788	9 881	9 503	9 742
Nb RUM	1 221	1 361	1 316	1 357
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	1 139	1 249	1 201	1 235
Taux d'occupation	92,86	93,11	94,43	96,52
DMS	8,27	7,47	7,45	7,47
IPDMS	1,33	1,26	1,23	1,29

ACTIVITE EXTERNE

	2014	2015	2016	2017
Consultations	4 105	4 833	4 318	3 807
Actes CCAM	975	1 271	1 139	988
TOTAL	5 080	6 104	5 457	4 795

- ⇒ Activité de chimiothérapie :
 - ↳ 2016= 902 séances (à 80% en HDJ),
 - ↳ 2017= 838 séances (à 80% en HDJ).

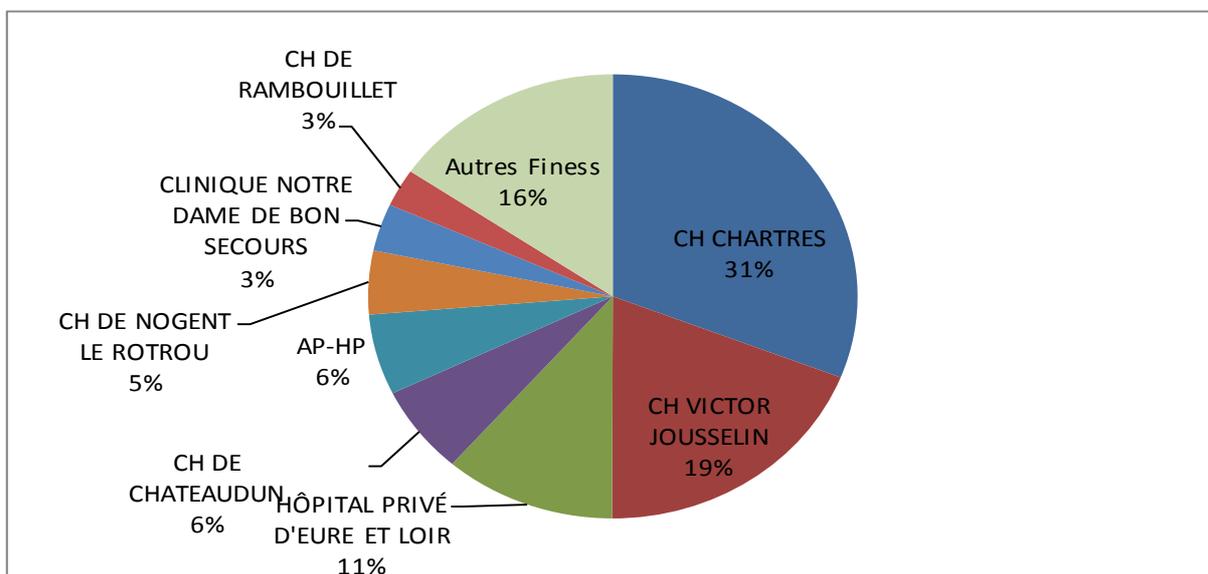
- Centre Hospitalier de Châteaudun :

Activité Ambulatoire - Hospitalisation -			
Endoscopies digestives	2015	2016	2017 (à fin août)
Journées d'hospitalisation	0	0	0
Nbre de RSS (séjours)	569	683	518

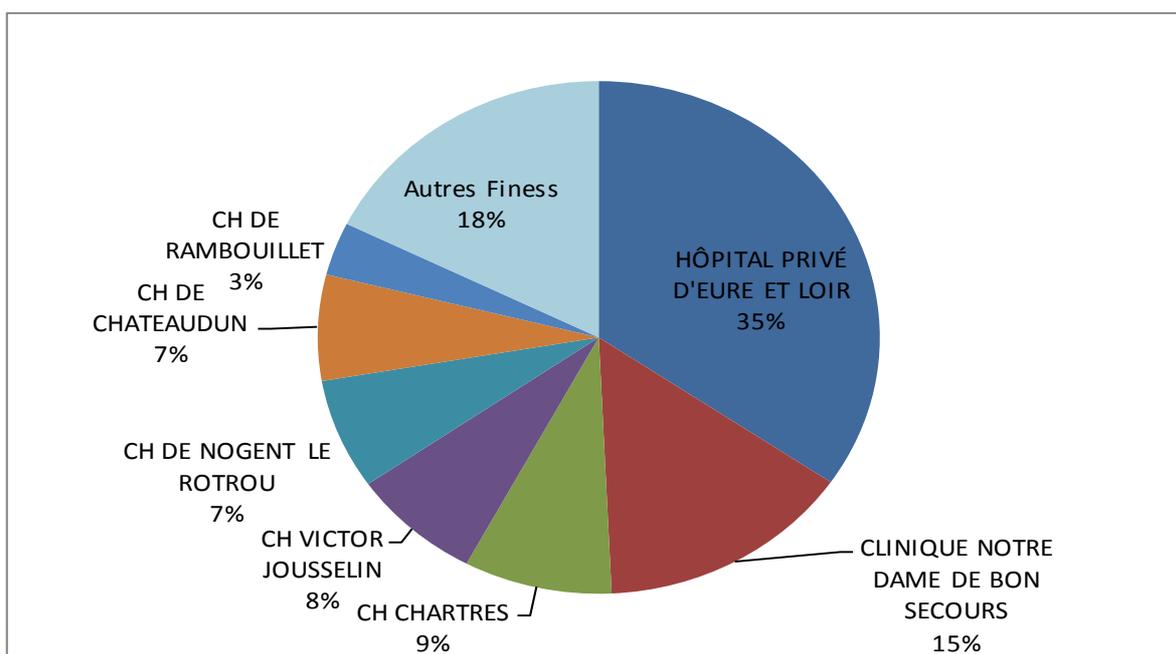
- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

Activité Ambulatoire - Hospitalisation -					
Endoscopies digestives 1810	2014	2015	2016	2017	2017/2016
Journées d'hospitalisation	0	0	0	0	-
Nbre de RSS (séjours)	992	1142	1289	1284	- 0,39 %

⇒ Parts de marché en hépato-gastroentérologie, patients Euréliens, 2016, source SCAN SANTE



Endoscopies digestives et biliaires avec ou sans anesthésie, patients Euréliens, 2016, source SCAN SANTE



⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

1. Recrutement médical difficile : forte attractivité du secteur privé (ex : Chartres, quatre départs de PH vers le secteur libéral ces trois dernières années),
↳ 2 départs à la retraite à Chartres dans le secteur libéral d'ici 1 an.
↳ Quasi-disparition de l'offre de soins privé sur le bassin drouais (départ en retraite de 3 des 4 ETP libéraux). Absence de relais en médecine de ville pour prise en charge pathologies chroniques digestives aboutissant à une saturation des consultations spécialisées avec délais croissants.
2. Difficulté de recrutement des internes en raison de l'éloignement du CHU de Tours. De plus la nouvelle réforme ne permet plus de proposer le poste aux internes de médecine générale. Manque d'attractivité du territoire.
3. Pour les activités endoscopiques : accès aux plateaux techniques (bloc opératoire), délai d'accès aux consultations d'anesthésie (à Chartres), matériel insuffisant.
4. Hospitalisation traditionnelle : problèmes des lits d'aval et du médico-social.
5. Astreinte d'endoscopie sans infirmière dédiée non conforme aux recommandations de la SFED et à la circulaire du 4 juillet 2016 DGOS/PF2/VVS1/2016/220 (Ch Chartres)
6. Offre de soins en Cancérologie digestive insuffisante sur l'Eure-et-Loir. Le centre hospitalier (CH) de Dreux draine un bassin de population de près de 160 000 habitants sans offre concurrentielle privée. Ce territoire de santé se situe au sein de la région Centre dont la densité médicale moyenne est la deuxième plus faible de France (235,3 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants). Au sein de cette région, l'Eure-et-Loir est le département le plus sous-médicalisé notamment sur le bassin drouais élargi. Les perspectives démographiques pour 2020 tant pour les médecins généralistes (196/100000) et pour les spécialistes (107/100000) ne permettent pas d'entrevoir un accès aux soins facilités ni une prise en charge graduée harmonieuse des cancers d'origine digestive. En effet, le rapport Oncocentre 2015 sur l'épidémiologie des cancers colo-rectaux souligne la surmortalité en Eure-et-Loir par rapport à la moyenne nationale (+15%) avec ¼ des nouveaux cas survenant avant 65 ans et une augmentation significative de l'incidence. Ces statistiques défavorables se retrouvent sur d'autres localisations digestives comme le cancer de l'œsophage dont la mortalité dans le département de l'Eure et Loir est l'une des plus élevée à l'échelon national.

II. Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

- Concurrence importante de l'HPEL sur la partie endoscopies digestives (représente 50% des parts de marché 2016)

III. Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Objectif n°1 : renforcer l'accès au bloc opératoire, augmentation du nombre de vacations (à Chartres).

Objectif n°2 : développer l'accès aux lits d'aval pouvant accueillir des patients souffrant de pathologies lourdes (cancer, dénutrition, ...).

Objectif n°3 : ouvrir une nouvelle plage d'endoscopie interventionnelle.

Objectif n°4 : Faire évoluer les staffs MICI :

- intégrer Châteaudun aux staffs MICI trimestriels Dreux – Chartres – Clinique St François,
- intégrer Châteaudun aux staffs MICI mensuels CHU de Rouen - Dreux – Chartres.

IV. Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre :*

- **CH de Chartres :**

⇒ *Activité d'hospitalisation complète, programmée et externe :*

- Endoscopies hautes et basses sous anesthésie locale ou générale,
- Endoscopies interventionnelles (CPRE, Echoendoscopie, Prothèses digestives),
- Proctologie médicale,
- Fibroscan,
- Vidéocapsule,
- Hépatologie,
- Maladies inflammatoires de l'appareil digestif,
- Plateau radiologie diagnostique et thérapeutique avec scanner/IRM/ponctions/biopsies/drainages,
- Echographie abdominale,
- Oncologie prise en charge par les oncologues,

⇒ *RCP :*

- RCP hebdomadaire onco-médico-chirurgicale,
- Staff hebdomadaire avec le service de diabéto-endocrinologie,

⇒ *PDSES :*

- Astreinte opérationnelle d'endoscopie digestive,
- Avis et urgences digestives des CH de Nogent le Rotrou (réparties avec l'équipe de Dreux), et Châteaudun, (en l'absence du gastroentérologue PH mi-temps), sous réserve de la capacité d'accueil.

- **CH de Dreux :**

⇒ *Activité d'hospitalisation complète, programmée et externe :*

- Oncologie digestive diagnostique, thérapeutique et palliative avec continuum dans la prise en charge médico-chirurgicale y compris pour le recours,
- Proctologie médico-instrumentale et chirurgicale,
- Maladies inflammatoires de l'appareil digestif,
- Hépatologie,
- Endoscopies hautes et basses sous anesthésie locale ou générale,
- Endoscopies interventionnelles (Prothèses digestives, entérosopies),
- Fibroscan
- Vidéocapsules grêle et colon
- Plateau radiologie diagnostique et thérapeutique avec scanner/IRM/ponctions/biopsies/drainages,
- Echo abdominale,

⇒ *RCP :*

- RCP hebdomadaire médico-chirurgicale/hépto-gastro-entérologie et oncologie digestive,
- RCP recours en chirurgie carcinologique et transplantation hépatique mensuelle (CHU Pitié-Salpêtrière- Pr Scatton- Pr Karoui),
- RCP recours MICI mensuelle (CHU Rouen- Pr Savoye),

- ⇒ *PDSES* :
- *Astreinte opérationnelle endoscopie digestive,*
 - Avis et urgences digestives du CH de Nogent le Rotrou sous réserve de la capacité d'accueil,

- CH de Châteaudun:
⇒ Activité ambulatoire endoscopique,
- CH de Nogent le Rotrou :
⇒ Activité ambulatoire endoscopique,

⇒ *Organisation du recours*:

- RCP recours mensuelle médico-chirurgicale Cancérologie digestive et transplantation hépatique pilotée par CH de Dreux : CH Dreux/COREL Chartres/Pitié-Salpêtrière,
- RCP recours mensuelle maladies inflammatoires de l'intestin pilotée par CH de Dreux: CH de Dreux/CH de Chartres/CHU Rouen,
- RCP recours mensuelle VHC Tenon-Cochin : CH de Dreux/Ch de Chartres,
- RCP recours mensuelle TNE Renaten Paris-ouest pilotée par CH de Dreux : CH de Dreux/COREL Chartres/IGR,
- Proctologie Médico-chirurgicale pilotée par CH de Dreux: CH de Dreux/CH de Chartres/Hôpital Saint Joseph.

V. Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
- CH de Dreux : Déficit d'environ 2000 consultations depuis le 1^{er} janvier 2017 et de près de 1000 endoscopies sur le bassin drouais de proximité (départ praticiens libéraux non compensés). Déficit d'un 1 ETP sur le CH de Dreux en Cancérologie digestive non compensés depuis 2014 ne faisant qu'aggraver l'inégalité d'accès aux soins en Cancérologie digestive sur le Nord du département,
- CH de Châteaudun:
Offre reposant sur un seul praticien,
- CH de Nogent le Rotrou :
Offre reposant sur un seul praticien,

VI. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Evolution du nombre d'actes d'endoscopies interventionnelles par sites,
- ⇒ Evolution des effectifs médicaux,

Fiche Projet

Procréation Médicalement Assistée (PMA)

I – Description du contexte

Le Centre Hospitalier de Dreux détient les autorisations cliniques et biologiques pour effectuer l'ensemble des actes de Procréation Médicalement Assistée (AMP : IA, FIV, ICSI, congélation...), il est donc un centre de PMA.

Le Centre Hospitalier de Chartres détient une autorisation biologique pour la réalisation des inséminations artificielle (IA), il est donc un laboratoire d'IA.

Dans le cadre du GHT, et afin de développer l'offre de soins du territoire d'Eure-et-Loir : Une convention de collaboration des équipes cliniques Dreux/Chartres a été signée afin développer la prise en charge des couples du territoire chartrain en situation d'infertilité dans la filière de soin d'assistance médicale à la procréation (GHT). Il semble aujourd'hui primordial que le laboratoire d'IA de Chartres et le laboratoire de PMA de Dreux se rapprochent afin de poursuivre le développement de la filière de l'offre de soins (convention entre laboratoires).

⇒ Situation actuelle (Mai 2018) :

	CH Chartres	CH de Dreux
Ressources médicales	1,5 ETP GO 0.5 ETP sage-femme 2 biologistes autorisés correspondant à 0,7 ETP	<u>UNITE CLINIQUE :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 3 gynécologues représentant 1,2 ETP en AMP - 1,5 ETP pourvu (2 ETP besoins en fonctionnement) sage-femme AMP <u>UNITE BIOLOGIQUE :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 2 ETP biologistes spécialistes AMP : spermologie et embryologie
Organisation	Sont réalisées à Chartres les techniques : <ul style="list-style-type: none"> • D'inséminations (en intra conjugal : IAC, et avec don de sperme :IAD) au laboratoire, 	Le centre AMP comporte une unité clinique et biologique travaillant en étroite collaboration sous l'autorité du coordinateur clinico-biologique et de la personne responsable du centre AMP. Sont réalisées les techniques de <ul style="list-style-type: none"> - Inséminations (en intra conjugal, IAC, et avec don de sperme, IAD) - FIV, ICSI, - Cryoconservation d'embryon - Cryoconservation de sperme - TEC, (y compris les couples adressés par les hôpitaux de Chartres et de Châteaudun pour FIV et ICSI)

	<p><u>PARTIE CLINIQUE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations d'infertilité par les gynécologues • Monitorages : échographies (sage-femme) et dosages hormonaux <p><u>PARTIE BIOLOGIQUE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • IIU (IAC et IAD) • entretiens de spermiologie • Spermiologie diagnostique <p><u>PARTIE CLINICO BIOLOGIQUE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Staffs clinico-biologiques hebdomadaires par visioconférence • Informations des couples : réunion d'informations 2 fois/mois • Réunions mensuelles du RESINFEL <p><u>ACTIVITES A DEVELOPPER :</u> Entretiens sages-femmes et séance d'hypnose en AMP</p> <p>Acupuncture dans le cadre de l'AMP</p> <p>Qualité : accréditation à 100% (ISO NF EN 15 189) de l'unité de spermiologie</p>	<p><u>PARTIE CLINIQUE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ponctions ovocytaires - Transferts embryonnaires - Consultations d'infertilité par les gynécologues - Echographies (sage-femmes) et dosages hormonaux - Monitoring : suivi des stimulations de toutes les patientes y compris pour les patientes de Chartres réalisant des tentatives de FIV et d'ICSI - Entretiens sages-femmes - Séances d'hypnose en AMP <p><u>PARTIE BIOLOGIQUE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - FIV et ICSI - TEC - IIU - Conservation embryonnaire - Autoconservation de sperme et d'ovocytes pour AMP - Entretiens pré-transfert ; Entretiens de spermiologie, - Spermiologie diagnostique, <p><u>PARTIE CLINICO-BIOLOGIQUE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Staffs clinico-biologiques hebdomadaires (dossiers AMP de Chartres, Châteaudun et Dreux) par visio conférence ; logiciel commun Médifirst - Gestion des résultats des tentatives et transmission à l'ABM - Qualité : certification (ISO 9001 depuis 2017) du centre AMP et accréditation de l'unité biologie d'AMP (spermiologie), un référent qualité AMP et un responsable AMP vigilance - Information des couples : réunions d'information <p><u>ACTIVITES A DEVELOPPER :</u></p> <p>Prise en charge des couples des départements limitrophes 27, 78 et 61 (développement de partenariat avec les différents hôpitaux).</p> <p>Activité de biopsie testiculaire pour prise en charge des azoospermies</p> <p>Cryoconservation pour préservation de la fertilité</p>
--	---	---

⇒ Activité :

- Centre Hospitalier de Chartres :

	2014	2015	2016	2017
IAD	3	6	1	3
IAC	156	163	118	169

Pour l'année 2017 :

- 98 IIU
- 476 consultations externes,
- 952 consultations échographiques sages-femmes,
- 130 hystérosopies

- Centre Hospitalier de Dreux :

Pour l'année 2017 :

- 307 FIV ICSI
- 143 TEC
- 124 IIU
- 384 transferts embryonnaires
- 387 embryons congelés
- 37 congélations de sperme
- 2700 consultations externes
- 2008 échographies sages-femmes
- 190 CS sages-femmes (entretiens et/ou séances d'hypnose)

Evolution de l'activité au cours des années	2014	2015	2016	2017
Ponctions FIV/ICSI	251	255	285	307
TEC	110	120	134	143
IIU	102	129	105	124
Nb total actes AMP	463	504	524	574

⇒ Fuites

Vers la région Parisienne, Orléans ou Le Mans

⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

La procréation médicalement assistée dépend d'une prise en charge très spécialisée, à la fois clinique et biologique, nécessitant une collaboration étroite entre les équipes du territoire, organisée eu égard aux autorisations spécifiques détenues par les établissements : techniques de FIV, ICSI et TEC (laboratoire de Dreux), techniques d'IIU (laboratoires de Dreux et Chartres).

II - Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence : Pas d'autre centre AMP sur le territoire
Nécessité de structurer l'offre publique du département, et de communiquer dessus, pour parer à la concurrence hors département

III - Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Les Centres Hospitaliers de Dreux et de Chartres souhaitent développer leurs complémentarités pour la prise en charge des activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation. En effet, l'objectif est de permettre aux couples du territoire drouais et chartrain en situation d'infertilité, d'accéder à une prise en charge de proximité, et ainsi d'éviter les fuites hors département dans le secteur AMP

Dans le cadre du partenariat déjà mis en place et à développer,

- le Centre Hospitalier de Chartres oriente les couples infertiles consultant en son sein, vers le Centre d'AMP de Dreux, pour la réalisation des actes d'AMP, de FIV et d'ICSI (et IIU si impossibilité pour le laboratoire de Chartres) au laboratoire AMP de Dreux, dans le cadre d'une prise en charge commune par les équipes drouaise et chartraine ;
- le Centre Hospitalier de Dreux forme et fait participer à la prise en charge en AMP, les gynécologues de Chartres et de Châteaudun afin de leur permettre de suivre les couples infertiles tout au long de leur prise en charge.

Objectif n°1 : Staffer l'ensemble des dossiers AMP de Chartres (et sites partenaires) et de Dreux aux staffs clinco-biologiques communs Chartres/Dreux ;

Objectif n°2 : Développement d'un site internet dédié à la prise en charge de l'AMP en Eure et Loir afin de développer la communication sur l'offre de soins,

Objectif n°3 : Structurer la PEC Chartres/Dreux

- Clinique : avec des consultations une fois tous les 15 jours du responsable clinique (ou d'un autre clinicien) de l'AMP de Dreux,
- Biologique : avec des consultations une fois tous les 15 jours du responsable biologique (ou d'un autre biologiste) de l'AMP de Dreux

Objectif n°4 : Développer l'activité du Centre PMA avec une mise en place sur le site de Dreux des activités de :

- Biopsie testiculaire
- Préservation de la fertilité

(Demande d'autorisation par la personne responsable du centre AMP, CH Dreux).

Objectif n°5 : Achat de 3 licences de MEDIFIRST pour le laboratoire de Chartres et pour les cliniciens du CH de Chartres.

Objectif n°6 : Véritable convention entre les anesthésistes de Dreux et de Chartres afin de réduire le nombre de déplacement des couples sur Dreux

Objectif n°7 : Convention entre les laboratoires d'AMP de Dreux et d'IA de Chartres

IV - Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre* :

- CH de Chartres :
 - ✓ Temps IDE pour éducation thérapeutique (injection et suivi des protocoles prescrits) et prélèvements
 - ✓ Augmentation du temps sage-femme de 0.5 ETP pour arriver à 1 ETP sage-femme

- CH de Dreux :
 - ✓ Pourvoir l'AMP de moyen propre en RH dont l'AMP n'a jamais été dotée :
 - Nécessité de 2 ETP sages-femmes moyens actuellement pris dans le pool des sages-femmes polyvalentes
 - Temps IDE pour les ponctions ovocytaires au bloc opératoire (pris actuellement sur le pool des IDE de gynécologie) : nécessité d'une IDE tous les matins y compris le samedi soit 1,46 ETP
- CH de Châteaudun:
 - ⇒ Consultations externes assurées par un GO à pérenniser

- CH de Nogent le Rotrou :
 - Consultations externes assurées par un GO du CH de Chartres,
 - 1 Licence MEDIFIRST à acheter pour le suivi des dossiers

⇒ *Organisation du recours* :

Accueil d'embryon sur le Centre AMP de Tours (convention)

V - Conséquences prévisibles en termes de ressources humaines

- CH de Chartres :
 - ⇒ Détachement d'1 GO Drouais (0,1 à 0,2 ETP)
 - ⇒ Détachement de 0,05 ETP de bio Drouais,
 - ⇒ 1 ETP réel d'AMA,
 - ⇒ 0.2 ETP IDE (7h /semaine) pour prélèvements et éducation thérapeutique,
 - ⇒ 0.5 ETP sage-femme,

- CH de Dreux :
 - ⇒ Passage de temps partiel à temps plein du GO clinicien responsable du centre AMP (poste à mission territoriale demandé pour l'AMP)
 - ⇒ Détachement de GO clinicien AMP vers le CH de Chartres (0,1 à 0,2ETP),
 - ⇒ Détachement de 0,05 ETP de bio vers le CH de Chartres,
 - ⇒ Augmentation du temps SF de 0,6,
 - ⇒ Augmentation de 0,5 ETP du temps AMA,
 - ⇒ Technicien de laboratoire, passage des CDD en CDI

- CH de Châteaudun

- CH de Nogent le Rotrou

VI - Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Nombre de couples pris en charge avec leur provenance,
- ⇒ Nombre d'actes AMP
- ⇒ Mise en place effective du site internet,

Fiche Projet CHIRURGIE VISCERALE

I - Description du contexte

⇒ Situation actuelle (Mai 2018) :

	CH Chartres	CH de Dreux	CH Nogent de le Rotrou	CH Châteaudun de	CH de La Loupe	CH Henri Ey
Ressources médicales	Chirurgie viscérale : 4 PH temps plein, 1 assistant spécialiste, 1 Professeur temps plein	Chirurgie viscérale : 4 PH temps plein, 1 assistant spécialiste, 2 praticiens attachés (sur postes d'internes), 1 assistant spécialiste à temps partagé avec la pitié,				
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - 27 lits d'hospitalisation complète, - 24 lits d'hospitalisation de semaine (communs avec les autres spécialités), - 15 lits d'hospitalisation de jour (communs avec les autres spécialités) 	<ul style="list-style-type: none"> 26 lits d'hospitalisation complète mutualisés avec l'urologie et l'ORL, 15 places d'HDJ, mutualisées avec les autres spécialités du pôle, 	Activité ambulatoire centrée sur 4 journées/mois (Bloc le matin puis consultations l'après-midi et validation des sorties en fin de journée)	1 consultation avancée par semaine 1 plage opératoire tous les 15 jours		

⇒ Activité :

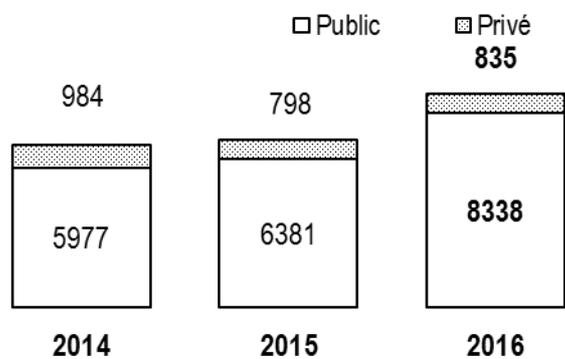
- Centre Hospitalier de Chartres :

Activité d'hospitalisation

	2014	2015	2016	16/15
<i>Hospitalisation complète</i>				
Journées hospitalisation	8 293	8 593	8 679	+1%
Nb RSS (Séjours)	1 277	1 196	1 298	+9%
Taux d'occupation	84,2%	87,2%	87,8%	+1%
Durée Moyen. de Séjour	6,06	6,52	6,06	-7%
IP DMS	1,20	1,19	1,14	-4%

Activité externe

Passages en Consultations



	2016
Consultations	8 220
dont public	7 390
dont privé	830
Actes CCAM	1 229
dont public	1 223
dont privé	6
Actes AMI	625

- Centre Hospitalier de Dreux :

	2014	2015	2016	2017
Journées d'hospitalisation	4 913	4 524	4 160	4 221
Nb RUM	1 178	1 102	1 090	1 124
Nb RSS (séjours monoRUM ou multiRum)	998	968	983	1 010
DMS	4,33	4,25	3,92	3,89
IPDMS	0,95	0,95	0,86	0,89

ACTIVITE EXTERNE				
	2014	2015	2016	2017
Consultations	3 004	2 951	3 247	3 293
Actes CCAM	185	214	175	209
Actes AMI	466	508	593	466
TOTAL	3 655	3 673	4 015	3 968

Chirurgie Viscérale

	2014	2015	2016	2017
Consultations	3 004	2 951	3 247	3 293
Actes CCAM	185	214	175	209
Actes AMI	466	508	593	466
Total	3 655	3 673	4 015	3 968

- Centre Hospitalier de Châteaudun :

Nbr de Consultation			Nbr Intervention au bloc		
2015	2016	2017 à août	2015	2016	2017 à août
99	183	127	22	21	12

- Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou :

⇒ 2015 : - 499 consultations externes

- 135 actes opératoires

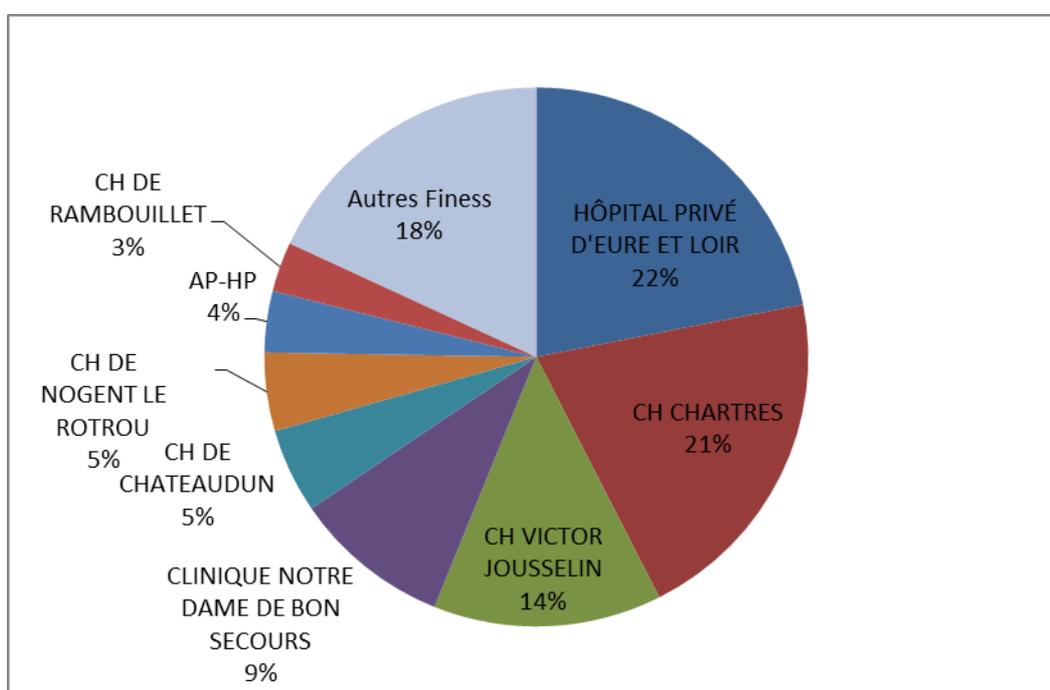
⇒ 2016 : - 439 consultations externes

- 89 actes opératoires

⇒ Fuites :

Sources
: base
PMSI
MCO
2016
(ATIH) -
FHF /
BDHF

		Séjours >24h.	Séjours <24h.
D01- Digestif	Dest. des principales fuites intra-rég.	263 : Loir-et-Cher	218 : Loir-et-Cher
	Origine des principales attrac intra-rég.	30 : Loir-et-Cher	36 : Loir-et-Cher
	Dest. des principales fuites extra-rég.	1607 : IdF	1724 : IdF
	Origine des principales attrac. extra-rég.	542 : Norm	931 : Norm



⇒ Analyse critique de la réponse apportée aux besoins de la population :

- Le taux d'occupation actuel des lits de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier de Chartres se situe aux alentours de 85 %. Ce chiffre est particulièrement élevé, rendant plus délicat la prise en charge des urgences viscérales. A l'heure actuelle, l'aval est défaillant en particulier pour les patients domiciliés à CHARTRES. La chirurgie libérale est en diminution de capacité. Par exemple, l'Hôpital privé d'EURE ET LOIR assume de moins en moins la prise en charge chirurgicale des urgences viscérales, elles sont adressées régulièrement à l'Hôpital Louis Pasteur. Par ailleurs, cette structure adresse régulièrement des patients ayant une pathologie lourde essentiellement cancérologique pour prise en charge élective et certaines complications chirurgicales post-opératoires, évitant ainsi une fuite à partir du territoire. Il n'existe aucune capacité de prise en charge chirurgicale, autre qu'ambulatoire, pour les centres hospitaliers de NOGENT LE ROTROU et de CHATEAUDUN.
- La fuite des patients vers les CHU de l'ILE DE FRANCE est importante.

- Il n'y a pas de stratégie chirurgicale commune au niveau du GHT.

II - Evolutions prévisibles

⇒ Concurrence :

A l'heure actuelle, il n'y a pas de concurrence notable avec le libéral pour la chirurgie digestive lourde, en particulier cancérologique. La concurrence est modérée pour la prise en charge sur le territoire des pathologies digestives courantes. Enfin, il existe une concurrence notable avec l'ILE DE FRANCE, en particulier, avec les Centres Hospitaliers Universitaires.

III - Objectifs à atteindre pour la population à prendre en charge

Le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier de **CHARTRES** est en capacité d'honorer une offre complète pour la prise en charge des pathologies digestives tant bénignes que malignes. En résumé, l'offre est la suivante :

- Chirurgie endocrinienne : principalement la chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes.
- Chirurgie de l'obésité morbide : elle se fait à l'heure actuelle de façon routinière avec une augmentation progressive de l'activité.
- Chirurgie cancérologique digestive : le plateau médical permet de prendre en charge toute la pathologie cancérologique digestive. Il dispose en particulier d'un service d'oncologie médicale, de la radiothérapie, d'un TEP-scanner, d'une activité d'endoscopie interventionnelle et de radiologie interventionnelle.

Toutes les pathologies digestives lourdes, en particulier, cancérologiques, sont assurées de façon routinière pour bon nombre d'entre elles, par voie coelioscopique, principalement les tumeurs primitives et secondaires du foie, des voies biliaires et du pancréas. Les tumeurs malignes de l'œsophage et de l'estomac, les cancers colorectaux, en particulier du bas rectum. Enfin, la prise en charge de toutes les urgences viscérales, qui est à l'heure actuelle, assurée dans de bonnes conditions, va prochainement bénéficier d'un renforcement du dispositif par le recrutement d'un chirurgien sénior ayant de grandes compétences en chirurgie viscérale, et plus spécialement dans les urgences abdominales. Sa mission sera d'organiser la prise en charge et le traitement des urgences viscérales aiguës durant la journée.

Dans le cadre de cette offre de soins, trois objectifs peuvent être fixés :

- Développer la chirurgie ambulatoire à Châteaudun.
- Proposer à Nogent le Rotrou une offre équivalente à celle de Châteaudun avec la mise en place de consultations avancées des chirurgiens Drouais et Chartrains.
- Assurer la prise en charge des pathologies digestives lourdes telles que les tumeurs de l'œsophage, du pancréas, du foie et des voies biliaires.
- Une organisation de la PDES de manière concertée et coordonnée géographiquement peut être étudiée,

Le Centre Hospitalier de **DREUX** est en capacité de prendre en charge les pathologies suivantes :

- Pathologie des voies biliaires :

Cholécystectomies exclusivement par voie coelioscopique,
Chirurgie de la lithiase de la voie biliaire principale par voie coelioscopique,
Résection des kystes biliaires hépatiques par voie coelioscopique

- Pathologie pariétale abdominale :

Hernies (TAPP et TEPP, Liechtenstein et Shouldice) et éventrations, prioritairement en chirurgie ambulatoire et par voie coelioscopique

Cure d'éventration /hernie diaphragmatique par coelioscopie.

- Pathologie cancérologique :

Chirurgie colorectale, mais aussi tumorectomies et résections hépatiques simples réalisées toujours par coelioscopie.

Gastrectomies avec curage (coelio-assistées).

Résections tumeurs rectales basses par coelioscopie.

Résections tumeurs par voie trans-anale vidéo assistée (SILS-TEM).

- Pathologie inflammatoire intestinale :

Résections intestinale pour MICI et résections sigmoïdiennes exclusivement par voie coelioscopique.

- Chirurgie du reflux gastro-œsophagien :

Nissen coelioscopique

- Pathologie proctologique :

Chirurgie des hémorroïdes avec récemment HAL-doppler, LONGO

Chirurgie des abcès et fistules anales (y compris complexe dans le cadre de MICI)

- Pathologie d'incontinence veineuse :

Chirurgie des varices

- Troubles de la statique pelvienne (Docteur HUSSET) :

Chirurgie de prolapsus digestif et génital (promontofixation coelioscopique) réalisée en Chirurgie Ambulatoire le plus souvent.

- Pathologie d'urgence :

Ces interventions sont intégrées dans le programme d'une salle d'urgence dédiée.

Une organisation concertée avec le service chartrain sur la prise en charge départementale des Urgences chirurgicales digestives est envisageable (par exemple Châteaudun-Chartres, et Nogent le Rotrou-Dreux)

Tout récemment, développement de l'activité de **Chirurgie Bariatrique** après avoir constitué une prise en charge multidisciplinaire incluant les services d'Endocrinologie Diabétologie Nutrition, le service de Psychiatrie, le service d'Anesthésie et nous-mêmes.

Aussi, prise en charge de la **pathologie cancérologique cutanée** réalisée principalement par le Docteur PAPPALARDO (RCP avec le service de Dermatologie et d'Oncologie).

IV - Structuration projetée

⇒ *Gradation de l'offre :*

- **CH de Chartres :**
Optimiser la prise en charge de la chirurgie ambulatoire viscérale. Mieux rationaliser et améliorer l'organisation de la prise en charge des pathologies viscérales aiguës relevant d'un traitement chirurgical en urgence.
Poursuivre le développement de la prise en charge des pathologies digestives cancérologiques et complexes et des complications post-opératoires.
- **CH de Dreux :**
Souhait de s'investir dans la prise en charge départementale, en particulier sur Nogent le Rotrou au travers de la PDSES, des consultations avancées et, éventuellement, de la chirurgie ambulatoire.
Consolider et continuer à développer l'activité cancérologique et bariatrique sur le bassin Drouais.
Maintenir et optimiser, si possible, l'activité de chirurgie ambulatoire.
- **CH de Châteaudun :**
Les prises en charge en chirurgie viscérale ambulatoire sont assurées par des PH chartrains. Cette prise en charge est assurée en particulier par le service de Chirurgie viscérale de l'Hôpital Louis Pasteur. Un projet de création d'un centre de chirurgie ambulatoire animé par les chirurgiens et anesthésistes du Centre Hospitalier de CHARTRES est en discussion.
- **CH de Nogent le Rotrou :**
Les prises en charge en chirurgie viscérale ambulatoire sont assurées par des partenaires libéraux.
Ce dernier point pourrait faire l'objet d'une discussion, tout comme celui des patients ayant une pathologie digestive, en particulier néoplasique.

⇒ *Organisation du recours:*

Il est rappelé que les Centres hospitaliers de CHARTRES et de DREUX assurent les missions d'établissement de référence du bassin de vie qu'ils desservent.

Le Centre Hospitalier de CHARTRES est en mesure de prendre en charge des pathologies digestives lourdes et complexes en particulier, néoplasiques (conformément au descriptif de l'activité faite dans les pages qui précèdent) qui relèvent usuellement d'un niveau de recours.

En ce qui concerne les patients du bassin Drouais, le Centre hospitalier de DREUX entend garder comme établissement de recours le CHU de la Pitié-Salpêtrière, en application d'une collaboration déjà en place et efficiente depuis plusieurs années.

VII. Suivi, évaluation et actualisation

- ⇒ Evolution du taux de fuite,
- ⇒ Nombre de consultations avancées réalisées sur les sites de proximité,
- ⇒ Nombre d'actes réalisés sur les sites de proximité (Nogent le Rotrou et Châteaudun)

ANNEXES

Filière Dermatologie

- Parcours de soins (Annexe 1),

Filière Ostéo-articulaire

- Polyarthrite aiguë (Annexe 2),
- Lombosciatique commune : Entrée dans la filière (Annexe 3),
- Arthrites Aiguës (Annexe 4),
- fracture vertébrale (Annexe 5),

Filière Urgences

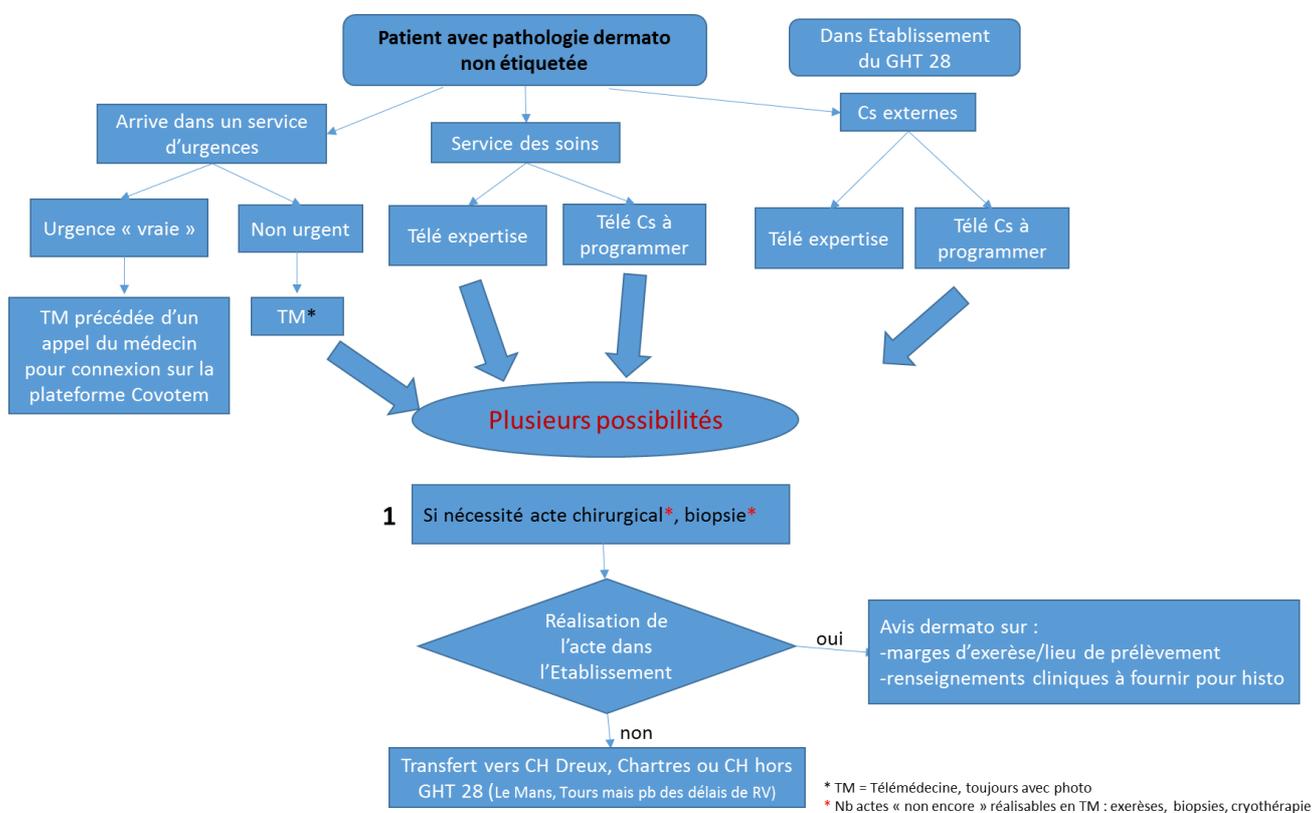
- Urgences Vitales (Annexe 6),
- Urgences Chirurgicales – Offre territoriale 28 (Annexe 7),
- Logigramme de prise en charge des Urgences Chirurgicales (Annexe 8),
- Logigramme Urgences SCA dans le 28 (Annexe 9),
- Logigramme Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) dans le 28 (Annexe10),
- Logigramme Urgences AVC dans le 28 (Annexe 11),
- Fiche de dysfonctionnement (Annexe 12),

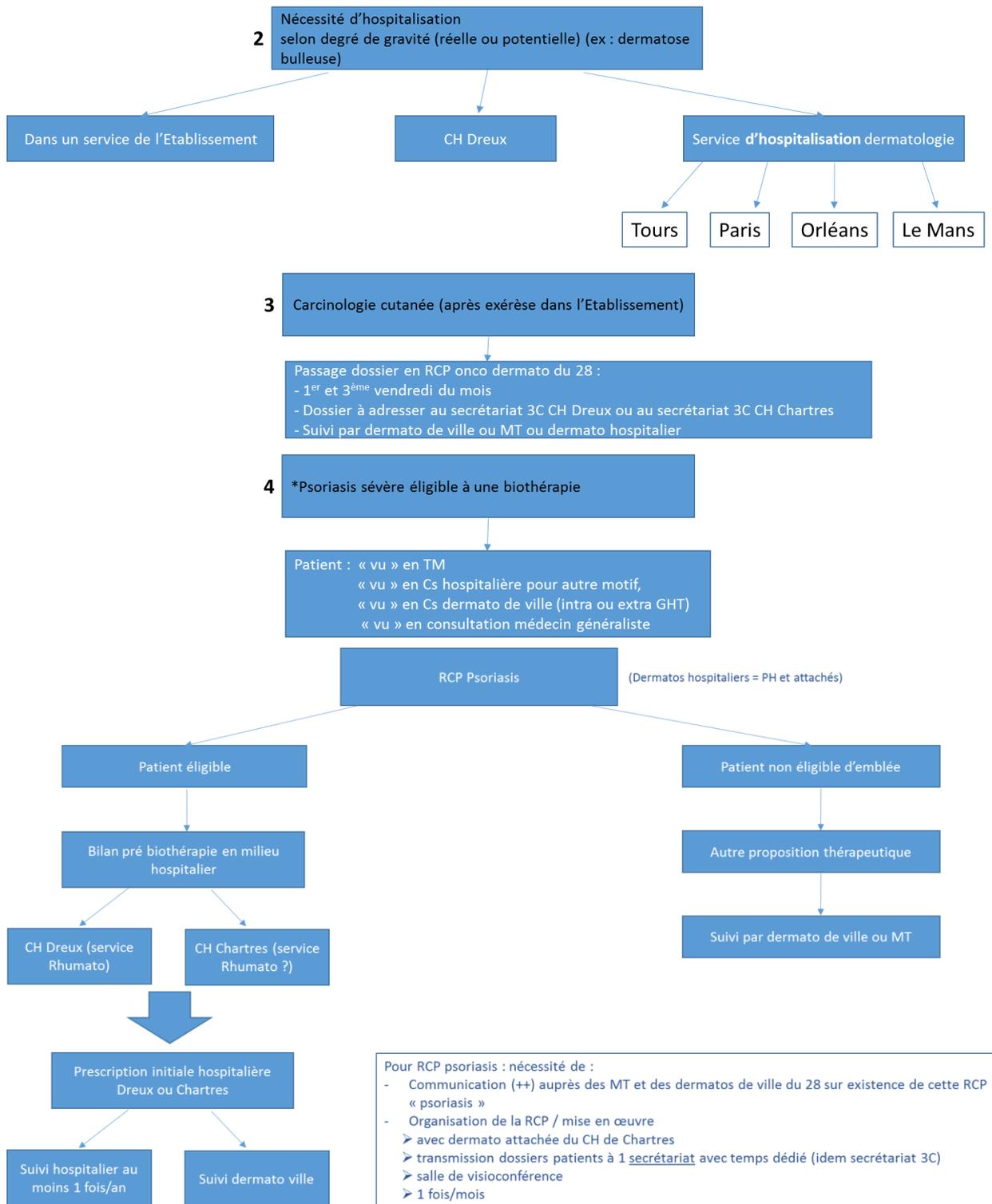
Filière PMA

- Parcours de soins (Annexe 13)

Cartographie PDES GHT d'Eure-et-Loir (Annexe 14)

Filière Dermatologie





Filière Ostéo-articulaire GHT 28 : Polyarthrite aiguë (Annexe 2)

- 1) **En urgences** : patient adressé en général par son MT et amené par un transport
 - Examen clinique : examen général afin de prendre en charge les états de collapsus : choc septique et septicémie.
 - Bilan minimum aux urgences : Bilan inflammatoire : NFS CRP ECRU, HC, Créatinine et autre en fonction des antécédents
 - Bilan radiographique :
 - Pas d'imagerie en urgences
 - Echo cœur TDM thorax ou abdomen en fonction des autres symptômes
 - Prise en charge de la douleur :
 - Antalgique pallier II ou III en fonction de l'intensité des douleurs
 - AINS et Corticoïdes à éviter d'emblée
 - Antibiotique probabiliste si choc septique (CF protocole commun)
 - Orientation du patient :
 - Patient jeune ou état septique associé : appeler le Rhumatologue référent pour une admission dans l'unité de Rhumatologie. En cas de dimanche et jour férié maintenir le patient en surveillance à HTCD
 - Patient âgé en dehors d'une urgence vitale : après appel du Rhumatologue référent admettre en Rhumatologie, médecine polyvalente ou en gériatrie.

Pour les hôpitaux de Châteaudun et Nogent le Rotrou une formation sur la procédure et les différentes solutions de recours semble nécessaire.

- 2) Patient arrivant en consultation adressé par son MT : Rhumatologie, Orthopédie ou unité douleur
 - Prise en charge soit en consultation soit en hospitalisation programmée pour le bilan étiologique.
 - Discussion au staff Rhumato GHT 28 (à mettre en place) en visio

Un document synthétisant les différents intervenants avec N° de tel et mail pour aider les praticiens à la prise de décision.

Référents Rhumatologues :

Dreux : Drs Sulpice, Al Hijazi, Benoui, Inacu et Rouidi(50%)

Chartres : Drs Damade, Ould Hennia, Royant, Karna, Masri et Redjati

Châteaudun : Dr Rouidi 50%

Nogent le Rotrou : Dr Royant

Référents Échographie ostéo-articulaire :

Dreux : Drs Sulpice, Al Hijazi et Benoui

Chartres : Drs Ould Hennia, Marsi

Châteaudun : ?

Nogent le Rotrou : ?

Référents éducation Thérapeutique

Dreux : Dr Rouidi, Madame Paulus IDE

Chartres : Dr Royant, IDE ?

Châteaudun : Dr Rouidi

Nogent le Rotrou : ?

Filière de prise en charge Pathologie ostéo-articulaire : Lombosciatique commune
Entrée dans la filière (Annexe 3)

- 1) En urgences : patient adressé en général par son MT et amené par un transport
 - Examen clinique : éliminer une urgence chirurgicale (syndrome de la queue de cheval avec déficit moteur), éliminer une lombosciatique secondaire (fièvre frissons) et éliminer une pseudo sciatique viscérale (colique néphrétique)
 - Bilan minimum aux urgences : Bilan inflammatoire : NFS CRP ECBU Créatinine et autre en fonction des antécédents
 - Bilan radiographique :
 - Si LS de moins de 8 jours pas de Radiographies sauf si traumatisme ou patiente de plus de 50 ans ou patient âgé plus de 70 ans
 - Radiographies : bassin de face, cliché de de Sèze et rachis lombaire face et profil si LS de plusieurs semaines
 - TDM lombaire si LS hyperalgique ou Paralysante
 - Prise en charge de la douleur :
 - Antalgique pallier II ou III en fonction de l'intensité des douleurs
 - AINS si pas de CI (insuffisante rénale, diabète ou sepsis ou allergie) pas de supériorité de l'IV par rapport à la forme Per Os
 - Corticoïdes si LS parésiante ou paralysante
 - Orientation du patient :
 - Si LS de moins de 10 jours et calmée par le traitement initial : RV en consultation dans les 2 à 3 semaines : Rhumatologie
 - Si urgence chirurgicale : appeler Neuro-chirurgien référent
 - Si LS hyperalgique ou récidivante ou datant de plusieurs semaines : renforcement thérapeutique et hospitalisation pour des infiltrations Épidurales
 - Pour les hôpitaux de Châteaudun et Nogent le Rotrou Avis téléphoniques la semaine et le week end : téléphone d'avis du CH Dreux et Chartres.

Pour les hôpitaux de Châteaudun et Nogent le Rotrou une formation sur la procédure et les différentes solutions de recours semble nécessaire.

- 2) Patient arrivant en consultation : Rhumatologie, Orthopédie ou unité douleur
 - a. Renforcement thérapeutique en consultations (3 Épi) ou en HDS si patient sous AVK ou diabète
 - b. Discussion au staff de Rhumato-Ortho : sur la prise en charge coordonnée
 - c. Les gestes sous scopie ou TDM (AIAP ou Epi) : CF référents Gestes
 - d. Mis en place des corsets thermoformés (présence d'un ortho-prothésiste à Dreux)
 - e. Discussion au staff de Rhumato-Rééducation (à mettre en place)
 - f. Recours à la chirurgie (Neuro-chirurgie de Rouen et Beaujon en ce qui concerne Dreux) : staff en visio à envisager.

Un document synthétisant les différents intervenants avec N° de tel et mail pour aider les praticiens à la prise de décision.

Référents Rhumatologues :

Dreux : Drs Sulpice, Al Hijazi, Benoui, Inacu et Rouidi (50%)

Chartres : Drs Royant, Damade, Ould Hennia, Karaa-Zbidi, Redjati et Bourdy hiebel

Châteaudun : Dr Rouidi 50%

Nogent le Rotrou : Dr Decraemere

Référents Orthopédie :

Dreux : Drs Merlo et Barthes

Chartres : Dr Bacheville

Châteaudun :

Nogent le Rotrou :

Référents Ecole du Dos :

Dreux : Dr Menegoz et Mr Pineau, Dr Crespin

Chartres :

Châteaudun et Nogent le Rotrou :

Référents Neuro-chirurgie :

Dreux : Dr Staquet Beaujon et Pr Guigui HEGP pour les Rachis dégénératifs

Chartres : Service de neurochirurgie du CHRO, CHU de Tours et grande garde de neurochirurgie

Châteaudun et Nogent le Rotrou :

Référents interventionnel :

Dreux : Ds Benosman, Rouidi

Chartres : Dr Ould Hennia

Châteaudun : Dr Rouidi

Nogent le Rotrou :

Référents unité douleur :

Dreux : Dr Carré

Chartres : Dr Hamrouni

Châteaudun et Nogent le Rotrou :

Filière Ostéo-articulaire GHT 28 : Arthrites Aiguës (Annexe 4)

- 1) En urgences : patient adressé en général par son MT et amené par un transport
 - Examen clinique : Examen général à la recherche d'un point d'appel infectieux. Rechercher un épanchement et Ponction articulaire en urgence (pour le genou essentiellement et analyse du liquide articulaire) : la ponction pourra être faite par le médecin urgentistes en fonction de sa capacité à réaliser le geste. Si non appeler le référent Rhumatologue les jours de la semaine (DECT d'Avis). Pour la nuit et les dimanches : la ponction peut être réalisée par l'Orthopédiste ou on peut attendre 24 à 48 heures sauf état septique (urgence médicale en cas de septicémie)
 - Bilan minimum aux urgences : Bilan inflammatoire : NFS CRP ECRU Créatinine, uricémie, HC si fièvre et autre en fonction des antécédents
 - Bilan radiographique :
 - Pas nécessaire en urgence sauf articulations difficiles à examiner : Échographie pour hanche par exemple.
 - Radiographies standard face et profil minimum surtout si implants orthopédiques ou prothèses
 - Prise en charge de la douleur :
 - Antalgique pallier II ou III en fonction de l'intensité des douleurs
 - AINS et Corticoïdes à éviter dans un premier temps
 - Colchicine même avant de réaliser la ponction : test thérapeutique si positif permet d'orienter le diagnostic vers une arthrite micro-cristalline : plus fréquente.
 - Pas d'antibiothérapie avant ponction articulaire si possible effectuée par Rhumatologue ou Orthopédiste au Bloc (aseptie selon protocole du CLIN)
 - Orientation du patient :
 - Si fièvre et syndrome inflammatoire : patient à hospitalier
 - Les patients avec un diagnostic d'arthrite septique avéré doivent être admis dans les services de Rhumatologie des hôpitaux de Chartres et de Dreux sauf pour les infections sur matériels qui seront orientés vers les services d'Orthopédie de Chartres et de Dreux.
 - Si HC positives : antibiothérapie après avis des référents infectieux ou Rhumatologues
 - Si identification du germe après ponction : antibiothérapie générale en fonction du germe
 - Si pas de fièvre ou syndrome inflammatoire modéré : laisser Colchicine pendant 10 jours avec glaçage et RV dans les 10 jours avec le Rhumatologue.

Pour les hôpitaux de Châteaudun et Nogent le Rotrou une formation sur la procédure et les différentes solutions de recours semble nécessaire.

2) Patient arrivant en consultation : Rhumatologie, Orthopédie ou unité douleur

- Discussion au staff de Rhumato-Ortho
- Recours à la chirurgie orthopédique : lavage articulaire sous arthroscopie réservé pour les arthrite septiques.

Un document synthétisant les différents intervenants avec N° de tel et mail pour aider les praticiens à la prise de décision.

Référents Rhumatologues :

Dreux : Drs Sulpice, Al Hijazi, Benoui, Inacu et Rouidi (50%)

Chartres : Drs Royant, Damade, Ould Hennia, Karaa-Zbidi, Redjati et Bourdy hiebel

Châteaudun : Dr Rouidi 50%

Nogent le Rotrou : Dr Decraemere

Référents Orthopédie :

Dreux : Drs Merlo, Abo, Ntidam, Bavodiovou et Barthes

Chartres : Drs Bacheville, Kassab, Serhan, Brunet, Dorio et denier

Châteaudun : Drs Dorio, Aubault et Champion

Nogent le Rotrou :

Référents maladies infectieuses:

Dreux : Dr Poirier

Chartres : Dr Darasteanu

Châteaudun et Nogent le Rotrou :

Filière Ostéo-articulaire GHT 28 : fracture vertébrale (Annexe 5)

3) Aux urgences : patient adressé en général par son MT et amené par un transport

- Examen clinique : le patient se présente habituellement pour une rachialgie aiguë et hyperalgique. éliminer une urgence chirurgicale (compression médullaire avec déficit moteur).
- Bilan minimum aux urgences : Bilan inflammatoire : NFS CRP ECRU, bilan phosphocalcique, Créatinine et autre en fonction des antécédents
- Bilan radiographique :
 - Radiographie standard même sans chute surtout si le sujet est une femme ou âgé.
 - IRM, Scintigraphie osseuse et TDM exceptionnellement en urgence.
- Prise en charge de la douleur :
 - Antalgique pallier II ou III en fonction de l'intensité des douleurs
 - AINS si pas de CI (insuffisance rénale, diabète ou sepsis ou allergie) par de supériorité de l'IV par rapport à la forme Per Os
 - Corticoïdes (pas en première intention) la seule indication reste la compression médullaire
 - Traitement par calcitonine à titre antalgique
- Orientation du patient :
 - Patient jeune dans un contexte de traumatisme : admission en Orthopédie avec un bilan étiologique à minima et mise en place d'un corset rigide
 - Patient âgé : admission en Rhumatologie ou en gériatrie pour bilan étiologique et traitement
 - Patiente ménopausée : prise en charge en Rhumatologie en HDS ou en externe.

Pour les hôpitaux de Châteaudun et Nogent le Rotrou une formation sur la procédure et les différentes solutions de recours semble nécessaire.

4) Patient arrivant en consultation : Rhumatologie, Orthopédie ou unité douleur

- Bilan étiologique à réaliser en externe ou en HDS
- Discussion au staff de Rhumato (à mettre en place en visio)
- Mis en place d'un corset thermoformé (présence d'un ortho-prothésiste spécialisé à Dreux)
- Recours à la chirurgie (Neuro-chirurgie de Rouen et Beaujon en ce qui concerne Dreux) : staff en visio à envisager.

Un document synthétisant les différents intervenants avec N° de tel et mail pour aider les praticiens à la prise de décision.

Référents Rhumatologues :

Dreux : Drs Sulpice, Al Hijazi, Benoui, Inacu et Rouidi (50%)

Chartres : Drs Royant, Damade, Ould Hennia, Karaa-Zbidi, Redjati et Bourdy hiebel

Châteaudun : Dr Rouidi 50%

Nogent le Rotrou : Dr Decraemere

Référents Orthopédie :

Dreux : Drs Merlo, Abo, Ntidam, Bavodiovou et Barthes

Chartres : Drs Bacheville, Kassab, Serhan, Brunet et Dorio

Châteaudun : Drs Dorio, Aubault, Champion

Nogent le Rotrou :

Référents Unité Douleur :

Dreux : Dr Carré

Chartres : Dr Hamrouni

Châteaudun et Nogent le Rotrou :

Référents Neuro-chirurgie :

Dreux : Dr Staquet Beaujon et Pr Guigui HEGP

Chartres : Service de neurochirurgie du CHRO et du CHU de Tours

Châteaudun et Nogent le Rotrou :

Référents interventionnel :

(vertébroplastie et kyphoplastie) : mise en place fin 2017 à Chartres et à Dreux

Dreux : Ds Benosman.

Chartres : Dr Ould Hennia

Référents Rééducation

Dreux : Drs Menegoz, Crespin

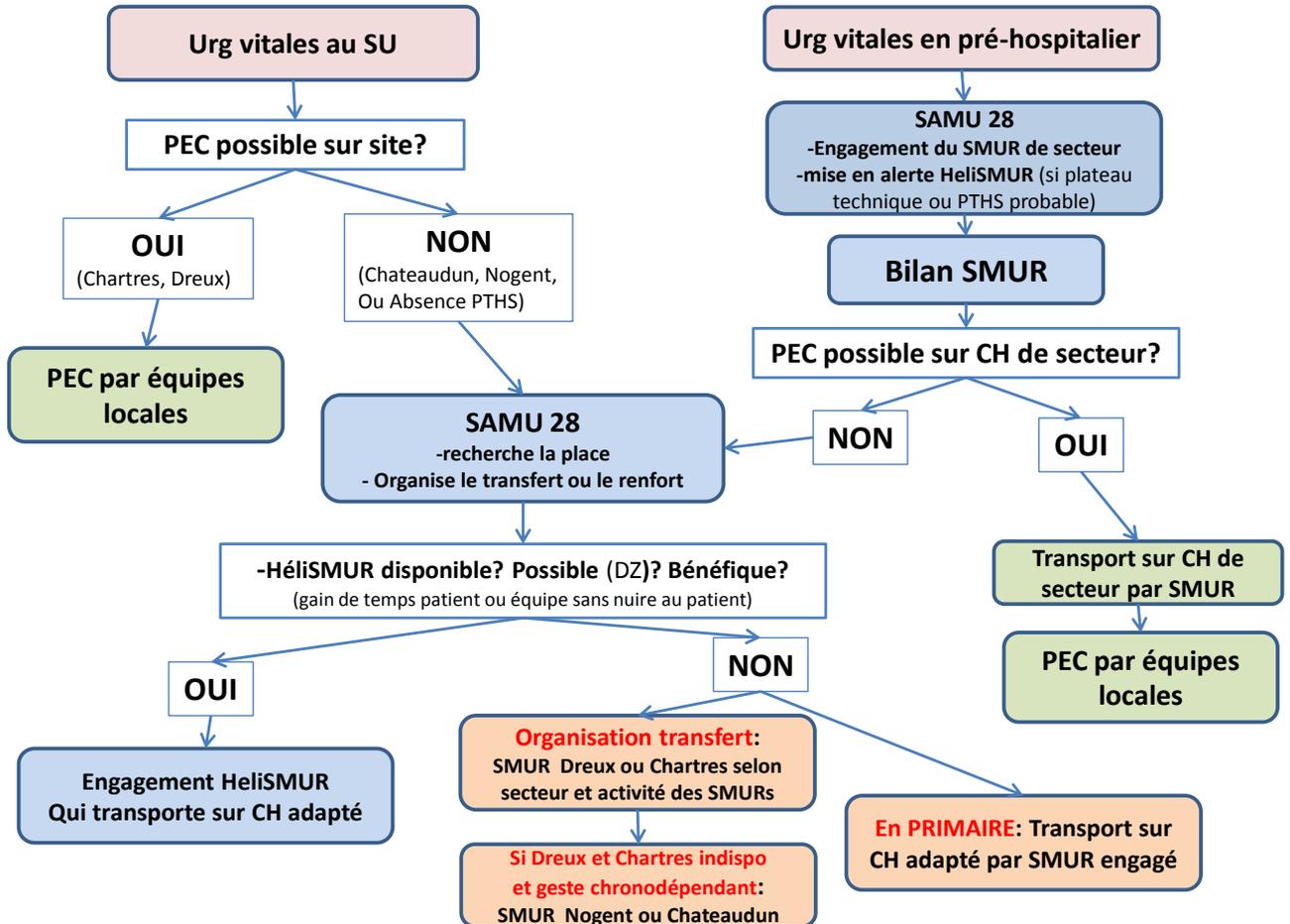
Chartres : Dr Adjim

Châteaudun et Nogent le Rotrou :

Filière Urgences

Urgences Vitales (Annexe 6)

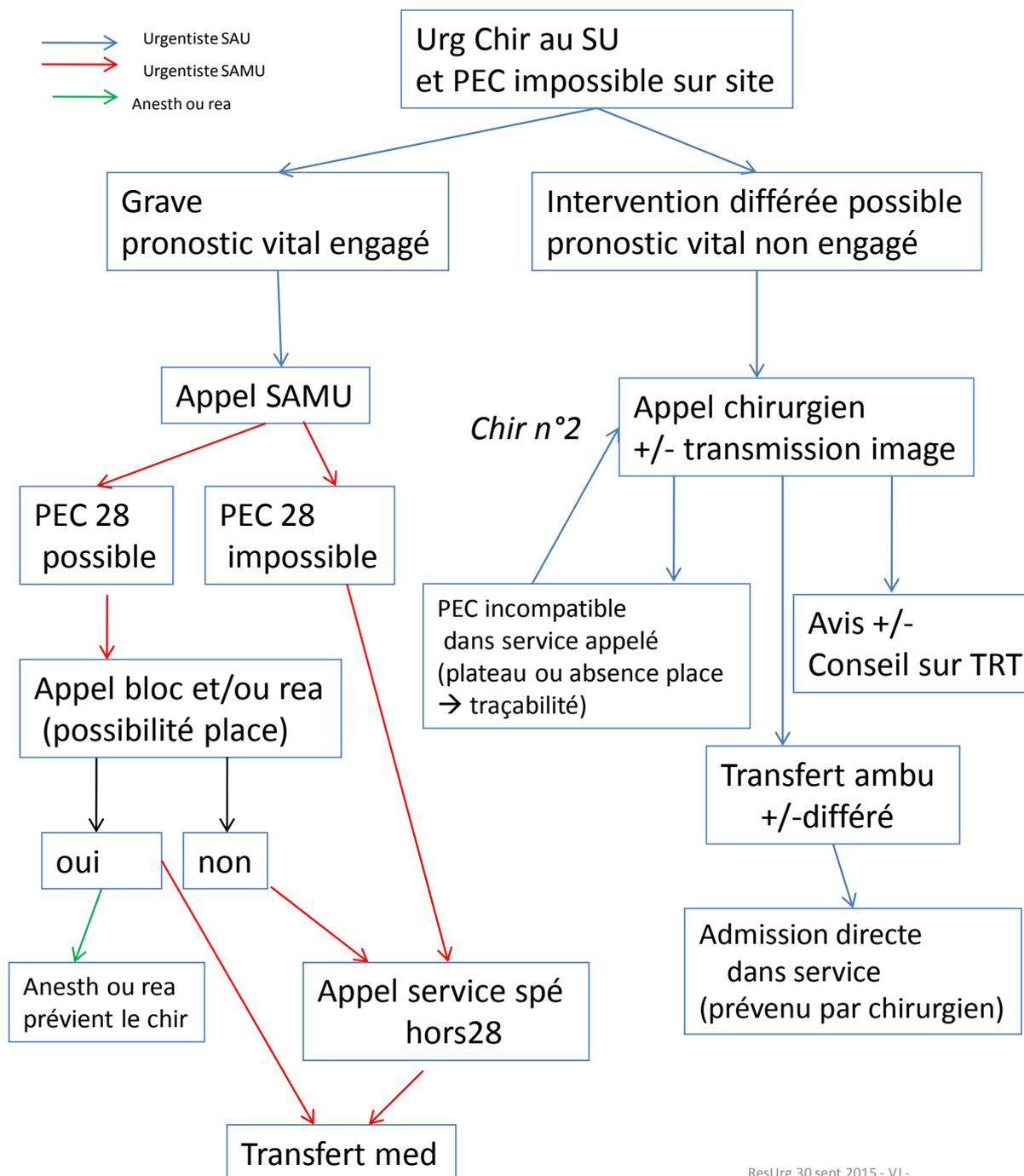
GHT 28 - PEC des urgences vitales



Urgences Chirurgicales – Offre territoriale 28 (Annexe 7)

Urgences Chirurgicales en Eure et Loir		Réseau Départemental des Urgences Eure et Loir (28)				
		Mise à jour : Novembre 2017				
* avis chirurgical		CH Chartres	CH Dreux	CH Nogent le Rotrou	CH Chateaudun	CL St François Chartres
Orthopédie	traumatismes fermés ou ouverts des membres	OUI	OUI	NON	NON	OUI*
	avec complications vasculo-nerveuses associées	OUI*	NON	NON	NON	NON
	avec vastes délabrements avec pertes de substances cutanées et /ou osseuses	OUI*	OUI*	NON	NON	NON
	infections aiguës des parties molles (abcès, panaris, phlegmons des gaines)	OUI	OUI	NON	NON	OUI*
	reparation nerveuse microchirurgicale des doigts	NON	NON	NON	NON	NON
	Fractures complexes du cotyle	OUI	OUI	NON	NON	NON
	Traumatismes du rachis compliqués ou instables	NON*	NON*	NON	NON	NON
Enfants < 3ans	NON	NON	NON	NON	NON	
Chir.Viscérale	appendicite	OUI	OUI	NON	NON	OUI*
	peritonite	OUI	OUI	NON	NON	OUI*
	occlusion fébrile ou non, dont état de choc	OUI	OUI	NON	NON	OUI*
	cholecystite / angiocholite	OUI	OUI	NON	NON	OUI*
	hernie étranglée	OUI	OUI	NON	NON	OUI*
	urgences proctologiques	OUI	OUI	NON	NON	OUI*
	trauma abdo fermé et ouvert	OUI	OUI	NON	NON	NON
	association connue avec trauma thoracique et/ou pb vasculaire	NON*	NON*	NON	NON	NON
	enfant < 3 ans	NON	NON	NON	NON	NON
ORL	corps étranger enfant	NON	NON	NON	NON	NON
	traumatisme facial avec atteinte du globe et atteinte de l'articulé dentaire majeur (LEFORT)	NON	NON	NON	NON	NON
	Trauma et atteinte articulé dentaire sans atteinte du globe	OUI	OUI			
	tout le reste ORL et Stomato	OUI	OUI	NON	NON	NON
	Stomato	NON	OUI			
Urologie	retention aiguë d'urines, KT sus pubie	OUI	OUI	NON	NON	OUI
	dilatation des cavités, fébrile ou non	OUI	OUI	NON	NON	OUI
	abcès périrénal	OUI	OUI	NON	NON	OUI
	torsion testiculaire	OUI	OUI	NON	NON	OUI
	trauma rénal	OUI	OUI	NON	NON	OUI
	trauma testiculaire	OUI	OUI	NON	NON	OUI
	trauma verge et urètre	OUI	OUI	NON	NON	OUI
	hématuries	OUI	OUI	NON	NON	OUI
	tumeurs hémorragiques	OUI	OUI	NON	NON	OUI
chir vasculaire	AAA	OUI	NON	NON	NON	NON
	Carotides	OUI	NON	NON	NON	NON
	Ischemie artérielle	OUI	NON	NON	NON	NON
	chir thoracique et/ou sus rénale	NON*	NON	NON	NON	NON
Gynco obst	GEU, torsion annexes	OUI	OUI	NON	OUI*	NON
	rupture utérine	OUI	OUI	NON	OUI*	NON
	hémorragie délivrance	OUI	OUI	NON	OUI	NON
	Maternité / centre périnatalité	niveau 2 B	niveau 2 A	niveau 1	CPN	
chir OPH		NON	NON	NON	NON	NON
NeuroChir		NON	NON	NON	NON	NON
Anesthésie	enfant < 3 ans	NON	NON	NON	NON	NON
	Poids < 12 kg	NON	NON	NON	NON	NON
	enfant > 3 ans et > 12 Kg	NON	OUI*			
	enfant > 5 ans	OUI	OUI	NON	NON	NON
Imagerie		* avis anesthésiste				
	Radio	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	TDM	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	Echo	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	IRM	OUI*	OUI	NON	NON	NON*
	embolisation	NON	NON	NON	NON	NON
Rea, USC, UHTCD		* SOS AVC				
	reanimation	OUI	OUI	NON	NON	NON
	USC	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
	UHTCD	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

PEC des URG CHIR en Eure et Loir

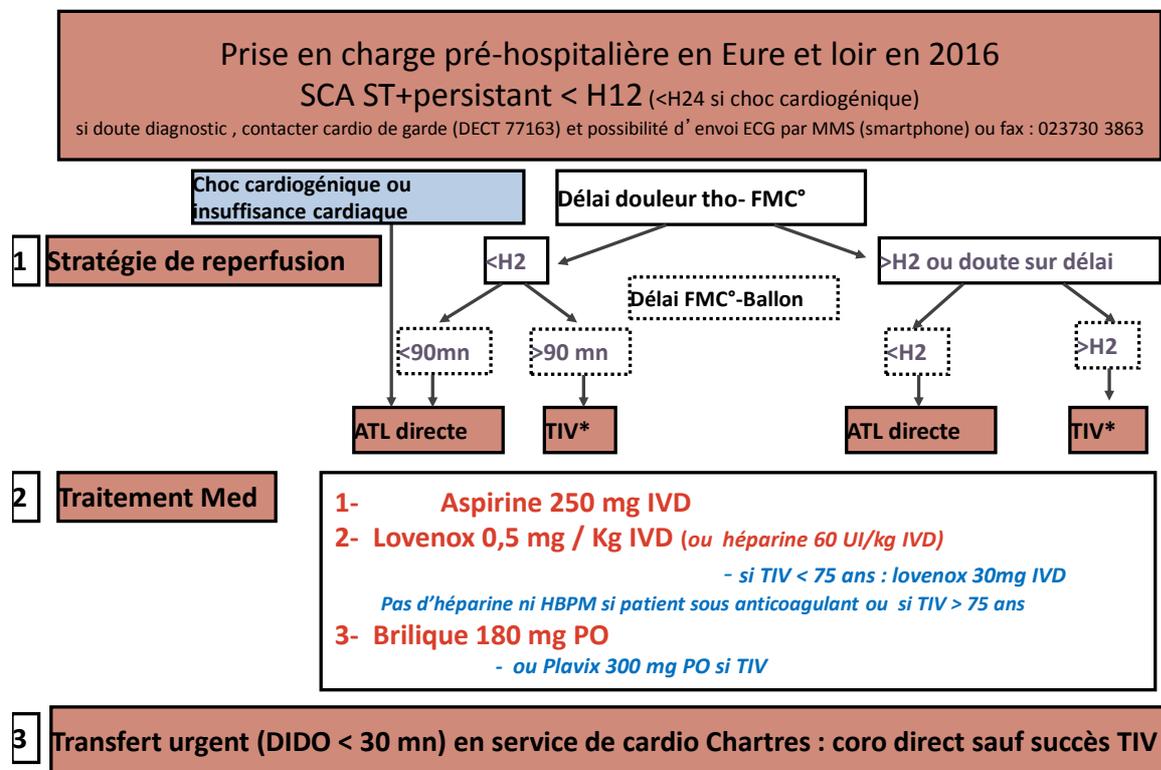


ResUrg 30 sept 2015 - VJ -

Pour les SU sans plateau chirurgical : jours pairs = appel à Dreux

jours impairs= appel à Chartres

Logigramme Urgences SCA dans le 28 (Annexe 9)

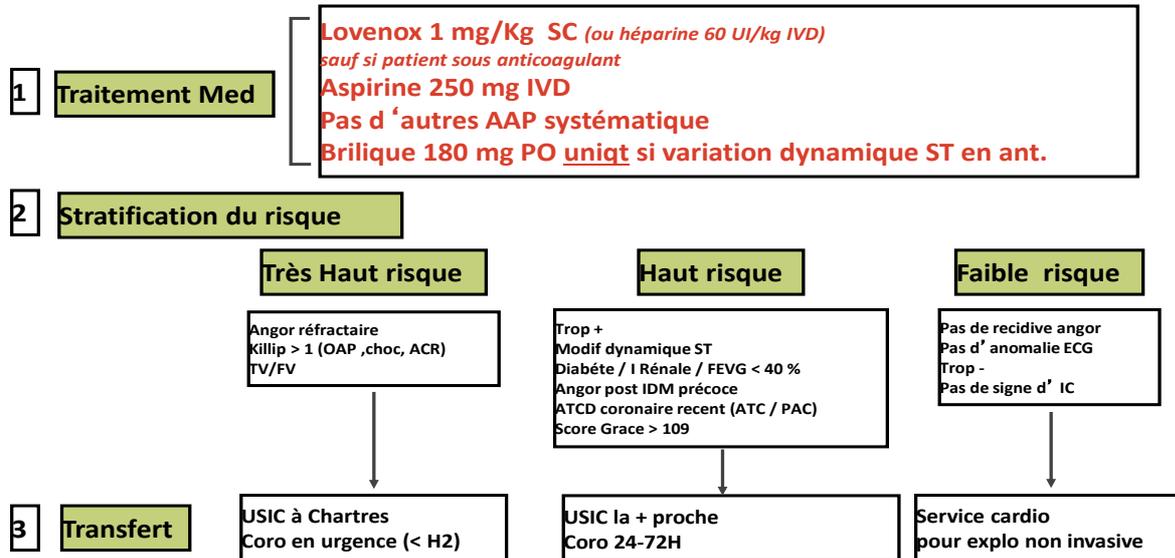


*FMC = heure ECG qualifiant
*En l'absence de CI

!!! Pensez à remplir feuille SAMU dédiée ST + (délais ++)

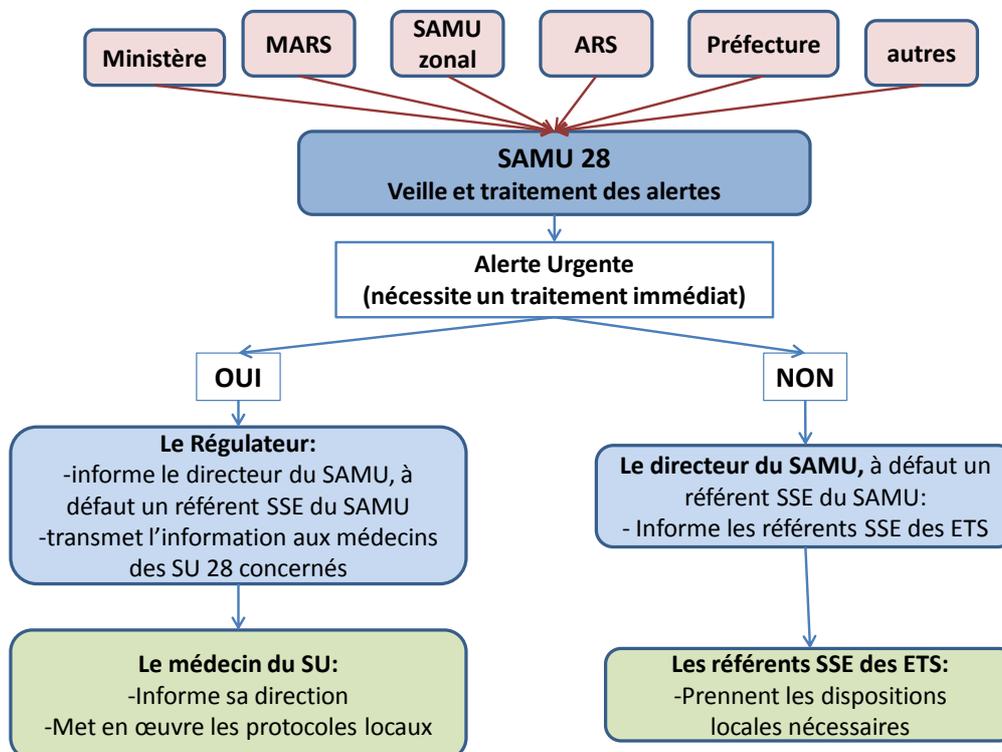
DIDO : door in-door out

Prise en charge pré-hospitalière en Eure et loir en 2016
SCA non ST + persistant
 si doute diagnostic , contacter cardio de garde (DECT 77163) et possibilité d' envoi ECG par MMS (smartphone) ou fax : 023730 3863

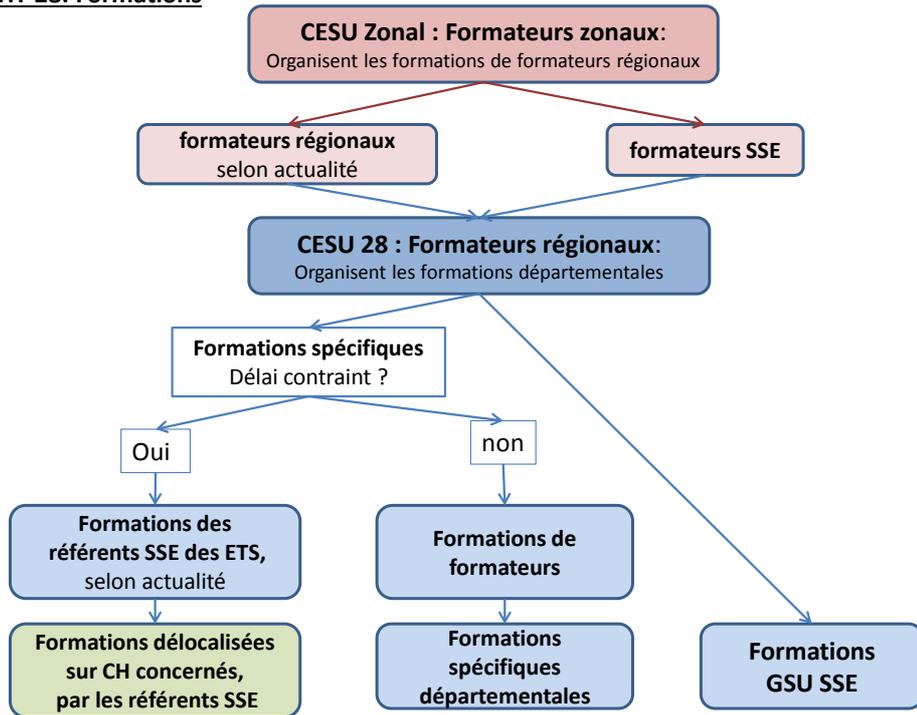


Logigramme Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) dans le 28 (Annexe10)

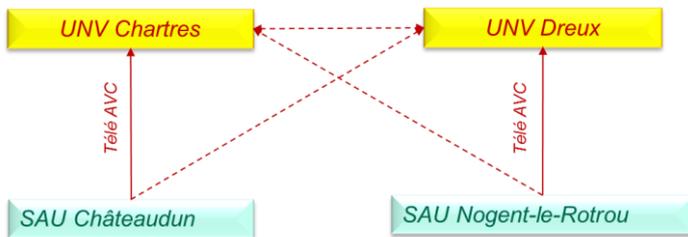
SSE GHT 28: veille et transmission des alertes

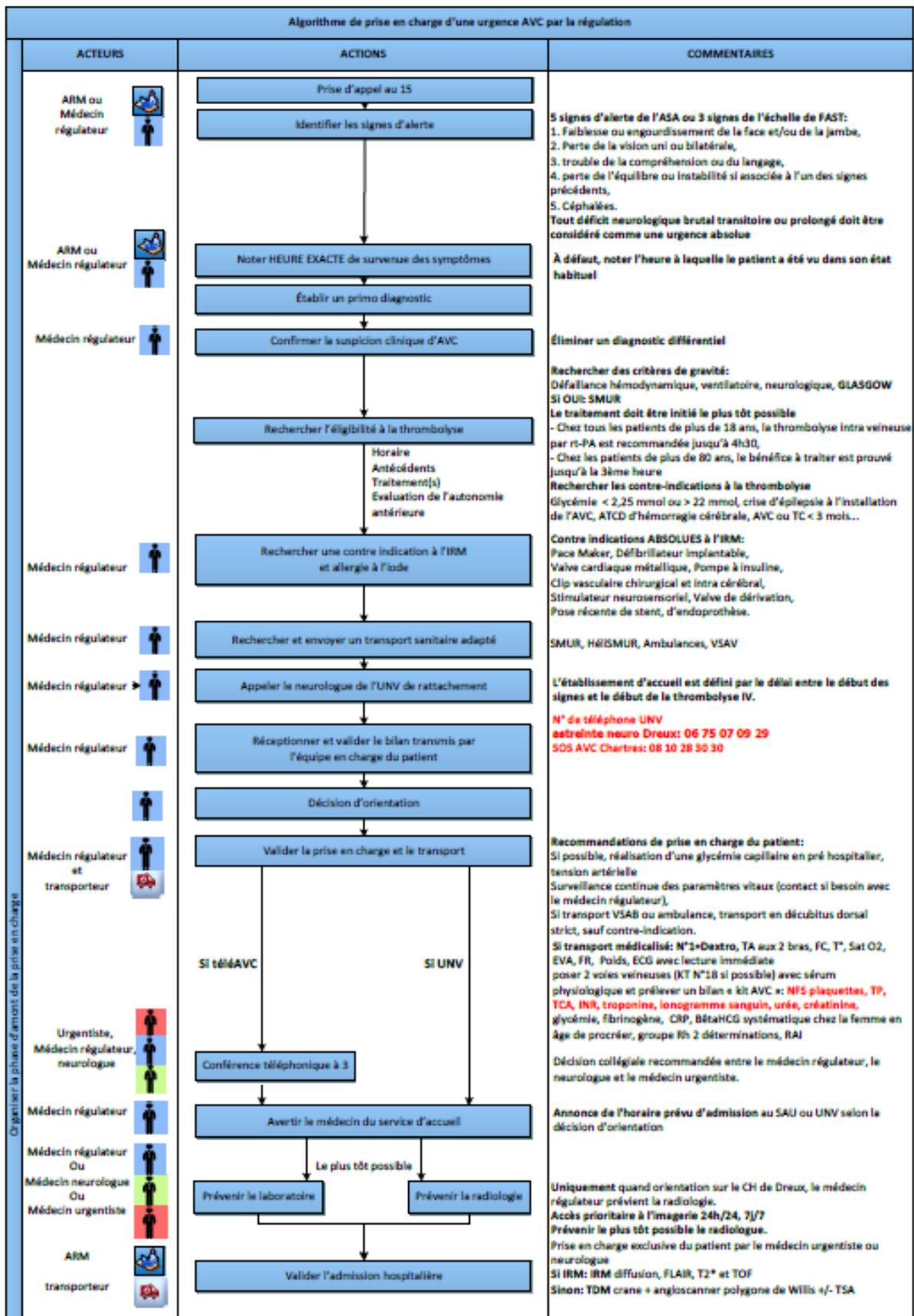


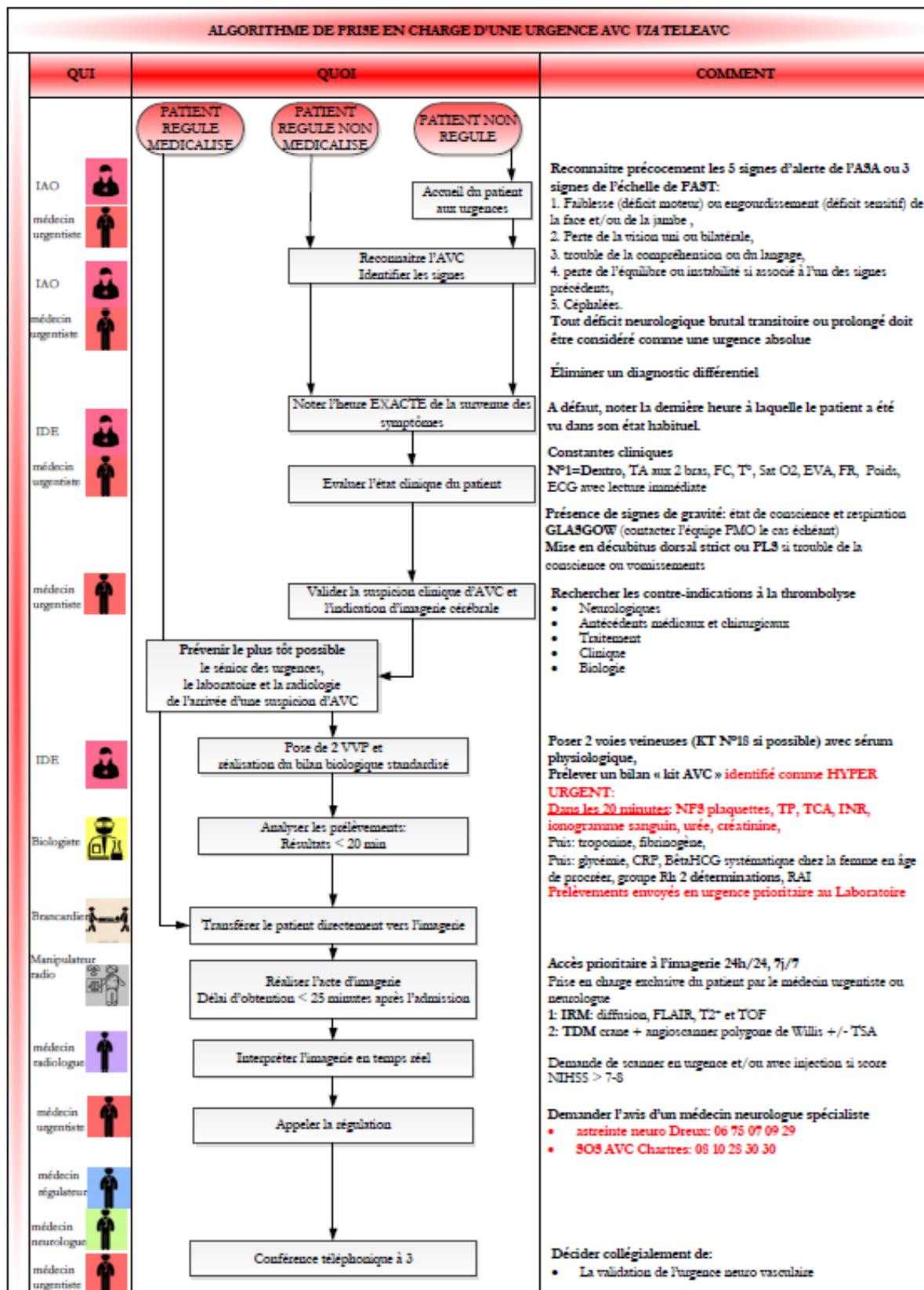
SSE GHT 28: Formations



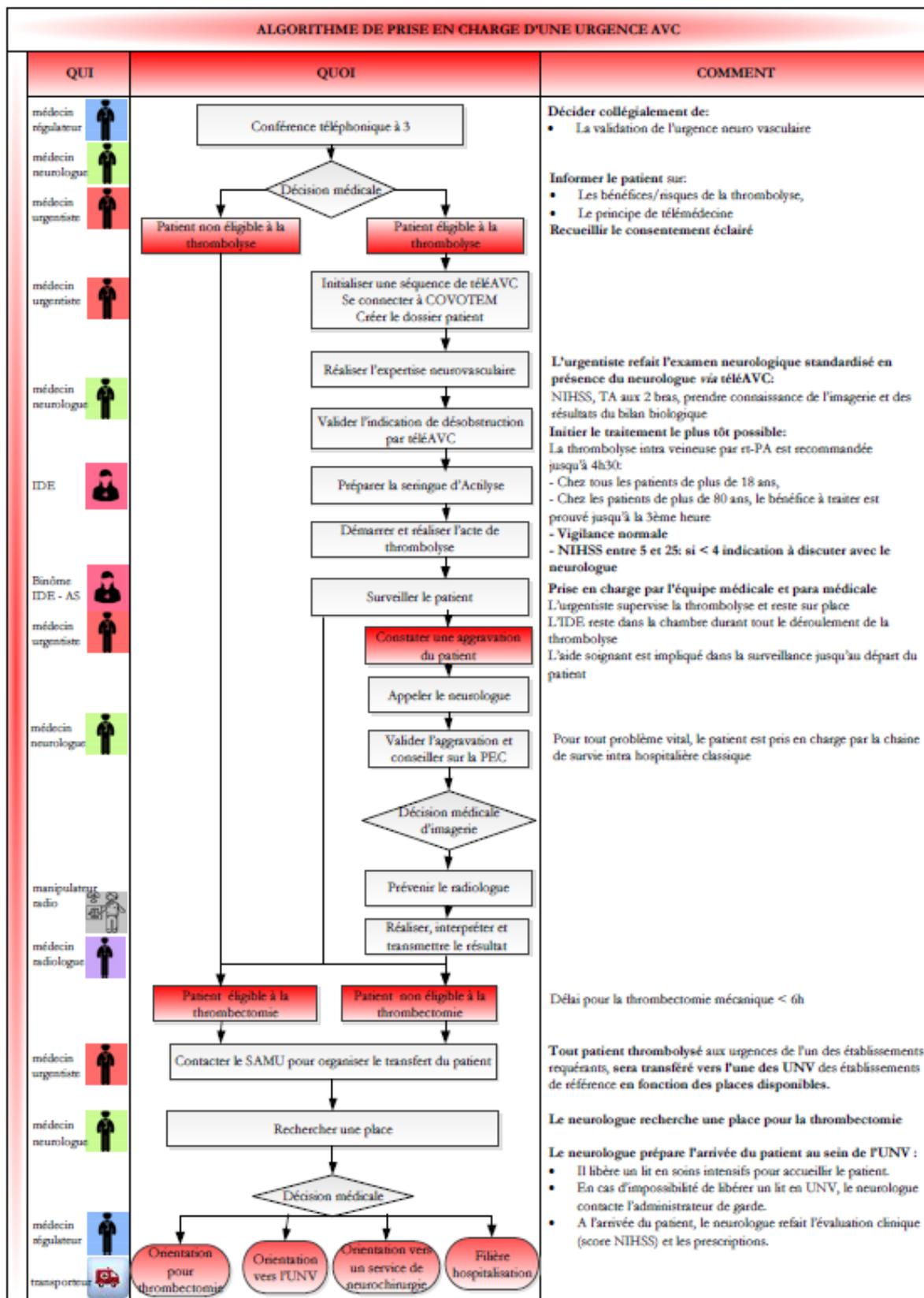
Logigramme Urgences AVC dans le 28 (Annexe 11)







Ce document ne doit être ni modifié, ni reproduit ou diffusé sans l'autorisation de la cellule qualité ; seule la version électronique fait foi.



Ce document ne doit être ni modifié, ni reproduit ou diffusé sans l'autorisation de la cellule qualité ; seule la version électronique fait foi.

Fiche de dysfonctionnement (Annexe 12)



RESEAU DEPARTEMENTAL DES URGENCES D'EURE ET LOIR

Objectifs : analyse collective rétrospective et systématique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, d'un retard de prise en charge ou de tout événement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Cette démarche permet de tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, mais en aucun cas de rechercher un responsable ou un coupable.

Le secret professionnel (article L.1110-4 du Code de Santé Publique et l'article 226-13 du Code Pénal) s'applique à cette procédure.

FICHE DECLARATION ANALYSE ET EVALUATION

Etablissement : CH/CL :	Secteur d'activité concerné (<i>unité fonctionnelle, service, pôle, établissement, etc...</i>)	Référence : Fiche N° (CH/CN/D/N/S) + Date de la déclaration (J/M/A) N° Date
PROCEDURE ANALYSE		
Dossier en cours <input type="checkbox"/> Dossier clos <input type="checkbox"/>	Rédigé par : Validé par (<i>Chef de Service</i>) :	
Date signalement : J/M/A Survenu le (J/M/A ; H/mn):	Lieu de survenue de l'incident :	
	Initiales du Patient (3 premières): Nom, : Prénom : Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Age :	
Cas : Décès <input type="checkbox"/> Complications <input type="checkbox"/>	Retard de prise en charge <input type="checkbox"/> Evénements <input type="checkbox"/>	
Description chronologique des faits, complète et non interprétative : (<i>Qu'est il arrivé ? Quand ? Ou ?</i>)		
Quels ont été les problèmes rencontrés ? (<i>identification du problème, processus défaillant, pratique non optimale, problèmes liés aux soins ?</i>)		
Conséquences pour patient :		
Recherche des causes, facteurs favorisants ou contributifs et analyse de la récupération :		
Niveau de priorité de risque de l'établissement GRAVITE <input type="checkbox"/> Benin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sérieux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Très grave <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extrêmement grave FREQUENCE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exceptionnel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fréquent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Très fréquent		
A la suite de l'incident, les informations ont elles été données au patient et/ou de ses ayants droits ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans objet <input type="checkbox"/>		
Commentaire :		
Signalement transmis à : (<i>adresses mail</i>)		

Rédaction : Dr B. Revue Septembre 2016. Validée le par Réseau Départemental des Urgences d'Eure et Loir

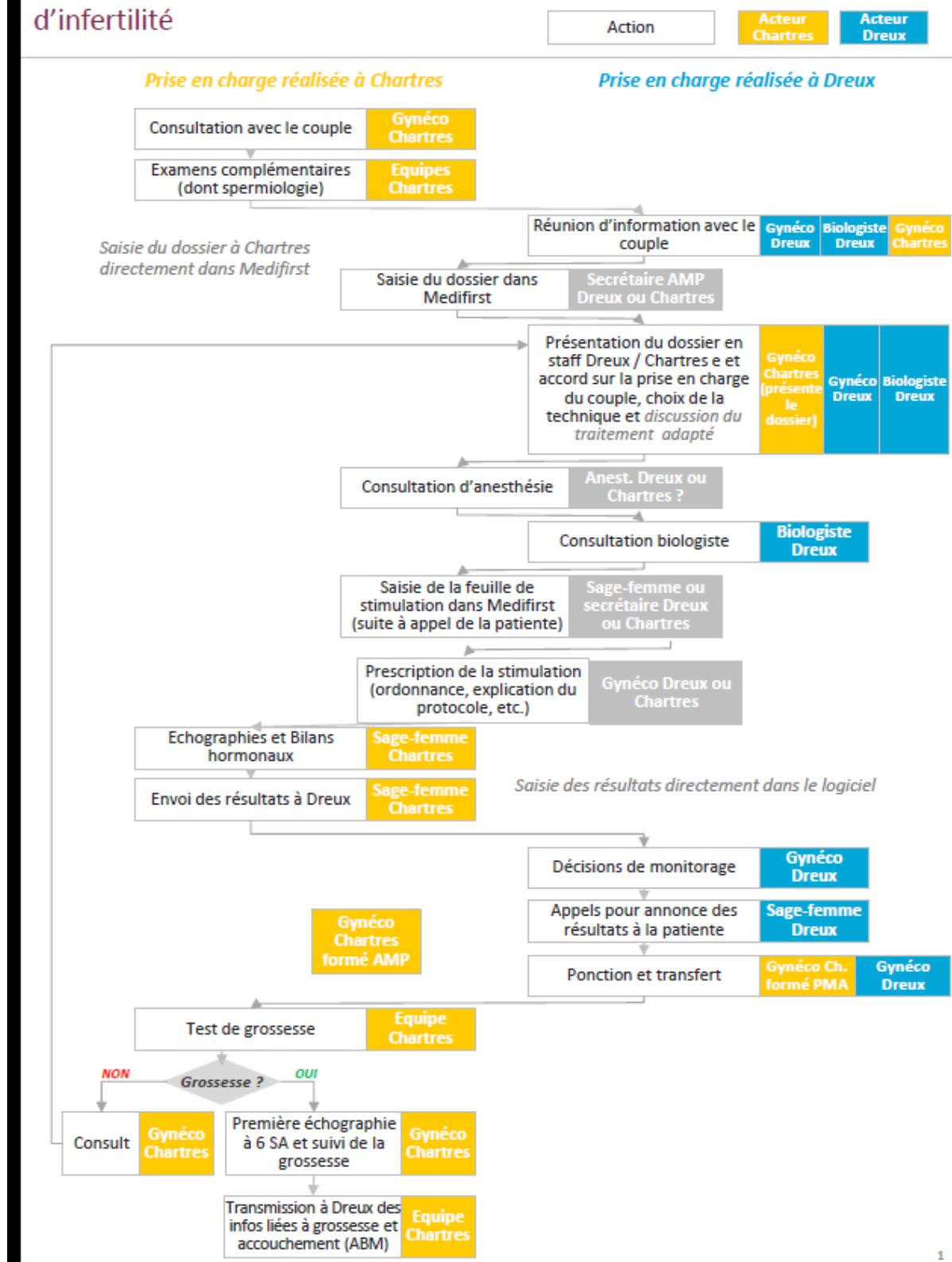
FICHE DE SUIVI EVENEMENT INDESIRABLES	
Réunion RDU du/..../...	Reference : Fiche N° (CH/CN/D/N/S) +Date (J/M/A)
Contexte et objectif(s) (pourquoi ?) (type de cas, facteurs et causes identifiées, synthèse et conclusions de l'analyse)	
Action mise en œuvre (quoi ? où ? quand ? comment ? par qui ?)	
Mesures préventives/ correctives prises pour éviter la récurrence de l'incident ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans objet <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ? Si non, quelles mesures faudrait il prendre ? Solution trouvée :	
Suivi (échéances de mise en œuvre, modalités de suivi et d'évaluation, indicateurs éventuels, communication et information des équipes)	
Présentation lors de la réunion du réseau des urgences du/...../.....	
Information du patient et/ou de ses ayants droits A la suite de l'incident, les informations ont elles été données au patient, son entourage ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans objet <input type="checkbox"/> Commentaire :	
Personne responsable du suivi :	
Dossier en cours <input type="checkbox"/>	Dossier clos <input type="checkbox"/>

Rédaction : Dr E. Revue Septembre 2016. Validée le par Réseau Départemental des Urgences d'Eure et Loir

Filière PMA

Parcours de soins (Annexe 13)

Parcours patient Dreux / Chartres pour les patients chartrains en situation d'infertilité



CARTHOGRAPHIE PDES GHT 28 (Annexe 14)

Cartographie PDES GHT 28

	Astreinte de sécurité							Astreinte opérationnelle						
	Chartres	Dreux	Châteaudun	Nogent le Rotrou	La Loupe	Henri Ey		Chartres	Dreux	Châteaudun	Nogent le Rotrou	La Loupe	Henri Ey	
Anesthésie														
Réanimation														
cardiologie interventionnelle														
USIC														
UNV														
ORL														
Orthopédie														
Viscéral														
Laboratoire														
Radiologie														
Pharmacie	Châteaudun													
Maternité-Gynécologie obstétrique														
Maternité- anesthésie														
Maternité-Pédiatrie														
Pédiatrie														
Pneumologie														
Médecine polyvalente									Week end					
Urgences														
Gastroentérologie (endoscopies digestives)														
Gastroentérologie														
Urologie														
Gériatrie														
Psychiatrie														
Pédo psychiatrie														
Néphrologie														
Oncologie														
Rhumatologie														
Diabetologie														
	Garde sur place							Astreinte territoriale						
	Chartres	Dreux	Châteaudun	Nogent le Rotrou	La Loupe	Henri Ey		Chartres	Dreux	Châteaudun	Nogent le Rotrou	La Loupe	Henri Ey	HPEL
Anesthésie														
Réanimation														
cardiologie interventionnelle														
USIC														
UNV														
ORL														
Orthopédie														
Viscéral														
Laboratoire														
Radiologie														
Pharmacie														
Maternité-Gynécologie obstétrique														
Maternité- anesthésie														
Maternité-Pédiatrie														
Pédiatrie														
Pneumologie														
Médecine polyvalente														
Urgences														
SMUR														
Régulation														
Gastroentérologie (endoscopies digestives)														
Gastroentérologie														
Urologie														
Gériatrie														
Psychiatrie														
Pédo psychiatrie														
Néphrologie														
Oncologie														
Rhumatologie														
Diabetologie														

reconnue et financée par l'ARS

astreinte locale non financée par l'ARS

III-2. Les fiches du Projet de soins partagé.

Le présent document, appelé « Projet médical et de soins partagé », réunit les fiches relatives aux orientations médicales par filière de soins identifiée et les fiches relatives aux orientations soignantes.

SOMMAIRE

Introduction	249
Préambule	250
Fiche Projet Axe 1 : Développer une politique de management et d'organisation de la coordination des soins et animer la conduite du changement jusqu'au changement de conduite	253
<u>Actions réalisées</u>	
Politique Managériale	258
Charte d'un management en perspective de changement, dans un changement de perspective	260
Outil de guidance à destination d'un management éthique et créatif – repères méthodologiques	261
La prise de poste du cadre de santé : enjeu institutionnel et personnel	266
Engagement institutionnel et accompagnement du nouvel encadrant pour une prise de poste facilitée	268
Fiche Projet Axe 2 : Développer une politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des professionnels rattachée aux coordinations des soins	271
<u>Actions réalisées</u>	
Politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des personnels rattachés aux Directions des Soins	276
Construction d'un parcours apprenant : Jeune diplômée recrutée en EHPAD.....	281
Fiche Projet Axe 3 : Garantir l'éthique, la cohérence et l'efficacité pour les prises en soins	285
<u>Action réalisée</u>	
Guide d'aide à la construction d'un avis éthique (à proposer comme outil de guidance commun au sein du GHT)	291
Fiche Projet Axe 4 : Développer et promouvoir la qualité de vie au travail	293
Fiche Projet Axe 5 : Développer la culture de la gestion du risque à priori pour conforter la sécurité de l'offre de soins et des pratiques professionnels	300

Fiche Projet Axe 6 : Promouvoir l'optimisation des compétences des professionnels et le développement des pratiques soignantes avancées	308
<u>Actions réalisées</u>	
Recensement des personnels non médicaux possédant un DU, une formation spécialisée et/ou des pratiques avancées sur le Centre Hospitalier de La Loupe	314
Recensement des personnels non médicaux possédant un DU, une formation spécialisée et/ou des pratiques avancées sur le Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou	315
Recensement des personnels non médicaux possédant un DU, une formation spécialisée et/ou des pratiques avancées sur le Centre Hospitalier de Dreux.....	316
Recensement des personnels non médicaux possédant un DU, une formation spécialisée et/ou des pratiques avancées sur le Centre Hospitalier de Chartres.....	319
Fiche Projet Axe 7 : Développer la qualité des écrits professionnels, les transmissions orales et l'usage des logiciels support du DPI	325
Fiche Projet Axe 8 : Promouvoir une dynamique de recherche pragmatique, innovante et ambitieuse	331
Liste des personnes ayant participé aux groupes de travail	338

Introduction

Cette première version du Projet de Soins Partagé (PSP) dont vous allez pouvoir réaliser la lecture est le fruit d'un travail collectif ayant regroupé 90 professionnels de santé non médicaux exerçant dans les six établissements partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) d'Eure et Loir.

Je tiens, ainsi que Madame GUERIN (vice-présidente de la CSIRMT du GHT), tout particulièrement à remercier chacun d'entre eux ainsi que les membres de la CSIRMT du GHT pour leur mobilisation et leur assiduité dans le souci de construire un PSP qui permette de développer les huit axes validés par le comité stratégique du GHT en recherchant une dynamique transversale et en anticipant les futures concordances avec le Projet Médical Partagé (PMP).

Ce travail a été réalisé de janvier à juin 2017 et s'inscrit pleinement dans la volonté de décloisonner les établissements, de partager les savoirs et les savoirs faire avec le souci permanent du sens de l'action, de la définition de valeurs communes, du partage des idées, des contradictions, des innovations et de la volonté de communiquer et d'expliquer tout en permettant des ajustements.

Ce PSP souligne également l'importance de la dynamique managériale, de l'accompagnement du développement des compétences, de la qualité de vie au travail et de la conduite du changement.

Le PSP a pour vocation d'être coordonné avec le PMP pour aboutir à un Projet Médical et de Soins Partagé (PMSP) homogène. Celui-ci doit permettre de contribuer à une optimisation de la qualité des soins, à la gradation de l'offre de soins au service de l'organisation de la prise en charge des patients/résidents autour des soins de proximité, du renforcement de la prévention et du développement de l'innovation.

Les pilotes et co-pilotes des groupes de travail ayant permis le développement des huit axes du PSP restent mobilisés pour contribuer à l'évolution des plans d'actions proposés et à la définition des articulations et des concordances avec le PMP.

Le PMSP sera finalisé pour sa première version à la fin de l'année 2017. Je formule le vœu que le travail réalisé et les synergies partagées puissent conduire les établissements partie du GHT à s'organiser au mieux pour permettre l'aboutissement des projets, leur évaluation et la création de nouvelles perspectives.

Croire en demain, c'est mieux investir aujourd'hui.

Pascal DUFOUR

Directeur des Soins

Président de la CSIRMT du GHT

Préambule

La politique de soins développée dans le Projet de Soins Partagé (PSP) se définit comme l'élaboration des orientations stratégiques et des objectifs prioritaires à mettre en œuvre dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques. Elle vise, notamment, à offrir une réponse adaptée et individualisée aux attentes des patients et tient compte des ressources disponibles en termes de structure, de personnel et d'équipement. En lien avec les conceptions développées dans les programmes d'enseignement dispensés dans les instituts de formation, la politique de soin s'inscrit dans la politique du GHT et est en cohérence avec les orientations stratégiques du Projet Médical Partagé (PMP), l'ensemble devant aboutir à un projet médical et de soins partagés (PMSP).

La politique de soins est conduite avec l'ensemble des acteurs paramédicaux et en partenariat avec les autres professionnels de santé au niveau du territoire de santé, au niveau régional voire national. Elle recouvre les domaines du management, de l'organisation et de la qualité des soins non médicaux, la gestion des compétences paramédicales et l'évolution des métiers, la recherche et l'innovation dans le champ des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

La politique de soins du Projet de Soins Partagé s'appuie à la fois sur une philosophie de soins et sur des valeurs fondamentales qui sous entendent les pratiques professionnelles.

L'élaboration du Projet de Soins Partagé est une obligation réglementaire pour les hôpitaux, inscrite au Code de Santé Publique. Il se doit d'être en articulation avec le PMP dans une recherche efficiente de la graduation de l'offre de soins.

Le PSP est un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de management, de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche. Nous conviendrons dans ce document de préciser que le projet de soins est avant tout un projet de management et d'organisation des soins en lien très précis d'une part avec les évolutions professionnelles, les données socio-démographiques et d'autre part, avec les projets stratégiques du GHT, avec le PMP et les orientations des différents établissements partie du GHT.

En effet, ce projet a une vision particulièrement transversale et précise le sens de l'action en intégrant les évolutions des précédents projets de soins des établissements partie du GHT et en définissant les objectifs à venir.

Il donne du sens à l'action

Le projet de soins partagé doit tenir compte des orientations du PMP, du projet médico-social et du projet social. Le PSP possède ses propres axes de développement tout en contribuant à la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical. Ces dernières vont permettre une adéquation et une opérationnalisation des orientations du PSP, tant pour la dynamique d'optimisation de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire de santé et ses conséquences, que pour la réponse à la problématique de l'accès aux soins. Par ailleurs, il convient d'offrir une palette diversifiée de solutions apportant, outre les soins nécessaires, des réponses adaptées et graduées aux besoins des personnes concernées.

Prendre soin

Le projet de soins partagé place les patients/résidents et leur famille au cœur du projet et inscrit les soignants non médicaux, dans le cadre du respect des principes éthiques, dans une dynamique de recherche d'efficacité en partenariat avec les instituts de formations, les facultés et dans une attitude de recherche qui va s'appliquer à l'ensemble des objectifs retenus. Il doit concourir à harmoniser les pratiques entre les soignants médicaux et non médicaux.

Le PSP va tout particulièrement s'appuyer sur des valeurs professionnelles, sa pluridisciplinarité, son lien privilégié avec la prise en charge médico-sociale et le sens donné aux soins.

La conception de la santé et de la maladie dépend de notre propre individualité. Chaque acte professionnel est réalisé par un individu en lien avec ses propres convictions et représentations. Mais le soin dépend aussi du contexte institutionnel et organisationnel dans lequel est intégrée la personne soignante.

De nombreux modèles conceptuels existent et chacun s'inscrit dans la volonté de placer le patient/résident au cœur du dispositif de soins. Notre philosophie de soins attachée aux principes humanistes, au principe de réalité et à la volonté de garder son libre arbitre s'imprègne donc de ces différents concepts et considère l'homme « *comme un être bio-psychosocial en interaction constante avec un environnement. Il doit constamment faire face aux changements* ». Cette définition chère à Calista ROY² précise que l'homme est assailli de stimuli provenant de l'environnement et de l'organisme.

Ainsi, la santé et la maladie sont des dimensions de la vie de l'homme ; si l'individu répond de façon positive aux stimuli, cela représente l'adaptation. Chacun a donc ses propres capacités d'adaptation qu'il convient de connaître, de valoriser et de développer pour tendre vers un individu en harmonie avec lui-même et les autres. Il convient donc de considérer la maladie et/ou le handicap comme une entité qu'il faut comprendre et la considérer comme intégrée à la vie globale de la personne.

Nous recherchons donc l'articulation la plus efficace possible entre le respect des principes éthiques, la prévention, l'action curative et la dynamique de réinsertion. Nous souhaitons tout particulièrement renforcer la compétence des agents attachés aux directions des soins, car le savoir-faire individuel des agents doit être en permanence entretenu et valorisé.

L'impact de sa compétence, de la relation à l'autre et de son contexte sont donc essentiels ; ils contribuent à préciser le sens de l'action.

Le « prendre soins » au sein du GHT décliné dans le PSP vers le PMSP s'appuie sur un héritage professionnel précieux où le collectif représente un potentiel, une force et une sécurité. Ce dernier doit sans cesse se préoccuper d'aménager une ambiance et un cadre propice au bon déroulement des soins et aux relations avec les patients, les familles et les partenaires.

2 Calista ROY, Introduction aux soins infirmiers, un modèle d'adaptation, Édition Lamarre, 1986

Nous souhaitons marquer notre attachement au principe de la collaboration partenariale entre tous les acteurs du soin. Cette dynamique est basée sur l'implication et l'engagement professionnel, le respect des individualités et du collectif, l'écoute et la solidarité.

Fiche Projet : Axe 1

Développer une politique de management et d'organisation de la coordination des soins et animer la conduite du changement jusqu'au changement de conduite

Pilote

P. DUFOUR, Directeur des Soins, Centre Hospitalier de Chartres

Co-pilotes

L. GUERIN, Directrice des Soins, Centre Hospitalier de Dreux

M. SALEMBIER, Cadre de santé, Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou

Fiche Projet : Axe 1

Développer une politique de management et d'organisation de la coordination des soins et animer la conduite du changement jusqu'au changement de conduite

1. Etat de l'offre existante sur le GHT d'Eure et Loir

	Centre Hospitalier de Chartres	Centre Hospitalier de Dreux	Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou	Centre Hospitalier de Châteaudun	Centre Hospitalier Henri EY	Centre Hospitalier de La Loupe
Date du projet de soins	2009-2013	2010-2014	Pas de Projet de soins mais un projet d'ES 2010-2014	2014-2018	2016-2020	2011-2015
Organisation de la Direction Des Soins	1 DDS CGDS et 7 CSDS dont 1 CSDS adjoint au CGDS. 1 CSDS est commun avec le CH de Dreux. 1 CSDS filière socio-éducative est en charge de la filière autisme dans le cadre du GCS EPI	1 FFDDS	1 CDS chargé de la Direction des Soins	1 CSDS avec mission DRH et chargé de la DDS 1 CSDS Avec missions transversales	1 FFDDS	1 CSDS chargé de la Direction des Soins
Effectifs cadre supérieur de santé en ETP en 2017	7,5	6	0	2	4	1
Effectifs cadre de santé en ETP	40 cadres de santé et 9 FFCDS	25 cadres de santé et 15 FFCDS	4 et 3 FFCDS (pour 1,8 ETP)	3 cadres de santé et 6,6 FF CDS	18 dont 2 postes vacants et 3 FFCDS	2 + 2 FFCDS + 1 IDEC
Nombre de PNM rattachés à la DDS en ETP	1771,05	810,67	353	419	480	133,4
Nombre de lits sanitaire Nombre de lits médico-social	532 MCO 449 EHPAD	392 MCO 261 EPHAD	90 sanitaire 7 ambulatoire	119 MCO 235 EHPAD	125 EHPAD 180 sanitaire 121 places de jour	72 sanitaire 152 Médico social
Nombre de sites	3	3	2	3	9	1

2. Principaux enjeux de la thématique

- Définir une politique de management en lien avec des pratiques professionnelles qui s'inscrivent dans une philosophie de soins commune.
- Créer une dynamique qui permet de donner du sens et de partager.
- Animer la conduite du changement

3. Déclinaison des orientations stratégiques pour cet axe du PSP en lien avec le PMP

3.1. Objectifs

Objectifs recherchés/résultats attendus/Mesures d'impacts

- Partager une politique de management
- Identifier des valeurs managériales communes
- Favoriser et développer les temps de rencontre et créer du lien
- Identifier les ressources et partager des retours d'expériences

3.2. Problématiques rencontrées

La gestion du temps pour participer à l'ensemble des travaux

3.3. Actions envisagées

Action n°1 : Définir une politique managériale (cf. page 19).

Action n°2 : Créer une charte associée à un outil de guidance permettant d'identifier les grandes valeurs et de préciser des repères méthodologiques constitutifs à la conduite de changement (cf. pages 21 et 23).

Action n°3 : Éditer un support qui regroupe les différentes formes d'accompagnement pour les prises de fonctions (cf. pages 29 et 31).

Action n°4 : Organiser une journée des pratiques managériales.

3.4. Liens avec les filières de soins : à établir

3.5. Points à arbitrer : Aucun

3-6 Calendrier de déploiement

Fiche projet

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
Partager une politique de management	Définir une politique managériale (cf. page 19)	Mai 2017	A. LEGRAS-BAUDIN L. LOCHET M. SALEMBIER	Validation par la CSIRMT, le Comité stratégique, MEO dans les établissements
Identifier des valeurs managériales communes	Créer une charte associée à un outil de guidance (cf. pages 21 et 23)	Mai 2017	P. DUFOUR	Validation par la CSIRMT, le Comité stratégique, MEO dans les établissements
Favoriser et développer les temps de rencontre et créer du lien	Editer un support qui regroupe les différentes formes d'accompagnement pour les prises de fonctions (cf. pages 29 et 31)	Juin 2017	M. DONNEAU M. IMBAULT M. CHEVAL	Validation par la CSIRMT, le Comité stratégique, MEO dans les établissements
Identifier les ressources et partager des retours d'expériences	Organiser une journée des pratiques managériales	1^{er} semestre 2018	P. DUFOUR L. GUERIN	Création d'un comité de pilotage et réalisation de la journée

Actions réalisées

Politique managériale

Une politique de management affirmée

Les modalités de management et d'organisation des Directions Des Soins (DDS) se déclinent particulièrement dans le cadre d'une politique de management affirmée en lien avec un positionnement précis de l'encadrement.

La politique de management précise le sens de l'action.

Cette politique s'inspire du principe de subsidiarité qui cherche à définir les libertés d'action tout en précisant leurs limites, leurs conditions d'exercice et leurs modalités d'évaluations. Ainsi le projet de management du PSP a pour volonté de responsabiliser l'individu et de favoriser la prise d'initiative dans le souci de l'intérêt général.

Il considère l'autorité non comme une fin mais comme un moyen au service exclusif des êtres qu'elle commande pour garantir une continuité, assurer une permanence, élaborer une éthique, favoriser le développement des compétences et s'assurer que chacun puisse exister et s'exprimer.

Ce projet de management est attaché à une éthique managériale qui recherche l'intérêt du bien commun et le développement individuel. L'encadrement se fixe comme ligne de conduite d'appliquer un management conforme aux principes humanistes personnalistes sans négliger les performances de l'institution et ses capacités d'adaptation. Il favorise un management propice à l'autodétermination de chacun en lien avec les préceptes de l'esprit de subsidiarité et l'expression du sens de l'action. Les motivations autorégulées de chaque collaborateur sont comme autant d'espaces de créativité qui enrichissent une dynamique collective librement partagée.

Ce projet de management s'applique à développer une organisation où le travail s'accompagne d'une zone d'autonomie, de personnalisation de l'action pour chaque collaborateur ; où le travail permet à chaque agent d'exprimer ses talents ; où le travail permet à chacun de se sentir reconnu à sa juste valeur.

Il considère que des relations basées sur la confiance sont un pré requis évident et permettent de développer un feed-back constructif sur une évaluation des performances, une optimisation des compétences, le développement de la responsabilisation et de l'estime de soi.

L'encadrement paramédical.

C'est l'acteur au cœur de l'organisation ; il doit identifier les zones d'incertitudes, faire preuve de loyauté et être une force de propositions. Il conseille et influence les décisions du management stratégique.

Il pratique la technique des micro-projets qui changent vraiment quelque chose. C'est voir grand, mais réaliser petit pour être concret dans l'immédiat et consolider les points de progression.

Les cadres supérieurs de santé (CSDS) et de proximité constituent les collaborateurs privilégiés du DDS. Leur réflexion, leur créativité, leur assertivité et leur loyauté sont des points particulièrement dynamiques des Directions des Soins. Leur interaction permanente avec les professionnels médicaux permet de renforcer les liens entre tous les acteurs du soin.

Le cadre supérieur de santé qui assure des missions stratégiques et de pilotage au sein des pôles et le cadre de santé se situent au confluent des logiques soignantes, médicales et administratives. Ce positionnement leur permet d'occuper une fonction d'interface, de plaque tournante entre tous les acteurs des services de soins. Ils sont les pivots de l'hôpital en prise directe avec les réalités du soin et les problématiques d'organisations hospitalières. Le DDS considère les CSDS et les CDS comme des acteurs responsables et moteurs dans la conduite du changement. Ils jouent un rôle déterminant en organisant les situations concrètes de travail. Ils doivent être capables de repérer les potentiels, d'animer les personnels, de créer les synergies, de mobiliser les énergies, d'organiser et promouvoir l'action au service de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins.

Ceci nécessite des compétences à communiquer, consulter, négocier, faire produire, évaluer et motiver.

Tout en conservant des compétences cliniques pointues, le CDS doit développer les compétences propres à son métier de cadre, en favorisant la participation des agents et la dynamique d'équipe, en recherchant l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins.

La politique de management précédemment explicitée doit s'appuyer sur une organisation qui permet aux cadres et faisant fonction de travailler dans des conditions adéquates favorisant ainsi leur formation et le recours à un tutorat et/ou à un compagnonnage. Par ailleurs la charge d'encadrement doit être équilibrée et permettre une implication efficace et respectueuse d'une certaine qualité de vie au travail.

Charte d'un management en perspective de changement, dans un changement de perspective

Cette charte définit, comme un préalable, la culture managériale partagée par l'encadrement paramédical des établissements de soins partie du GHT.

Concept

Témoin de **l'évolution de nos institutions** et porteuse de valeurs fortes, *cette culture managériale* va s'attacher à promouvoir et renforcer une pratique managériale fondée *sur et par la confiance, la bienveillance relationnelle*, le respect et la subsidiarité.

Inaliénable, **le respect** invite la parole, valorise des échanges libres, et implique une reconnaissance mutuelle des valeurs d'autrui, sans que soient niées les désaccords ou oppositions, mises au service de la réflexion.

La subsidiarité va permettre l'émergence et l'expression au quotidien, d'initiatives, de créativité, de ressources, éviter le fossé entre le discours et la réalité, le formel et l'informel, et participer d'une construction de **la confiance**.

La créativité des collaborateurs est alors valorisée et vise le développement du **professionnalisme**, dans un esprit de partage.

Ces valeurs sont des leviers, au service des changements à conduire, des conduites de changement, animées par l'intérêt supérieur des personnes accueillies dans les établissements, patients, résidents, proches, et déclinées au quotidien par chacun des acteurs dans le cadre de leurs missions et de leurs champs de compétences.

Modalités

Le changement s'inscrit dans **une temporalité**, qui ne renie pas l'histoire mais s'en nourrit en s'inscrivant dans un continuum. Pour être porteur de cohérence et trouver son sens, tout changement doit être éclairé par la question de son intérêt, de ses enjeux et de ses échéances.

Le territoire est une nouvelle échelle qui propose des ouvertures, promeut des décloisonnements, construit des parcours innovants, qu'il s'agisse du parcours de soins des patients, ou des parcours professionnels.

Dans les situations de changements, d'autant plus lorsqu'ils relèvent de dimension économique, cet esprit favorise l'explication de la complexité et permet de détacher la responsabilité de l'encadrement, porteur de l'annonce, de l'annonce elle-même, entendue dans son contenu. L'encadrement va rechercher une **collaboration adaptée, susciter l'adhésion** des professionnels pour satisfaire à l'exigence de l'enjeu, atténuer les « *rugosités* » qui constituent les freins aux changements et favorise le maintien des valeurs humaines et professionnelles.

Une information et une communication partagées serviront ces nouveaux rapports, et favoriseront le passage de l'action à l'interaction.

Outil de guidance à destination d'un management éthique et créatif repères méthodologiques

Propos introductifs

Cet outil ne constitue pas un guide au sens premier du terme. Dans l'exercice complexe du management, il propose quelques repères pour décliner au quotidien des situations, les valeurs qui fédèrent le projet soignant, et dictent l'exercice de l'encadrement. Tout juste, parfois, permet-il de maintenir le cap, de ne pas s'égarer dans la complexité des demandes, contraintes, attentes, et autres injonctions. Alors que les environnements sont mouvants de toute part et génèrent des incertitudes fortes qui touchent sans distinction les soignants et les soignés, il est plus que jamais nécessaire de penser un management à l'écoute du monde et de ses repères, de ses mouvements, de ses tumultes, dans un souci de l'autre.

Les repères qui sont présentés ne sont pas exhaustifs, ni limitatifs. La créativité est ouverte, bienvenue, et attendue.

Qu'est-ce qu'être cadre ? Le cadre, dans l'architecture de sa **polysémie** dessine à la fois la limite, l'environnement, l'armature, l'encadrement.

Le management va viser un mouvement dialectique vers autrui, autrui recouvrant les collaborations et les usagers, patients, résidents, proches, pour réinstaurer, pour construire, produire le sens de l'action, et pour reprendre les mots de RICOEUR, dans cet ensemble, « **être co-auteur de sens** », et redonner toute sa place à **la rencontre**, qui est l'essence-même du métier de soignant.

Comment penser l'action et le sens de l'action, comment faire vivre dans le flux et le flot du quotidien les valeurs qui nous fondent, sans se perdre ?

Le respect

Méta-valeur, tout à la fois, il englobe et fonde les autres valeurs.

Il s'entend comme le respect d'autrui, qu'il s'agisse d'un usager, ou qu'il s'agisse d'un collaborateur et désigne la collégialité

Plus largement, il concerne également le respect des règles communément admises, et les règles institutionnelles.

Se respecter participe de la construction d'une relation de confiance.

Le désaccord n'obère en rien une relation respectueuse. Il ouvre à des perspectives inattendues, innovantes, et tout au moins, participe du débat, permet la perspective du changement. Entendre un avis différent, divergent, nourrit la réflexion, et interroge la relation de confiance sans laquelle l'implication d'autrui ne saurait être recherchée, et sa contribution sollicitée.

Se respecter, c'est tout dire, tout pouvoir dire, et avoir la manière de dire. La forme du discours éclaire le professionnalisme. La qualité relationnelle témoigne de notre rapport à autrui.

Il importe de respecter l'histoire qui ne saurait être jugée à l'aune des repères contemporains. Les changements réalisés en d'autres temps, conduits par et avec d'autres acteurs, ont eu leur sens. Ils ont été construits dans un schéma décisionnel différent, et quoiqu'ils semblent aujourd'hui dépassés, inappropriés, ils ont eu leur sens dans un autre contexte, et la décision qui a présidé à leur engagement a nécessairement été sincère.

Vivre le respect au quotidien, c'est avant toute chose respecter la parole de l'autre.

La respecter suppose de l'écouter.

Quelques propositions de mise en actions :

- Rechercher et solliciter l'avis de ses collaborateurs dans toute situation de changement
- Inviter les professionnels à la production autonome de propositions : encourager les groupes de travail
- Impliquer les collaborateurs dans la recherche de solutions
- Mobiliser les propositions et la créativité de tous, sans censure
- Valoriser les propositions
- Restituer à d'aucun les initiatives qui lui sont propres, les reconnaître et les faire reconnaître comme siennes par le groupe
- Responsabiliser chacun dans la mise en œuvre du changement, dans une démarche contributive et participative
- Encourager le repérage des ajustements nécessaires et les promouvoir, dans une démarche apprenante

La confiance

La confiance est un terreau qui va permettre que le déséquilibre induit par une démarche de création préserve globalement l'équilibre nécessaire à la continuité, tel un pas, qui sans cesse construit l'équilibre dans un mouvement de déséquilibre.

Issue du respect, elle est fondamentale dans toute dynamique, et confère à la parole de chacun des acteurs, au-delà de sa fonction ou de sa posture hiérarchique, une valeur égale. La confiance a ceci de particulier qu'elle se donne, et qu'elle est dénuée de jugement. Autrui me donne sa confiance, et le lien ainsi construit tisse la relation, me lie à autrui, tout autant qu'il lie autrui à moi, dans la perspective d'un dessein commun.

Cette relation, qui s'inscrit dans le temps, participe de la sécurité, nécessaire à toute démarche d'engagement des acteurs.

Cette confiance ouvre le champ des possibles, des initiatives, voire des hardiesses dans la capacité à générer et gérer le changement. Quoique le changement résulte parfois d'une commande, et qu'il ne convoque pas l'autonomie des acteurs, cette autonomie s'exprime et se déploie pleinement dans les modalités de l'action.

Quelques propositions de mise en actions :

- Annoncer la commande aussi précisément que possible :
 - o Dans quel type de commande se situe-t-on
 - o Qui est l'auteur de la commande
 - o Quelles sont les attentes
 - o Quels sont les enjeux
 - o Quels seront les indicateurs d'évaluation
 - o Quels sont les délais
- Comment se l'approprier
 - o La reformuler
 - o L'ouvrir à l'échange : en parler permet aux acteurs de commencer à se l'approprier, de la faire leur
 - o Ne rien censurer : les propositions inattendues permettent souvent de décroiser nos schémas de pensée
 - o Interdire le jugement : toute idée ou proposition peut s'avérer être un levier pertinent
 - o Proposer des temps de réflexion formels (groupes de travail)
 - o Se saisir des temps informels pour écouter, questionner, répondre
- La confiance permet la prise de risque que constitue le changement
 - o Présenter le changement comme une opportunité, une ouverture
 - o Evoquer clairement le risque d'erreur, et le revendiquer comme un espace de créativité
 - o Témoigner sa confiance aux professionnels dans leur capacité à proposer les réajustements nécessaires à toute démarche de changement
 - o Rassurer en expliquant que dans l'hypothèse d'une totale erreur dans l'analyse ou dans l'action, la situation antérieure reste toujours une solution de recours
 - o Fédérer dans le projet commun, porteur de sens

La sécurité

La sécurité est une construction qui s'inscrit dans la temporalité, elle se consolide avec le temps.

Ce temps est nécessaire, fait partie de la démarche, et n'est pas du temps perdu. Il participe de l'assurance de la confiance, et est un stroke positif transmis à l'équipe, dont le cadre est garant.

C'est dans le temps donné que se construit l'adhésion au changement, que se porte le changement.

Le temps permet d'entrevoir les gains et bénéfices au-delà des pertes immédiatement perceptibles.

Ce temps est habité des échanges, formels et informels, des remaniements et évolutions des compréhensions, de l'assurance d'une nouvelle situation sécurisée.

Lorsqu'une situation de changement a eu lieu, cette situation nouvelle nécessite un accompagnement, une consolidation, jusqu'à ce que survienne une nouvelle étape de stabilité, retrouvée par tous.

Un changement ne se décrète pas, et ne se crée pas ex nihilo. Il s'adosse à une situation, s'y appuie comme sur un socle, quelle que soit la modalité retenue ensuite pour sa mise en œuvre.

Ce n'est que lorsque le changement précédent est assuré et consolidé, qu'un changement à suivre peut être à nouveau envisagé et conduit.

Lorsque le temps de la commande dépasse le temps d'appropriation de l'équipe, il est fondamental d'asseoir cette nouvelle démarche, précocement survenue, sur la confiance que l'encadrement va renvoyer à ses collaborateurs, et sur leurs capacités à intégrer, proposer et construire.

L'encadrement doit aller à la rencontre, aller en rencontre de ses collaborateurs. Le temps de la rencontre témoigne de la considération donnée. La rencontre construit la connaissance. La connaissance conduit à la reconnaissance, et permet la collaboration.

Quelques propositions de mise en actions :

- Adopter une communication bienveillante
 - o Faciliter les relations
 - o Favoriser l'expression pour comprendre les freins et repérer les leviers
- Accueillir un nouveau collaborateur pour favoriser sa place dans le groupe
 - o Le présenter à l'équipe
 - o L'intégrer pour favoriser l'appartenance
 - o Reconnaître son identité, son parcours, les atouts que constitue son arrivée
 - o Valoriser ses compétences au bénéfice des évolutions et des projets
 - o Transmettre les valeurs portées au sein de l'équipe, et présenter les dynamiques internes
- Favoriser l'expression, dans le respect d'autrui

Le territoire

Alors que les échelles évoluent, que les repères sont passés des limites du couloir, du secteur, du service, au territoire, cette évolution, du micro- au macroscopique, peut entamer la sécurité, ébranler la confiance, et laisser émerger des peurs, des résistances.

En parallèle avec toute autre démarche de changement, l'encadrement doit présenter le territoire comme une nouvelle opportunité.

Il est nécessaire d'intégrer l'établissement dans ses nouveaux contours, dans le champ des nouveaux enjeux, des défis à réussir ensemble.

Les attentes et contraintes sont portées par tous, et les intérêts deviennent dès lors convergents avant d'être communs.

Le territoire n'est rien d'autre que la prise de corps d'une autre échelle. Cette nouvelle échelle donne de l'ampleur, motive, offre à la réflexion de nouveaux modèles, des partages à construire, invite à la découverte.

L'encadrement va valoriser la plasticité, la mobilité, encourager toute rencontre entre professionnels d'établissements différents.

Ces rencontres atténuent les peurs.

Souvent, au contraire, elles mettent en appétit, permettent aux collaborateurs de questionner leurs pratiques, donnent envie, ouvrent la réflexion.

Le professionnel compare ses pratiques, ses organisations, repère les atouts et les limites, s'interroge, construit son analyse, et questionne le sens de son action.

L'échange qui en résulte avec ses pairs, est déjà une mise en mouvement, un témoignage au service d'une nouvelle dynamique, et permet d'oser ensemble, dans un ensemble plus vaste.

Quelques propositions de mise en actions :

- Favoriser les rencontres entre professionnels, autour d'une thématique, dans le cadre d'un projet commun, dans la recherche d'aides
- Valoriser la restitution de cette expérience au sein du groupe
- Encourager l'expérience du décloisonnement et de l'interdisciplinarité
- Accompagner au repérage des leviers, actions à conduire
- Concentrer la démarche à partir des enjeux considérés comme importants ou prioritaires par les collaborateurs, et élargir ensuite
- Responsabiliser les collaborateurs dans l'évolution des changements, notamment en leur restituant tout leur investissement, leur implication, et leur contribution
- Remercier pour cet engagement

Mise en perspective

Ces repères ne sont bien entendu pas limitatifs. Ils ne sont que des propositions, des points de repère, des étapes incontournables, qui n'ont pas d'autre projet, d'autre ambition que de donner un cap, pour envisager plus sereinement les mouvances environnantes, les défis à relever.

La performance relève d'un modèle où un et un font plus que deux, et où les synergies ont été portées et construites dans un contexte favorable.

L'éthique managériale impose la mobilisation de valeurs fortes, et il est toujours nécessaire de postuler que la qualité des relations est tributaire de la façon dont nous construisons notre rapport à autrui, pour qu'au-delà des changements à conduire, adviennent des changements de conduite.

La prise de poste du cadre de santé : un enjeu institutionnel et personnel

L'accès au grade de cadre de santé résulte d'une formation spécifique délivrée par les Instituts de Formation des Cadres de Santé, quelle que soit la filière d'origine du professionnel (infirmier, technicien de laboratoire, manipulateur en électro-radiologie, ...). L'accès à la fonction de cadre de santé peut emprunter différentes voies : faisant fonction de cadre de santé, accès direct à la formation de cadre de santé, affectation dans son établissement d'origine, mutation d'un établissement extérieur, première prise de poste après l'obtention du diplôme de cadre de santé, prise de poste avec une expérience antérieure de cadre de santé, ...

L'exercice de la fonction de cadre de santé est complexe et répond à des attentes importantes de la part de l'Institution. Le cadre occupe une fonction de « pivot » au sein de l'établissement : il sert de lien entre les équipes paramédicales, les équipes médicales, l'administration et doit conduire les projets institutionnels. Ce positionnement peut amener le cadre de santé, ou le faisant fonction, à vivre sa prise de poste comme étant difficile, voire douloureuse.

La formation de cadre de santé accompagne l'étudiant dans une réflexion sur la représentation de la fonction cadre. Ce qui est a priori un avantage par rapport aux faisant fonction, peut se révéler constituer une difficulté supplémentaire lors de la prise de fonction dans la mesure où ces représentations peuvent ne pas correspondre à la réalité vécue par le cadre de santé lors de sa prise de fonction et le mettre en insécurité ou le mener à l'échec.

Devenir cadre implique de passer d'une logique de réalisation des soins à une logique de gestion des soins et par conséquent à changer de métier. Aujourd'hui l'encadrement de proximité ne peut plus limiter son rôle à la conduite et au contrôle de l'activité pour une réalisation correcte des tâches, il n'est pas seulement un « chef » mais il doit être un manager. Or, le fait d'être un bon professionnel (infirmier, technicien de laboratoire, manipulateur en électro-radiologie) ne suffit pas à devenir un manager. Pour réussir cette mutation, le cadre de santé ou le faisant fonction a besoin d'un accompagnement fondé sur un socle commun et personnalisé pour répondre aux profils et besoins de chacun. Cet accompagnement servira de période d'adaptation au cadre de santé qui rendra plus performant son opérationnalité.

Le positionnement du cadre de santé est une des difficultés lors de la prise de poste. En effet le cadre, ou la faisant fonction, doit répondre à des objectifs et à des demandes parfois contradictoires (objectifs de qualité et de sécurité, exigences de performances à mettre en adéquation avec des contraintes budgétaires ou des projets institutionnels, par exemple). Ceci peut être renforcé par un sentiment de non reconnaissance et une marge d'autonomie perçue comme réduite et amener le cadre de santé ou le faisant fonction à éprouver des difficultés dans sa construction identitaire.

Le cadre de santé devra faire preuve d'assertivité. Le développement de cette capacité sera accompagné de manière à permettre au soignant qu'il était jusqu'à maintenant de devenir un manager et soutenir sa position hiérarchique au sein de l'équipe dont il va assurer l'encadrement.

Lors de sa prise de poste, le cadre de santé, ou faisant fonction, est confronté à des positionnements complexes :

- transformer si besoin l'existant, tout en le consolidant,
- développer des liens avec sa hiérarchie et les agents placés sous sa responsabilité, tout en maintenant une distance,
- prendre des décisions, les partager et faciliter la prise de responsabilité et les initiatives,
- prendre son temps pour observer avant d'agir et aller vite pour répondre aux orientations institutionnelles ou aux contraintes réglementaires,

Engagement institutionnel et accompagnement du nouvel encadrant pour une prise de poste facilitée

Le contenu de ce guide correspond à des propositions « idéales ». Celles-ci devront être adaptées en fonction des ressources de chaque établissement au moment de la prise de fonction du cadre de santé ou du faisant fonction.

L'accompagnement lors de la prise de poste répond à des objectifs communs, quel que soit le profil du nouvel encadrant : cadre de santé diplômé ou faisant fonction, expérimenté ou accédant à un premier poste, connaissant l'établissement ou venant d'un autre établissement de santé. Dans tous les cas, le cadre sera amené à faire vivre les projets institutionnels, le faisant fonction devant lui, en plus, conduire son projet professionnel.

■ L'accompagnement ne doit pas

- Constituer un frein à la prise d'autonomie du nouvel encadrant
- Représenter une charge mentale pour le nouvel encadrant

■ L'accompagnement doit s'inscrire dans une charte qui identifie précisément les modalités de mise en œuvre d'accès à la formation cadre.

■ Caractéristiques de l'accompagnant direct (tuteur) :

- Cadre supérieur ou cadre de santé expérimenté
- Pas de relation hiérarchique et fonctionnelle
- Bonne connaissance de l'établissement
- Capacités de recul
- Non impliqué dans les enjeux stratégiques du service
- Si possible, pas le cadre occupant précédemment le poste

■ Rôle du tuteur :

- Être plus disponible et à l'écoute en évitant tout jugement
- Présentation objective et factuelle de l'environnement
- Présentation de l'équipe soignante
- Ne pas induire de réactions et comportements du nouveau cadre de santé par des informations empreintes d'affects
- Elaborer des objectifs pour le nouvel encadrant (en concertation avec le cadre supérieur de santé).

■ Rôle de l'encadrement supérieur :

- Réaliser des bilans d'étape avec le nouvel encadrant et son tuteur.
- S'assurer que les objectifs du nouvel encadrant sont atteints ou en cours d'acquisition.

- Rendre compte au directeur des soins sur le déroulement de la prise de poste du nouvel encadrant.

■ Objectifs du cadre prenant son poste :

- Elaborer un diagnostic de service mettant en évidence les points forts et les limites de l'organisation et identifiant de potentiels leviers d'action.
- Présenter certaines problématiques observées à l'équipe soignante, à l'encadrement médical, paramédical, à l'encadrement supérieur. Permettre à l'équipe soignante d'être force de proposition et l'associer à l'élaboration du plan d'actions à mettre en place, dans un souci d'obtenir leur adhésion.
- Acquérir de l'autonomie dans la gestion de l'équipe et du service. Le nouvel encadrant a besoin d'aide pour repérer les ressources, les organigrammes, les organisations internes et les freins. Cela permettra au nouvel encadrant de gagner du temps et de s'intégrer plus facilement. Si cela n'est pas le cas, il existe un risque de mettre en péril une organisation de service et de faire perdre la face au nouvel encadrant vis-à-vis de l'équipe soignante.
- Maitriser les logiciels correspondant à son champ de compétence (logiciel de gestion du temps, dossier patient informatisé, gestion documentaire informatisée, ...)
- Appréhender les circuits logistiques (commandes, réparations, ...) et les organisations internes (vérification, traçabilité, ...)
- Prendre connaissance de l'activité du service, de l'activité des professionnels, de la spécificité du service (ce qui montre l'intérêt du nouvel encadrant pour le travail du personnel du service) et des documents qualité nécessaires au fonctionnement de l'unité.
- Légitimer son positionnement au sein de l'unité en s'imprégnant de l'exercice, des compétences et des connaissances propres à l'unité.

En complément de l'accompagnement ayant pour objet de développer les compétences managériales des objectifs spécifiques peuvent être identifiés.

■ Objectifs spécifiques en fonction du profil du nouvel encadrant

- Faisant fonction de cadre de santé :
 - Projet professionnel de cadre
- Cadre de santé venant d'un autre établissement de santé :
 - Accompagnement plus approfondi dans la connaissance de l'établissement (la non connaissance de l'établissement peut constituer une difficulté supplémentaire qui peut se transformer en atout, en permettant une observation objective)
- Cadre de santé expérimenté qui change d'unité :
 - Accompagnement dans la connaissance de l'histoire et de la spécificité du service
- Cadre de santé nouvellement diplômé :
 - Apprendre à mettre en pratique les connaissances théoriques acquises en formation

■ **Déroulement :**

- Dès l'accueil du nouvel encadrant, présentation des mesures d'accompagnement par le cadre de santé et le cadre supérieur de santé (ou le directeur des soins).
- Elaboration des objectifs personnels en concertation entre le nouvel encadrant, le tuteur et l'encadrement supérieur (ou le directeur des soins).
- Point sur les besoins du nouvel encadrant.
- Bilan de l'observation du nouvel encadrant, à périodicité définie.
- Utilisation d'outils d'évaluation et de suivi, permettant de tracer ce qui est acquis par le nouvel encadrant, ce qui est en cours d'acquisition et les situations auxquelles le nouvel encadrant n'a pas été confronté.
- Présentation du rapport d'étonnement à moyen terme (3 mois ?)

Fiche Projet : Axe 2

Développer une politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des professionnels rattachée aux coordinations des soins

Pilote

P. DUFOUR, Directeur des Soins, Centre Hospitalier de Chartres

Co-pilote

L. GUERIN, Directrice des Soins, Centre Hospitalier de Dreux

Fiche Projet : Axe 2

Développer une politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des professionnels rattachée aux coordinations des soins

- Etat de l'offre existante sur le GHT d'Eure et Loir

	Centre Hospitalier de Chartres	Centre Hospitalier de Dreux	Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou	Centre Hospitalier de Châteaudun	Centre Hospitalier Henri EY	Centre Hospitalier de La Loupe
Organisation pour le recrutement externe	DDS/DPDS	DDS/DRH	DDS/DRH	DDS/DRH	DDS/DRH	DDS/service RH
Modalité d'organisation pour la mobilité interne (publication des postes ...)	La DDS identifie et les postes à publier. La DPDS publie les postes en externes	La DDS identifie les postes à publier. La DRH publie les postes	La DDS identifie les postes à publier. La DRH publie les postes	La DDS identifie les postes à publier. La DRH publie les postes	La DDS identifie les postes à publier. La DRH publie les postes	La DDS identifie les postes. L'information est orale et les postes sont publiés en interne
Mobilité obligatoire organisée, à quelle périodicité ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Modalités d'évaluation 2016	Fiche de préparation à l'entretien agent/cadre, 1 fiche d'évaluation, 1 fiche de notation 1 seul temps d'entretien 1 partie des pôles sous GESFORM 1 seul temps d'entretien Evaluation des contractuels à chaque contrat Pour les CDI même fiche d'entretien que pour les titulaires	Plusieurs documents (fiche d'entretien, préparation entretien individuel cadre et agent ; 1 référentiel métier ; une procédure « guide d'entretien » 1 seul temps d'entretien Evaluation des contractuels à chaque contrat Pour les CDI même fiche d'entretien que pour les titulaires	Fiche de préparation à l'entretien agent/cadre, 1 fiche d'évaluation, 1 fiche de notation 1 seul temps d'entretien annuel Evaluation des contractuels Pour les CDI même fiche d'entretien que pour les titulaires	Plusieurs documents (fiche de préparation à l'entretien, fiche d'évaluation et de notation) 1 seul temps d'entretien Evaluation des contractuels Pour les CDI même fiche d'entretien que pour les titulaires	Fiche de préparation à l'entretien agent/cadre, 1 fiche d'évaluation, 1 fiche de notation, 2 temps d'entretien avec dissociation de l'évaluation et de la notation Evaluation des contractuels à chaque contrat Pour les CDI même fiche d'entretien que pour les titulaires	Fiche de préparation à l'entretien agent/cadre, 1 fiche d'évaluation, 1 fiche de notation 1 seul temps d'entretien Evaluation des contractuels lors du premier contrat puis une fois par an Pour les CDI même fiche d'entretien que pour les titulaires Document utilisé pour tous les professionnels
Accueil des étudiants	Structuré en lien avec les IFSI	Structuré en lien avec les IFSI	Structuré en lien avec les IFSI	Structuré en lien avec les IFSI	Structuré en lien avec les IFSI	Structuré en lien avec les IFSI
Nombre d'étudiants ESI et EAS formés en Eure et Loir et embauchés en 2016 (pour contrat > à 3 mois et hors PP)	15 ESI et 3 EAS	19 ESI et 3 EAS		5 ESI et 10EAS	16 ESI hors promotion professionnelle et 6 d'entre eux sont issus d'un IFSI du département 17 EAS et 7 d'entre eux sont issus d'un IFAS du département	1 ESI et 4 EAS
Existence d'une journée d'accueil, périodicité	Oui tous les 3 mois	En cours	Non	Non	Oui 1 à 2 fois/an	Oui tous les étés avant les remplacements d'été
Taux de turn over interne/ Externe	12% en 2015 9,39% en 2014	/	/	/	7.33	/
Promotion professionnelles 2016 et VAE	4 EAS 4EIDE 2 ECDS 1 EIBODE 1 EIADE	9 EAS 2 ESI 2 EIADE 2 ECDS	1 ECDS 1 EIDE 3 EAS + 1 EAS en contrat aidé	Promotion professionnelle : 3 ESI 2 AS 1ECDS 1 EIADE Formation professionnelle : -Conseillère en économie sociale et familiale : 1 -Assistante médico-administrative	1 ESI 3 EAS 1 ECDS	1 ESI

- Principaux enjeux de la thématique

- Définir une politique partagée de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des professionnels rattachés aux DDS pour les établissements partie du GHT.
- Anticiper et assurer le recrutement de tous les métiers pour assurer la continuité et le maintien des compétences.

- Déclinaison des orientations stratégiques pour cet axe du PSP en lien avec le PMP

3. 1. Objectifs

Objectifs recherchés/résultats attendus/Mesures d'impacts

- 1) Définir une politique partagée
- 2) Développer ou renforcer les coordinations pour les recrutements des métiers sensibles
- 3) Identifier et créer des parcours apprenant pour les différents professionnels au sein du GHT et de filières et/ou parcours de soins (exemple : jeune diplômée IDE recrutée en EHPAD)
- 4) Partager les besoins en recrutement entre les établissements

3.2. Problématiques rencontrées : aucun

3.3. Actions envisagées

Action n°1 : Rédiger une politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des professionnels rattachés aux DDS (cf. page 43)

Action n°2 : Créer en lien avec les JPP organisées par le CH Henri Ey une journée territoriale sur les pratiques avancées et/ou pluri professionnelles

Action n°3 : Créer un parcours apprenant pour une IDE en EHPAD (cf. page 49)

Action n°4 : Créer un site qui permet de partager les candidatures

3.4. Liens avec les filières de soins à établir

3.5. Points à arbitrer : aucun

3-6 Calendrier de déploiement

Fiche projet

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
Définir une politique partagée	Rédiger une politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des professionnels rattachés aux DDS (cf. page 43)	Mai 2017	P. DUFOUR	- Validation de la politique - Mise en œuvre des différents axes, mesures qualitatives et quantitatives
Développer ou renforcer les coordinations pour les recrutements des métiers sensibles	Créer en lien avec les JPP organisées par le CH Henri EY, une journée territoriale sur les pratiques avancées et/ou pluri professionnelles	2^{ème} semestre	C. SOREAU L. GUERIN P. DUFOUR	Structuration, organisation et mise en œuvre de la journée
Identifier et créer des parcours apprenant pour les différents professionnels au sein du GHT et de filières et/ou parcours de soins	Créer un parcours apprenant pour un IDE en EHPAD (cf. page 49)	Mai 2017	MJ. LALY M. FLEURY B. MARIE	
Partager les besoins en recrutement entre les établissements	Créer un site qui permet de partager les candidatures	1 semestre 2019	Les directions d'établissements partis du GHT	Mise en œuvre du site et exhaustivité des postes publiés

Actions réalisées

Politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des personnels rattachés aux Directions des Soins

La politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des personnels rattachés aux DDS doit être une préoccupation du quotidien. Elle est à la fois systémique et opérationnelle et conditionne l'articulation efficiente entre tous les acteurs du soin et de la prise en charge.

Elle renforce les liens et réduit les tensions et les inégalités. Elle permet « le travailler ensemble » dans le souci d'une interdisciplinarité toujours à conforter et à renouveler.

La fidélisation, le développement des compétences des professionnels et le bien-être au travail sont des priorités des Directions des Soins. Celles-ci peuvent permettre de proposer des soins de qualité et sécurisés à une patientèle hétérogène et bien souvent en situation de vulnérabilité.

A ce titre chacun doit dépasser ses propres limites, ses propres concepts pour accepter de partager ses compétences au bénéfice de tous.

Objectifs recherchés et résultats attendus :

- Conforter la politique de management des DDS,
- Développer une organisation recherchant la proximité, la réactivité et la transparence,
- Rechercher une cohésion du groupe CDS et CSDS,
- Impliquer et responsabiliser les différents acteurs du soin,
- Recruter, former et fidéliser des professionnels motivés par les différentes spécialités proposées,
- Développer une collaboration active avec les IFSI/IFAS partenaires, les formations sociales et les autres instituts et universités.

La communication sur toutes les actions mises en œuvre de cette politique est primordiale au sein du GHT comme à l'extérieur de celui-ci.

A. Une politique de recrutement et de fidélisation affirmée

Le recrutement de professionnels motivés et mobilisés par le fait de travailler au sein des établissements partis du GHT est un souci constant des DDS et des DRH. En lien avec les choix stratégiques des établissements, du PMP, du PSP, des contraintes socio-démographiques des professionnels, l'évolution des pratiques soignantes et éducatives, les études projectives de la GPMC et des analyses du bilan social des établissements ; les agents sont sélectionnés pour contribuer à optimiser l'offre de soins et la dynamique de chaque établissement.

Ainsi les Directeurs de soins sont particulièrement attentifs à réaliser des recrutements permettant d'apporter une valeur ajoutée pour la collectivité.

Par ailleurs, l'essentiel reste la fidélisation des professionnels ce qui permet d'optimiser fortement la qualité et la sécurité de l'offre de soins. En conséquence, les différents établissements ne se positionnent pas uniquement comme un employeur mais comme une structure au service du développement des compétences des agents. Le schéma de développement des compétences (SDC), le tutorat et le développement des pratiques soignantes avancées sont des éléments clés de cette dynamique.

La politique utilisée veut s'apparenter à celle des « magnets hospitals » Américains ou Européens. La mutualisation des ressources et des demandes peut s'effectuer à l'aide des technologies numériques. Une plate-forme permettrait aux recruteurs d'afficher leurs besoins et les modalités de recrutement. Cet espace pourrait être partagé avec les professionnels des établissements au sein du GHT. Cette mutualisation concerne également le parcours de stage des étudiants au sein des établissements du GHT.

B. La collaboration avec les instituts de formation et écoles

Il est essentiel de déterminer les besoins de formation initiale au regard de l'évolution des pratiques de soins et de l'application des référentiels de compétences. Ainsi les objectifs pourraient être les suivants :

- Collaborer avec les responsables de stage pour renforcer la qualité et la cohérence des parcours de stage dans le cadre d'une politique de stage.
- Valoriser l'exercice professionnel et articuler le contenu des unités d'enseignement aux besoins des compétences souhaitées au sein des unités de soins.
- Promouvoir les allocations d'études auprès des étudiants en fonction des métiers sensibles et l'accès à l'apprentissage pour les IDE et les kinés.
- Augmenter le nombre de recrutements de jeunes diplômés formés au sein du département.
- Promouvoir les vacances d'apprenants en tant que professionnels
- Soutenir et développer une politique d'accueil et d'encadrement des stagiaires de qualité
- S'inscrire dans une démarche de recherche pour le développement d'une ingénierie pédagogique en faveur de l'alternance intégrative.

Des actions concrètes sont menées pour traiter ces objectifs :

- Rencontres régulières avec les IFSI partenaires
- Participation des professionnels aux recrutements des candidats pour la formation aide-soignante et pour la formation infirmière
- Participation des professionnels aux enseignements didactiques en IFSI/IFAS
- Procédures d'accueil et d'encadrement des stagiaires formalisées
- Construction de parcours de stage diversifiés notamment en gériatrie
- Évaluation de la qualité du stage par les étudiants (intérêt d'une grille unique et commune à l'ensemble des IFSI/IFAS partenaires)
- Promotion des allocations d'étude, de l'apprentissage et des perspectives de professionnalisation
- Participation des professionnels tuteurs aux regroupements
- Travail de recherche pédagogique et déploiement au sein des unités de soins (Ateliers d'acquisition des compétences)

- Participation des étudiants de 3ème année à des groupes d'échanges cliniques (pratiques réflexives)
- Participation des Directeurs des Soins et/ou FFDDS aux groupes de pilotage ARS
- Formation des tuteurs de stage

L'évaluation de l'ensemble des actions est définie par un suivi de différents indicateurs.

Des mesures sont régulièrement effectuées durant l'année. L'ensemble des résultats est régulièrement communiqué :

- Aux instances (CSIRMT, CTE, CME...)
- Lors des réunions de travail
- A l'ensemble des agents par intranet

C. La mise en œuvre du tutorat/compagnonnage pour les professionnels

Un dispositif structuré de tutorat ou de compagnonnage existe au sein des établissements partie du GHT. Qu'il soit obligatoire (en psychiatrie pour les IDE depuis janvier 2006) ou fortement recommandé, il s'agit d'un élément fondateur de l'intégration de nouveaux professionnels qui constitue un facteur favorisant l'épanouissement personnel, la fidélisation, la qualité et la sécurité des soins.

Ce dispositif doit être encadré et conforté par une organisation structurée, partagée et opposable. Cette organisation comprend plusieurs étapes : l'accueil, la qualité de l'encadrement des étudiants, la non polyvalence au sein d'un pôle sur une durée suffisante pour le développement de compétences.

L'évaluation de l'ensemble des actions est définie par une procédure. Au CH Henri EY elle est intitulée «Indicateurs de suivi du processus tutoral : Modalités et outils de mesure ». Des mesures sont régulièrement effectuées durant l'année (cf. Tableau de bord de la procédure sus citée). L'ensemble des résultats est régulièrement communiqué :

- Aux instances (CSIRMT, CTE, CME...)
- Lors des réunions de travail (GAS, réunion cadres, cérémonie de clôture du tutorat)
- Par intranet

D. Développement de l'expertise clinique en lien avec le SDC

Le cœur de la réflexion menée dans le cadre du tutorat/apprentissage/compagnonnage implique de se poser les questions suivantes :

- Quelles compétences professionnelles un soignant non médical doit-il acquérir ou développer pour exercer ?
- Comment permettre aux professionnels expérimentés de développer leurs compétences et leur expertise clinique ?

Il s'appuie sur l'intégration de la dynamique tutorale au plan de formation et propose des actions de formations ciblées aux besoins des agents dans le respect d'une logique de progression pédagogique.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un schéma de développement des compétences (SDC)

proposent des formations qui répondent aux besoins exprimés par les agents et prennent en compte les pré-requis de chaque catégorie professionnelle. Ainsi le SDC a fait l'objet d'une validation aux instances. Le budget attribué par l'établissement pour réaliser les actions de formation du SDC n'est pas imputable aux budgets de pôle.

L'évaluation de l'ensemble des actions est définie par une procédure. Une partie des indicateurs de suivi est traitée par la cellule formation de la DRH.

E. La constitution d'un pool de retraités

Les DDS souhaitent solliciter et recruter des professionnels retraités de l'établissement ou d'établissements proches afin constituer un groupe d'agents ayant des compétences avérées et souhaitant réaliser des remplacements plus ou moins longs.

La fidélisation de ces professionnels permet de sécuriser les remplacements, d'apporter des compétences immédiatement opérationnelles et de conserver un esprit d'équipe et une culture d'établissement. Par ailleurs ces agents sont formés à l'utilisation des DPI et connaissent les procédures utilisées au sein de leur établissement d'origine. Par conséquent, le recours à du personnel intérimaires peut être très réduit pour les unités de soins.

F. Une politique d'évaluation en évolution constante

Elle répond à l'engagement des Directions des Soins qui considèrent qu'une organisation apprenante est essentielle au développement des compétences et à l'évolution des métiers.

Situer l'évaluation dans un processus de développement a permis d'engager les actions sur trois niveaux distincts mais complémentaires

- Niveau 1 : Quelles compétences sont attendues chez l'étudiant ou l'élève au terme de son cursus d'apprentissage ?
- Niveau 2 : Au terme du tutorat/compagnonnage, quelles compétences spécifiques doivent-elles être acquises ou développées pour les différentes spécialités médicales ?
- Niveau 3 : Quelles compétences sont attendues chez les professionnels expérimentés ?

Pour s'inscrire dans une démarche évaluative éthique et de qualité, les outils d'évaluation sont élaborés à partir des référentiels de compétences, des fiches métiers et des fiches de postes. Ils comprennent des temps d'évaluations formatif et normatif formels, décrivent des niveaux gradués de la maîtrise d'une compétence

- incluent la reconnaissance du travail réalisé
- sont uniformisés pour tous les professionnels attachés aux Directions Des Soins

- L'entretien d'évaluation est valorisé comme un moment privilégié pour l'expression des besoins de formation. **A cette occasion la fiche d'évaluation est complétée préalablement par l'agent et le cadre qui utilise les fiches métiers, les fiches de fonction et les fiches de poste pour objectiver l'évaluation.**
- Intègrent un lien avec une cartographie des compétences qui permet d'identifier la répartition des métiers dont les métiers sensibles et d'évaluer régulièrement les besoins.

Projet de Soins Partagé

AXE 2

Construction d'un parcours apprenant :

Jeune Diplômée IDE recrutée en EHPAD



Travail réalisé par B. Marie, M. Fleury, MJLaly – Avril 2017 - V1

Cadre conceptuel du travail réalisé

Thématique : Professionnalisation au sein du GHT

Objectifs : Identifier et créer un parcours apprenant pour un professionnel donné à partir d'un parcours de soin ou d'une filière de soin

Finalité :

- Optimiser la prise en soin des patients/résidents
- Fidéliser les professionnels au sein du GHT en favorisant leur implication dans un parcours apprenant
- **Définition** : Parcours apprenant : cursus qui permet au professionnel de

1ère étape : fidélisation à la structure et à la discipline

Mise à disposition et mise en sens auprès du jeune professionnel des supports suivants :

- Projet de service, rapport d'activité, projet d'établissement, projet territorial de santé, PMP, PSP, projet pédagogique partagé
- Livrets d'accueil (nouvel arrivant, usager, étudiants)
- Protocoles et procédures institutionnels
- Cartographie des partenaires de la structure et de l'établissement



2ème étape : Accompagnement au développement des compétences en lien avec la discipline et le territoire

(1)

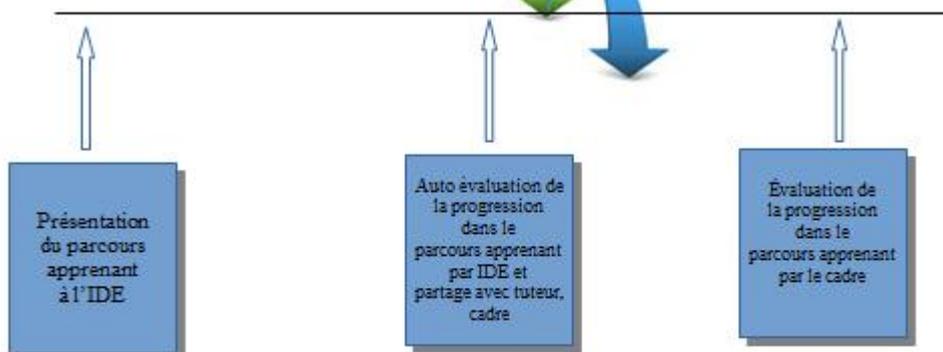
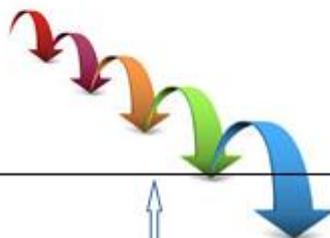
- Information à propos de la Fiche de poste, des compétences attendues et des modalités d'évaluation professionnelle
- Mise en œuvre d'un accompagnement tutorial (par tuteur, par les pairs...)
- Mise à disposition d'un parcours de formation professionnelle adapté au poste (projet de vie en EHPAD, bientraitance, gestes et postures, prise en charge de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, gestion de la violence et agressivité...)
- Présentation des groupes projets existants sur la structure et l'établissement
- Mise à disposition d'une base de données scientifiques et professionnelles (articles référencés, bibliographies, sites...)



2ème étape : Accompagnement au développement des compétences en lien avec la discipline et le territoire (2)



3ème étape : Associer le parcours apprenant à des temps d'évaluation



Fiche Projet : Axe 3

Garantir l'éthique, la cohérence et l'efficacité pour les prises en soins

Pilote

A. LEGRAS BAUDIN, Cadre supérieur de santé, Centre hospitalier de Châteaudun

Co-pilote

N. BERNAND, Cadre de santé, Centre Hospitalier de La Loupe

Fiche Projet : Axe 3 Garantir l'éthique, la cohérence et l'efficacité pour les prises en soins

1. Etat de l'offre existante sur le GHT d'Eure et Loir

	Centre Hospitalier de Chartres	Centre Hospitalier de Dreux	Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou	Centre Hospitalier de Châteaudun	Centre Hospitalier Henri Ey	Centre Hospitalier de La Loupe
Comité d'Ethique Commun (CEC)			CEC	CEC		CEC Comité bienveillance
Comité d'Ethique d'Etablissement (CEE)	CEE	CEE			CEE	

2. Principaux enjeux de la thématique

Promouvoir la question éthique:

Cet enjeu rejoint la visée éthique de Paul RICOEUR, qu'il énonce ainsi :

« **La visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes.** » (Soi-même comme un autre – P. RICOEUR – 1990)

Notion d'éthique

Dans le cadre du projet de soins, la question éthique s'inscrit de manière transversale à toutes les questions, à toutes les disciplines, à tous les champs de compétences.

L'éthique convoque la **question du respect**, qui fonde, définit, contient, et transcende toutes les autres questions, réflexions, et problématiques. Cette « méta-notion », universelle, relève en soi d'une réflexion dédiée.

La réflexion éthique va être déclinée sur deux axes, complémentaires et convergents dans leur finalité :

- Les patients et les usagers
- L'ensemble des professionnels

Elle contient les valeurs professionnelles, les valeurs du service public, et questionne la responsabilité et l'engagement des acteurs.

Ces valeurs sont construites à partir des concepts suivants :

- L'Homme
- La Santé

Le contexte de rationalisation des moyens suscite des réflexions. Il s'agit donc bien pour la réflexion éthique d'ouvrir une contribution à la construction et l'émergence d'une institution de soins cohérente et efficiente, au bénéfice de tous.

L'éthique recherche la parole du patient, ouvre la question des choix, quelle qu'en soit la nature. Dans une recherche de cohérence et d'efficacité, elle construit de nouveaux espaces dont la pluridisciplinarité. L'avis éthique se détermine dans un cadre défini, de temps et de lieu.

L'avis éthique s'inscrit dans un consensus et ouvre des solutions.

Dans sa communication, la réflexion éthique doit s'articuler avec les autres instances et comités de réflexion et d'amélioration de la qualité des soins, et être lisible.

3. Déclinaison des orientations stratégiques pour cet axe du PSP en lien avec le PMP

- Consolider ce qui existe déjà : instances, groupes de réflexion, et les coordonner, et transmettre les productions formalisées de ces groupes.
- Faire évoluer les pratiques en intégrant le repère éthique.
- Développer et promouvoir la formation éthique pour l'intégrer dans les pratiques.
- Comprendre la démarche éthique comme étant partie prenante d'une démarche plus globale de recherche d'amélioration de la qualité (managériale et du soin).

3. 1. Objectifs

Objectifs recherchés/résultats attendus/mesures d'impacts

- 1) La réflexion éthique doit proposer un maillage de ressources pluridisciplinaires au sein du GHT
- 2) Développer, intégrer, faire vivre une culture éthique partagée par tous, participant d'une politique de management au service de la parole et des droits du patient/résident.

3.2. Problématiques rencontrées

Absence de coordination des instances, groupes de réflexion :

- Nécessité d'intégrer les professionnels aux réflexions
- Nécessité de décloisonner

- Nécessité de formaliser et de communiquer les travaux produits

Les décloisonnements s'exercent à plusieurs niveaux : l'institution / le GHT / le bassin de vie

Ils intègrent et recouvrent :

- La place première des usagers dans la réflexion éthique
- La pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité
- Le temps de la délibération, qui s'affranchit des contraintes de temps de l'institution
- Les cadres réglementaires et législatifs
- Les personnes ressources et/ou expertes, etc...

3.3. Actions envisagées

Leviers

Consolidation et coordination de l'existant.

Diffusion des travaux produits, présentés par les professionnels eux-mêmes.

L'utilisateur (patient/proche) est le centre de la réflexion, et son implication sera recherchée pour toute décision le concernant.

La réflexion éthique doit participer de toute prise de décision, ce qui conditionne la cohérence et l'efficacité de la prise en soins.

Action n°1 : Développer les formations inter-établissements et pluri-professionnelles pour sensibiliser les professionnels à la question éthique

Action n°2 : Mettre en place des référents éthique identifiés, pluri-professionnels, connus par tous dans l'établissement, et les mobiliser en cas de difficulté (annonce, décision, etc...)

Action n°3 : Mettre en place des outils communs du GHT (cf. page 61) :

- Aide à la décision éthique
- Annonce
- Support de traçabilité (dans le DMP)

Action n°4 : Mettre en place une structure éthique ressource au sein du GHT, un espace de diffusion de la formation et de l'information, une charte managériale du GHT qui sera un outil repère et une adhésion du GHT à l'ERERC.

3.4. Liens avec les filières de soins à établir

L'éthique recouvre la **pluri- et la transdisciplinarité**, et s'inscrit au-delà des filières, des particularités et des champs de compétences.

3.5. Points à arbitrer : aucun

3.6. Calendrier de déploiement

Fiche projet

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
1/ La réflexion éthique doit proposer un maillage de ressources pluridisciplinaires au sein du GHT	<p>Développer les formations inter-établissements et pluri-professionnelles pour sensibiliser les professionnels à la question éthique</p> <p>Mettre en place des référents éthique identifiés, pluri-professionnels, connus par tous dans l'établissement, et les mobiliser en cas de difficulté (annonce, décision, etc...)</p> <p>Mise en place d'outils communs du GHT (cf. page 61) :</p> <ul style="list-style-type: none">- aide à la décision éthique (- annonce- support de traçabilité (dans le DMP)	<p>Echéance à 5 ans</p> <p>Suivi annuel</p>	<p>Le pilotage est assuré par le groupe :</p> <p>Chaque établissement sauf NLR est représenté au sein de ce groupe de travail.</p> <p>Voir pour associer un référent à NLR</p>	<p>1/Existence d'un Comité Ethique (CE) du GHT</p> <p>2/Pratiques harmonisées :</p> <p>Support commun d'aide à la décision</p> <p>Guide de construction du Raisonnement</p> <p>Mobilisation du Comité Ethique ou des référents éthique, en fonction du besoin et de la question</p> <p>Présence d'un référent éthique dans les CREX et RMM</p>
2/ Développer, intégrer, faire vivre une culture éthique partagée par tous, participant d'une politique de management, au service de la parole et des droits du patient/résident	<p>Mettre en place une structure éthique ressource au sein du GHT, un espace de diffusion de la formation et de l'information, une charte managériale du GHT qui sera un outil repère et une adhésion du GHT à l'ERERC</p>	<p>Echéance à 5 ans</p> <p>Suivi annuel (rapport d'activité)</p>		<p>Indicateurs de vitalité /vie d'un service, d'un pôle:</p> <p>Réunions</p> <p>Groupes de travail/Participation</p> <p>Indicateurs institutionnels :</p> <p>Audits (qualité de vie au travail)</p> <p>EX : Suivi absentéisme (analyse systémique)</p> <p>⇒ Requérir un avis éthique</p>

Action réalisée

GUIDE D'AIDE A LA CONSTRUCTION D'UN AVIS ETHIQUE

(à proposer comme outil de guidance commun

au sein du GHT)

Cette méthodologie contribue au « **travailler ensemble** ».

Elle laisse la place au **libre arbitre** de chacun des contributeurs, patients, proches, soignants dans la **réflexion** sur la conduite à tenir et la décision à prendre.

Dans cette ouverture, elle laisse la place à l'expression des besoins de la population (enjeux sociétaux), et les prend en compte.

Elle questionne les modèles de représentations, et les confronte :

- Nouveau modèle de réflexion => instabilité
- Ouverture vers l'extérieur => moyens/besoins
- Incertitude => jusqu'où aller ?
- Contradiction
- Paradoxe

La construction de cet avis repose sur une méthodologie, qui constitue un guide d'aide à la décision

- Contexte : repérage des faits
- Identification de la/les question(s)
- Délibération :
 - o Temps
 - o Parole du patient
 - o Proches
 - o Soignants
- Scenarii de résolution, sans contrainte ni censure => ouvre au travail de consensus
- Conséquences envisagées/attendues de la décision/hypothèse de décision :
 - o Patient
 - o Entourage
 - o Société
- Pour alimenter la construction d'une décision au regard du dilemme éthique :
 - o En situation :
 - Ouvrir la réflexion : déployer les angles d'approches
 - o A posteriori de la situation :
 - Relecture de la situation dans une approche pluridisciplinaire (position méta), à distance de l'événement,
- Construction d'un modèle de réflexion aboutissant à la proposition d'une recommandation transposable

Limites des responsabilités :

- Cadre réglementaire et juridique
 - Médicales
 - EMSP
 - Etc...
- Qui s'engage dans la mise en œuvre ?
 - Comment s'engage-t-on dans la mise en œuvre ?

Fiche Projet : Axe 4

Développer et promouvoir la qualité de vie au travail

Pilote

C. ROUSSEAU, Cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier de Chartres

Co-pilote

S. LANGLOIS, Cadre de santé, Centre Hospitalier de Dreux

Fiche Projet : Axe 4

Développer et promouvoir la qualité de vie au travail

1. Etat de l'offre existante sur le GHT d'Eure et Loir

Centre Hospitalier de Chartres	Centre Hospitalier de Dreux	Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou	Centre Hospitalier de Châteaudun	Centre Hospitalier Henry EY	Centre Hospitalier de La Loupe
<ul style="list-style-type: none"> - Groupes de travail en cours (2 réunions) : - document unique (2015) + RPS - Audit Technologia - Accompagnement ANFH des cadres (qualité vie au travail et RPS) - Groupe de travail : « prévention de la violence » - Temps médecin du travail - Accès assistant social - Œuvres sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail « bien-être au travail » en psychiatrie adultes - Audit à la demande du CHSCT (rythmes de travail) - Document unique - Médecin du travail + IDE du travail - Accès assistant social - Temps psychologue du travail 0.5 ETP - Œuvres sociales : agent DRH (dossier aide CGOS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Axe de travail pour la certification commune - Sistel 	<ul style="list-style-type: none"> - Axe de travail pour la certification commune - Sistel 	<ul style="list-style-type: none"> - Démarche avancée à l'étape de la mise en place des étapes du plan d'action - Enquête flash sur la qualité de vie au travail - Document unique - Sistel - 0.5 ETP psychologue du travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail avec un coach mais pas de suite - Axe de travail pour la certification commune - Enquêtes sociales annuelles (RH) - Sistel - Accès possible ergonome du travail

2. Principaux enjeux de la thématique

Définition de la qualité de vie au travail par *L'Accord National Interprofessionnel sur l'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail, juin 2013* :

Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail, et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci, déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte.

Le risque psychosocial :

On réduit souvent les risques psychosociaux (RPS) à la seule notion de « stress », qui n'est en fait qu'une des manifestations de ce risque. Les RPS sont définis comme **les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels** susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Le terme de RPS désigne donc un ensemble de phénomènes affectant principalement la santé mentale mais aussi physique des travailleurs. Ils peuvent se manifester sous diverses formes : stress au travail mais aussi sentiment de mal-être ou de souffrance au travail, incivilités, agressions physiques ou verbales, violences, répercussion sur la vie privée, etc.

Les enjeux :

Sur le plan psychologique et physique, ces troubles peuvent favoriser des pathologies comme les dépressions, des troubles du sommeil, des ulcères, des maladies psychosomatiques, des réactions comportementales (consommation courante de produits addictifs), des troubles musculo-squelettiques (TMS), des maladies cardiovasculaires, ou entraîner des accidents du travail voire des suicides. Sur le plan social, ces troubles peuvent avoir des conséquences économiques et professionnelles et, notamment, se traduire par du désengagement au travail, un absentéisme accru ou des conflits entre les personnes. L'ensemble de ces troubles agissant sur la qualité de prise en charge des patients.

Les facteurs favorisant : les organisations de travail et le type de management sont des éléments influant sur la qualité de vie au travail.

3. Déclinaison des orientations stratégiques pour cet axe du PSP en lien avec le PMP

3. 1. Objectifs

- ✓ **Prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs**

- ✓ **Veiller à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes**

Code du travail art. 4121-1 et suivant

- ✓ **Protéger et accompagner les collaborateurs face aux risques professionnels qu'ils rencontrent ou sont susceptibles de rencontrer dans l'exercice de leurs fonctions**
- ✓ **Faciliter l'accès à l'information concernant les différents travaux autour des RPS et de la qualité de vie au travail et la diffuser**

3.2. Problématiques rencontrées

- ✓ Absentéisme, inaptitude partielle ou totale
- ✓ Charge de travail supportée par l'équipe en cas de non-remplacement/formation des remplaçants, baisse de rendements, du niveau de qualité
- ✓ Dégradation du climat et des conditions de travail, fonctionnement collectif moins performant
- ✓ Augmentation du turn-over, démotivation croissante...
- ✓ Manque de reconnaissance (quel type de récompense, limite...)
- ✓ Crainte liée au changement émanant de la création du GHT
- ✓ Faiblesse de l'accompagnement et du tutorat des agents (nouveaux arrivants, faisant fonction...)
- ✓ Insuffisance de sens dans les prises en charge
- ✓ Difficulté d'accès à la formation, aux études promotionnelles
- ✓ Manque de collaboration médecins/paramédicaux, de concertation pluridisciplinaire,
- ✓ conflits de valeur (efficacité, hôpital = entreprise, notion de « service public »)
- ✓ patient = client (plaintes, qualité des prestations, attente forte des usagers)
- ✓ Report de responsabilité qui entraîne des dysfonctionnements et/ou glissement de tâche

3.3. Actions envisagées

Action n°1 : Préparation de la démarche de prévention :

- ✓ Organiser le projet : acteurs, planification des étapes...
- ✓ Former les acteurs du projet
- ✓ Etablir un plan de communication

Action n°2 : Réaliser un pré diagnostic :

- ✓ Etude des documents existants en lien avec les indicateurs de lutte contre les risques psychosociaux DRH
- ✓ Mise en place d'indicateurs (GOLLAC 2009-2011) :
 - Exigences de travail (quantité, pression temporelle, complexité, conciliation travail-hors travail)

- Exigences émotionnelles (relation au public, empathie, contact de la souffrance, devoir cacher ses émotions, peur au travail)
- Autonomie, marge de manœuvre (autonomie procédurale, prévisibilité du travail, utilisation et accroissement des compétences, participation)
- Rapports sociaux et des relations de travail (coopération, soutien, conflits, harcèlement, reconnaissance, leadership)
- Conflits de valeurs (conflits éthiques, qualité empêchée)
- Insécurité de la situation de travail (insécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière, soutenabilité)

Action n°3 : Diagnostic approfondi :

- ✓ Enquêtes, questionnaires
- ✓ Entretiens collectifs ou individuels
- ✓ Observation terrain

Action n°4 : Plan d'action :

- ✓ Elaboration du plan d'action avec calendrier
- ✓ Suivi des indicateurs

3.4. Liens avec les filières de soins à établir

La qualité de vie au travail impacte l'ensemble des prises en charge des patients et repose sur l'obligation réglementaire des établissements à garantir la santé et la sécurité au travail.

L'organisation du travail permet de réduire et de prévenir les risques.

3.5. Points à arbitrer

- ✓ Interface / dialogue avec DRH : identification des acteurs
- ✓ Validation de la démarche dans chaque établissement et des moyens alloués.
- ✓ Veiller à respecter l'identité de chaque établissement
- ✓ Formations inter établissements des cadres : RPS, temps travail...

3.6. Calendrier de déploiement

Fiche projet : proposition d'une méthodologie commune

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
<p>Adopter une démarche de qualité de vie au travail concertée au sein du GHT</p>	<p>Constituer un groupe projet et préparer une démarche de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser le projet : acteurs, planification des étapes... ✓ Former les acteurs du projet ✓ Etablir un plan de communication 	<p>2017/2018</p>	<p>✓ DRH + DDS</p> <p>Représentants des différents établissements, CHSCT, différentes catégories de professionnels, psychologue du travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux d'absentéisme pour raisons de santé ✓ Mutualisation (cadre, définition...) ✓ Taux de rotation des agents : turn-over, dans quel cadre, institutionnalisé ou pas (/5 ans) ✓ Qualité du service rendu (nombre de plaintes usagers...) ✓ Nombre de sollicitations auprès de la médecine préventive ✓ Qualité des rapports sociaux et des relations de travail (grèves, violence au travail...) ✓ Nombre d'accident de travail
<p>Identifier les priorités</p>	<p>Réaliser un pré-diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Etude des documents existants en lien avec les indicateurs de lutte contre les risques psycho-sociaux DRH ✓ Mise en place d'indicateurs 	<p>2017/2018</p>	<p>Groupe projet identifié dans chaque établissement par les pilotes</p>	

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
	Réaliser un diagnostic approfondi : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enquêtes, questionnaires ✓ Entretiens collectifs ou individuels ✓ Observation terrain 			
Structurer un plan d'actions	Etablir un plan d'actions : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboration du plan d'action avec calendrier ✓ Suivi des indicateurs 	2018/2019	Groupe projet identifié dans chaque établissement par les pilotes	

Fiche Projet : Axe 5

Développer la culture de la gestion du risque à priori pour conforter la sécurité de l'offre de soins et des pratiques professionnels

Pilote

V. DEHMOUCHE, Cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier de Chartres

Co-pilotes

S. GERVAIS, Cadre de pôle, Centre Hospitalier de Dreux

S. HAYO, Cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier Henri Ey

Fiche Projet : Axe 5

Développer la culture de la gestion du risque à priori pour conforter la sécurité de l'offre de soins et des pratiques professionnels

1. Etat de l'offre existante sur le GHT d'Eure et Loir

	Personnes en responsabilité	Organes pour la mise en œuvre	Personnes ressources
Centre hospitalier de Chartres	<p>1 Directeur qualité</p> <p>1 Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins</p> <p>1 ingénieur qualité/ gestion des risques</p> <p>0,2 ETP cadre supérieur de santé – référent DSS, qualité et gestion des risques</p> <p>Des vigilants sur les vigilances réglementaires (Hémovigilant / Pharmacovigilant / Matérovigilant / Réactovigilant / Infectiovigilant)</p>	<p>Comité stratégique qualité : bureau qualité + DG+ PCME + médecins.</p> <p>Réunion mensuelle</p> <p>Bureau qualité composé des personnes à responsabilité (sauf vigilants réglementaires) + coordonnateur général des soins + ingénieur biomédical et RSMQ, réunion hebdomadaire</p> <p>Comité des vigilances sanitaires et des risques (COVIRIS), réunion mensuelle</p> <p>EOSM : réunion mensuelle Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)</p> <p>Commission des évaluations des pratiques professionnelles (EPP)</p>	<p>Référents qualité gestion des risques dans chaque unité de soins (soignants ou cadres) - réunion semestrielle</p> <p>Référents hygiène</p> <p>Cadres des unités de soins et d'hébergement, des unités administratives, logistiques et techniques</p>
Centre hospitalier de Dreux	<p>1 Directeur missionné sur la Qualité/Gestion des Risques</p> <p>1 Responsable Médical missionné sur la Qualité/Gestion des risques</p> <p>1 pharmacien, RSMQ (Responsable Sécurité Management Qualité)</p> <p>1 Médecin coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins</p> <p>1 Cadre de santé missionné sur la gestion des Risques liés aux soins/transport sanitaire/ hygiène</p> <p>1 Attachée administrative gestionnaire des Risques Professionnels chargée des risques</p>	<p>Le Comité Stratégique Qualité/Gestion des risques se réunit une fois par trimestre.</p> <p>Le Comité de Coordination Qualité/Gestion des risques a pour rôle de valider les plans d'action des Comptes qualité à inclure dans le PAQSS, suivre la mise en œuvre, l'état d'avancement et l'évaluation du PAQSS institutionnel, transmettre au Comité Stratégique qualité/gestion des risques le bilan périodique du PAQSS</p> <p>L'Unité Gestionnaire Qualité/Gestion des Risques</p>	<p>L'Unité Gestionnaire Qualité Gestion des risques centralise les FEI qu'elle transmet aux différents gestionnaires de risques concernés, eux-mêmes responsables de l'analyse et des plans d'actions avec les professionnels concernés</p> <p>Des référents dans les unités de soins (IDE, AS) sont identifiés pour différents risques (hygiène, gestion des risques liés aux soins, douleur/soins palliatifs, identitovigilance) ; ils accompagnent l'ensemble des actions et sont formés dans le cadre du DPC</p> <p>Depuis fin 2015, des Cadres de proximité Référents sont identifiés par Pôle, depuis fin 2015 (Cf. fiche de poste) ; ils participent à la cotation des FEI dont celles relatives aux erreurs médicamenteuses, deux fois par mois, et aux audits de dossiers sur la prise en charge médicamenteuse en interpoles</p> <p>Des référents médicaux EPP par pôle et une équipe mobile EPP constituée de Cadres de proximité et de Cadres de pôle, assurent un accompagnement méthodologique pour les EPP choisis par les</p>

	Personnes en responsabilité	Organes pour la mise en œuvre	Personnes ressources
	<p>professionnels non liés aux soins et de la mise à jour du document unique</p> <p>1 Juriste missionnée sur la gestion des risques juridiques et la CRUQPC</p> <p>2 Techniciens supérieurs Hospitaliers, Assistantes Qualité/Gestion des Risques de l'Unité Gestionnaire Qualité/Gestion des Risques</p> <p>Des Vigilants réglementaires, missionnés sur chaque vigilance</p>		<p>professionnels des unités de soins</p> <p>Cette Equipe Mobile se réunit mensuellement pour faire le point sur l'état d'avancement des EPP et en rend compte à la Commission EPP/DPC ; le Médecin Responsable Qualité/Gestion des Risques est Président de la Commission EPP/DPC, et participe aux réunions de l'Equipe Mobile, ainsi que le RSMQ</p> <p>Déploiement des CREX circuit du médicament, avec la participation des professionnels de terrain (10 en 2015, 4 au cours du premier semestre 2016)</p> <p>Accompagnement, par les IDE dédiés au dossier de soins informatisé, des professionnels à l'utilisation de l'outil informatisé prescriptions/administrations</p>
Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou	<p>1 Directeur d'établissement</p> <p>1 Responsable Cellule Qualité et Gestion des Risques</p> <p>Le Chef du Pôle Ambulatoire</p>	<p>COCORI : Comité de coordination de la maîtrise des risques, regroupant : CLIN / CLUD / COMEDIMS / COVIRIS / CSTH : 3 réunions plénières annuelles. Pour les commissions, selon les plannings des participants</p> <p>Bureau Qualité : 2 réunions/mensuelles</p> <p>Commission RMM : 4 à 5 /an</p>	<p>Direction, Référénts Qualité-gestion des risques, Président CME, Direction des soins, EOH, CDS, Vigilants et référents (hémovigilant / Pharmacovigilant / Matérovigilant / Réactovigilant / Infectiovigilant)</p> <p>La Responsable Cellule Qualité-Gestion des Risques, l'assistante qualité, DSI, CDS, Vigilants Chef du Pôle Ambulatoire, cellule Qualité, CDS</p>
Centre Hospitalier de Châteaudun	<p>1 ETP Responsable de la Direction de la qualité/Gestionnaire des risques</p> <p>1 ETP Ingénieur Qualité</p> <p>0,25 ETP IDE chargée de missions</p> <p>1 Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins</p> <p>1 Responsable du Système de Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ)</p>	<p>Comité stratégique qualité commun, composition : Directeur, Responsable qualité risque, Direction des soins, PCME, RSMQ, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, réunion mensuelle</p> <p>Bureau qualité, composition : Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, RSMQ, Responsable de la Direction de la qualité et Gestionnaire de risque, ingénieur Qualité, Direction des soins, cadre de santé, infirmière hygiéniste, infirmière chargée de mission, Assistant médico-administratif, réunion hebdomadaire</p> <p>Cellule de Gestion des Risques, composition : Direction de la qualité, direction des soins, technicien biomédical, Attaché d'Administration Hospitalière (DRHAM), infirmière hygiéniste, infirmière chargée de mission auprès des</p>	

	Personnes en responsabilité	Organes pour la mise en œuvre	Personnes ressources
	Des vigilants sur les vigilances réglementaires (hémovigilant/ Pharmacovigilant / Matériovigilant / Réactovigilant / Infectiovigilant/ Identitovigilant / logiciovigilant / radioprotection)	<p>directions des Soins, Qualité et Ressources Humaines et Affaires Médicales, mission : traitement et suivi des fiches d'évènements indésirables, réunion hebdomadaire</p> <p>Comité des vigilances sanitaires et des risques (COVIRIS)</p> <p>EOSM (Equipe opérationnelle Sécurisation du circuit du Médicament) : réunion mensuelle</p> <p>CMAR : comite de médicament à risque</p> <p>COMEDIMS</p> <p>Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH): 1 ETP Infirmière hygiéniste</p> <p>Commission des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) commune</p>	
Centre Hospitalier de Bonneval	<p>1 Directeur qualité</p> <p>1 Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins</p> <p>1 Responsable qualité gestion des risques</p> <p>1 Coordonnateur des vigilances sanitaires + des vigilants (hémovigilant/ Pharmacovigilant / Matériovigilant / Réactovigilant / Infectiovigilant)</p>	<p>Comité des Vigilances Sanitaires et de la Gestion des Risques</p> <p>Cellule opérationnelle qualité (COQ)</p> <p>Comité des vigilances sanitaires et des risques (COVIRIS)</p> <p>Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)</p> <p>Commission des évaluations des pratiques professionnelles (EPP)</p> <p>Comité de suivi des événements indésirables</p>	<p>Référents qualité gestion des risques</p> <p>Référents hygiène</p> <p>Référents de la Direction des soins</p> <p>Cadres des unités de soins et d'hébergement, des unités administratives, logistiques et techniques</p>
Centre hospitalier de La Loupe	<p>1 RAQ-QGDR</p> <p>1 GDR associé aux soins</p> <p>Des vigilants (infectio, hemo,pharmaco,matéριο,identito</p>	<p>1 comité stratégique qualité commun (réunion mensuelle)</p> <p>1 COCORI</p> <p>1 Cellule identitovigilance</p> <p>1 cellule événements indésirables</p> <p>1 cellule REX</p> <p>1 commission EPP commune</p> <p>1 bureau qualité</p>	<p>1 Qualificienne (responsable de la GED informatisée.....)</p> <p>Référents qualité (les cadres)</p> <p>EOH et Correspondants hygiène</p>

Synthèse globale de l'état des lieux :

- Des ressources humaines très disparates d'un établissement à l'autre et le relais sur le terrain est plus développé.
- Une organisation, des responsables identifiés, des organes opérationnels et des personnes ressources pour tous.
- Des ressources médicales voire une implication médicale à développer.
- Une centralisation pour certains de la gestion des déclarations d'évènements indésirables, décentralisation pour d'autres vers des vigilants identifiés.
- Les méthodes utilisées de gestion des risques sont partagées : compte qualité, cartographies des risques, EPP, RMM et REX.
- Une gestion documentaire sur outil informatique pour tous.
- Les vigilances règlementaires sont retrouvées dans chaque établissement.
- Des Outils différents de déclaration des EIG sur papier ou informatique.
- Un manque de formation des professionnels des unités de soins pour s'approprier les démarches de gestion de risques
- L'appropriation de la culture et de la démarche qualité et gestion des risques par les professionnels des unités de soins est plus ou moins acquise (tout le monde est en marche mais tout le monde doit continuer de la développer). L'organisation interne, les missions respectives ainsi que les objectifs de la démarche ne sont pas toujours repérés par les professionnels : Quête de sens.
- Un nombre limité d'agents participent à des actions institutionnelles sur la démarche qualité et gestion des risques, en lien également avec le temps à y consacrer.
- Un développement des connaissances et des compétences des PNM, associé à des créations de documents qualité au regard des évolutions et techniques médicales ainsi qu'une adaptation des organisations de travail souvent présentes.

2. Principaux enjeux de la thématique

Familiariser l'ensemble des acteurs de soins à la gestion des risques à priori, à tout niveau de responsabilité, afin d'optimiser et de sécuriser la prise en charge des patients.

Parvenir à impliquer les professionnels de santé afin que la gestion des risques à priori prenne sens, les guide dans leur pratique et soit compatible avec le temps et les organisations de travail donc nécessité de prioriser les attendus.

3. Déclinaison des orientations stratégiques pour cet axe du PSP en lien avec le PMP

Adapter et développer la gestion des risques des pratiques paramédicales au regard des innovations technologiques, techniques et des découvertes médicales.

3.1 Objectifs

Objectifs recherchés/résultats attendus/Mesures d'impacts

- A. Maintenir la dynamique de déclaration des événements indésirables
- B. Développer la culture de déclaration des événements porteurs de risque ou du presqu'accident.
- C. Développer les connaissances et compétences des PNM au regard de l'évolution des techniques, pratiques, novations médicales.
- D. Développer le management de la qualité et de la gestion des risques auprès de l'ensemble des cadres de proximité.

3.2 Problématiques rencontrées : aucun

3.3. Actions envisagées (Cf. tableau fiche projet)

3.4 Liens avec les filières de soins à établir

3.5 Points à arbitrer : aucun

3.6 Calendrier de déploiement

Fiche projet

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
A. Maintenir la dynamique de déclaration des événements indésirables.	<p>Action 1 : Développer le retour du traitement des événements déclarés aux déclarants.</p> <p>Action 2 : Mettre œuvre des formations sur la gestion des risques (terminologie, concepts, outils).</p> <p>Action 3 : Mettre ces formations en application par un accompagnement sur les lieux d'activité de soins</p>	<p>Fin 2019</p> <p>Fin 2022</p> <p>Fin 2018</p>	Sonia COMUCE et Corinne PELLEGRINO	<p>-Ratio nombre déclarations / nombre réponses apportées par service</p> <p>-Nombre d'actions mises en œuvre/déclarations</p> <p>-Enquête de satisfaction des agents / au retour (2018 et 2022)</p> <p>-Pourcentage de PNM formés par service (objectif 25% d'agents et 90% de cadres)</p> <p>-Nombre d'actions mises en œuvre par le personnel formé</p>
B. Développer la culture de déclaration des événements porteurs de risque ou du presque accident.	<p>Action 1 : Communiquer sur la définition et sur l'intérêt du presque accident.</p> <p>Action 2 : Inciter à la déclaration.</p> <p>Action 3 : Partage d'expériences pour diffuser par des exemples l'apprentissage du risque a priori.</p>	<p>Fin 2018</p> <p>Fin 2018</p> <p>Fin 2020</p>	Angélique BLONDEAU Pascale BESSON	<p>- Nombre de communications et de participants</p> <p>- Nombre de déclarations de ce type</p> <p>- Nombre de présentations</p>
C. Développer les connaissances et compétences des PNM au regard de l'évolution des techniques, pratiques, novations médicales.	<p>Action 1 : Promouvoir une veille réglementaire et documentaire concernant le développement des techniques et pratiques de soins.</p> <p>Action 2 : Anticiper l'accompagnement et la formation des nouvelles pratiques et techniques de soins, en élaborant un guide méthodologique.</p> <p>Action 3 : Mobiliser les processus et ressources transversaux (EOH, Biomédical, pharmacie ...).</p>	1^{ER} semestre 2019	Nathalie BAREL Barbara DUPIN	<p>- Nombre de déclaration d'EI/manque de connaissances du matériel ou de techniques</p> <p>- Taux de conformité des actions menées dans la démarche projet</p>

Fiche Projet : Axe 6

Promouvoir l'optimisation des compétences des professionnels et le développement des pratiques soignantes avancées

Pilote

C. PINEAU, Cadre de pôle, Centre Hospitalier de Dreux

Co-pilote

L. GUERIN, Directrice des Soins, Centre Hospitalier de Dreux

Fiche Projet : Axe 6 : Promouvoir l'optimisation des compétences des professionnels et le développement des pratiques soignantes avancées

1. Etat de l'offre existante sur le GHT d'Eure et Loir

(Cf. page 87 à 100)

2. Principaux enjeux de la thématique

- Elaborer une définition des pratiques avancées, partagée par l'ensemble du groupe qui soit en lien avec nos pratiques et qui serve de base aux réflexions communes. Communiquer cette définition, la partager avec l'ensemble des professionnels.
- Définition proposée par le groupe de travail :
« Les pratiques avancées relèvent d'une expertise, de compétences particulières acquises et maintenues soit par le biais de formation post graduées, soit au travers d'une expérience acquise dans la pratique. Elles sont définies comme des soins associés aux soins de base.
Les personnes susceptibles de mettre en place et de développer ces pratiques avancées doivent être des personnes ressources, capables d'être autonomes et qui ne se substituent pas aux équipes mais contribuent aux partages d'expérience et aux développements de compétences. »
- Envisager l'évolution des métiers voir la création de « nouveaux métiers » pour limiter l'impact du manque de médecin sur l'offre de soins sur le territoire
- Définir les compétences nécessaires dans la mise en place des filières au sein du GHT
- Adapter les pratiques professionnelles et les compétences nécessaires à l'évolution de l'activité des établissements sanitaires et médico sociaux
- Développer la complémentarité entre professionnels médicaux et paramédicaux, partager des valeurs professionnelles communes
- Utiliser de la formation comme outils de management RH pour recruter et fidéliser les professionnels
- Réfléchir aux organisations de soins pour permettre l'optimisation des compétences et la mise en œuvre des pratiques avancées

3. Déclinaison des orientations stratégiques pour cet axe du PSP en lien avec le PMP

3. 1. Objectifs

- **Formaliser une démarche qui permette la communication, le partage d'expérience pour faire vivre les compétences, les développer, les partager (notion de réseau, de coordination)**
 - ↪ Identifier les ressources existantes au sein des établissements et entre établissements
 - ↪ Développer le partage des savoirs pour maintenir une offre de soins de proximité sur l'ensemble du territoire

- **Uniformiser la démarche d'élaboration du plan de formation dans l'ensemble des établissements du GHT et concevoir des dispositifs de formation alternatifs à l'offre de formation actuelle**
 - ↪ Identifier les besoins en formation : questionnaire d'auto évaluation des compétences, documents supports, création d'un passeport formation...
 - ↪ Travailler sur l'élaboration des cahiers des charges de formation pour garantir la qualité et l'efficacité des formations dispensées (répondre aux besoins de formation en fonction des activités, réinvestissement des formations suivies dans les pratiques quotidiennes)
 - ↪ Elaborer un plan de formation dans une dimension départementale

- **Définir des conditions d'exercice professionnel qui permettent la mise en œuvre et le développement des compétences et des pratiques avancées (temps dédié, poste aménagé, ...)**

- **Organiser les prises en charge des patients avec une notion de filière et de graduation de l'offre de soins (notion de centre de référence notamment)**

3.2. Problématiques rencontrées

Pour le travail du groupe :

- Absence de projets d'établissement et du projet médical partagé du GHT
- Définition de la thématique proposée

Au sujet de la thématique :

- Diversité importante de process d'élaboration du plan de formation entre les établissements du GHT
- Difficultés pour maintenir les organisations du fait de la mobilité des acteurs du plan de formation
- Difficultés d'accès à la formation pour les métiers isolés
- Problématique du retour sur investissement pour les formations réalisées et de la fidélisation des agents formés
- Dans les organisations de soins actuelles : difficultés pour mettre en œuvre des soins spécifiques et développer une politique de partage pour les professionnels qui ont acquis une réelle expertise.

3.3. Actions envisagées

Action n°1 : Recenser les compétences spécifiques, les expertises existantes au sein de nos établissements et des autres établissements du GHT (cf. page 87 à 100)

Action n°2 : Redéfinir les process de formation pour adapter, diversifier l'offre de formation et lui donner une dimension territoriale

Action n°3 : Organiser des temps d'analyse de pratique entre établissements pour tendre vers un partage, un enrichissement des pratiques professionnelles

3.4. Liens avec les filières de soins à établir

La définition des compétences à développer et l'évolution des pratiques professionnelles seront à définir en fonction de l'orientation des projets médicaux

3.5. Points à arbitrer

- La conduite de cette réflexion concernant l'optimisation des compétences et les pratiques avancées ne peut se faire qu'au regard des projets médicaux des établissements et du GHT
- Cette réflexion doit être accompagnée d'une réelle volonté de promouvoir des pratiques avancées pérennes.

3.6. Calendrier de déploiement

Fiche projet

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
Formaliser une démarche qui permette la communication, le partage d'expérience pour faire vivre les compétences, les développer, les partager (notion de réseau, de coordination, éviter les situations où les compétences sont personne dépendantes)	Recenser les compétences spécifiques, les expertises existantes au sein de nos établissements et des autres établissements du GHT (cf. page 87 à 100)	Septembre 2017	C. PINEAU L. GUERIN	Liste par établissements des pratiques avancées
Uniformiser la démarche d'élaboration du plan de formation dans l'ensemble des établissements du GHT et concevoir des dispositifs de formation alternatifs à l'offre de formation actuelle	Redéfinir les process de formation pour adapter, diversifier l'offre de formation et lui donner une dimension territoriale	Dernier trimestre 2019	Groupe de travail DRH/responsable de formation C. PINEAU	Nombre de formations partagées entre les établissements partie du GHT
Définir des conditions d'exercice professionnel qui permettent la mise en œuvre et le développement des compétences et des pratiques avancées (temps dédié, poste aménagé,)	Organiser des temps d'analyse de pratique entre établissements pour tendre vers un partage, un enrichissement des pratiques professionnelles	Partage lors de la Journée des Pratiques Managériales et des Journées Pluri-professionnelles	L. GUERIN C. SOREAU P. DUFOUR	Structuration, organisation et mise en œuvre
Organiser les prises en charge des patients avec une notion de filière et de graduation de l'offre de soins en lien avec le PMP (notion de centre de référence notamment)	S'inscrire dans le cadre des filières identifiées en 1 ^{ère} et 2 ^{ème} vague du PMP	Dernier trimestre 2017	Comité stratégique	Bilan d'activité des professionnels qui exercent dans le champ des pratiques avancées

Action réalisée

Recensement des Personnels Non Médicaux possédant un DU, une formation spécialisée et/ou des pratiques avancées sur le Centre Hospitalier de La Loupe

SERVICE	INTITULE FORMATION	GRADE	ANNEE	COMPETENCES UTILISEES		COMMENTAIRES	
				OUI	NON	PRATIQUE USUELLE	PRATIQUE SPECIFIQUE
DSI	Licence en Sciences de l'Education	CSDS	1998	oui			Livret accueil stagiaires
DSI	DIU Hygiène	CSDS	2000	oui		EOH 0,10 ETP	
DSI	DU Ethique et Géronto	CSDS	2011	oui		Réunions SP/Comité Bientraitance CH la Loupe	Vice-Présidente Comité Ethique Commun Direction Commune
Médecine	DIU SP	IDE FF Cds	2005	oui		LISPs/Etablissement	LISPs CH La Loupe et CH Nogent le Rotrou
Médecine	DU PEC de la douleur	IDE	2002	oui		Etablissement	Vice-Présidente du CLUD
SSR	DU Ethique Soignante et hospitalière	CDS	2013	oui			Comité Ethique Commun Direction Commune
SSR	Master 1 Sciences de l'Education	CDS	2013	oui		Accompagnement des stagiaires	Création du livret d'accueil des stagiaires
SSR/USLD	IDE Clinicienne	IDE		oui		Etablissement	DPI
SSR/USLD	Plaies et cicatrisation	IDE	2016 Niveau 1 et 2017 Niveau 2	oui		Etablissement : uniformisation des pratiques	
EHPAD	Plaies et cicatrisation	IDE	2016 Niveau 1 et 2017 Niveau 2	oui		Etablissement : uniformisation des pratiques	
Médecine	Plaies et cicatrisation	IDE	2016 Niveau 1 et 2017 Niveau 2	oui		Etablissement : uniformisation des pratiques	
EHPAD	Evaluateur Externe Etablissement et service pour personnes âgées	CDS	2014	oui			Evaluation externe

Recensement des Personnels Non Médicaux possédant un DU, une formation spécialisée et/ou des pratiques avancées sur le Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou

INTITULE	TITRE	DU	UTILISE	CONTEXTE
HYGIENE	DU	SSR	0,4 (0,2) ETP	EOH
		URGENCES		
PLAIE & CICATRISATION	ATTESTATION	SSR	PROJET EN COURS	
DOULEUR	DU			CLUD
		URGENCES		
INFIRMIERE CLINICIENNE	DU	MEDECINES		NON TRANSVERSAL
SOINS PALLIATIFS	DU		0,2 ETP	6 LISP / MEDECINES
		MEDECINES		
HYPNOTHERAPIE	FO CERTIFIANTE	URGENCES	En cours de formation	

Recensement des Personnels Non Médicaux possédant un DU, une formation spécialisée et/ou des pratiques avancées sur le Centre Hospitalier de Dreux

ANNEE DE DEBUT	GRADE	SERVICE	INTITULE
2010	IDE	MPR	DU éducation thérapeutique -suite 2010
2010	IDE	PNEUMO	DU éducation thérapeutique -suite 2010
2010	IDE	MED POLYVALENTE	DU éducation thérapeutique -suite 2010
2010	IADE	ANESTHESIE	DU éthique - suite 2010
2010	SAGE-FEMME	BLOC MATER	DU santé solidarité précarité - suite 2010
2010	IDE	SALLE REVEIL	DU prise en charge de la douleur en soins infirmiers - suite 2010-53
2010	SAGE FEMME	MATERNITE	DU échographie obstétricale - suite 2010-106
2011	MONITRICE	Pédo-psy	DU éducation pour la santé
2011	IADE	salle de réveil	DU prise en charge de la douleur
2011	IDE	EMDSP	DU soins palliatifs
2011	IDE	MED POLYVALENTE	DU éducation pour la santé
2012	PSYCHOLOGUE	PEDOPSY	DU autisme
2012	IDE	REA	DU plaies et cicatrisations
2012	SF	BLOC OBST	DU échographie et imagerie médicale en gynécologie obstétrique
2012	IDE	MDA	DIU médecine de l'adolescent
2012	S FEMME	MATERNITE	DIU contraception et orthogénie
2012	S FEMME	MATERNITE	DU échographie
2012	DIETETICIENNE	DIETETIQUE	DU éducation thérapeutique
2012	IDE	ORL	DU plaies et cicatrisation - annulé
2012	IDE	URGENCES	DU accueil et PEC des urgences - annule
2012	CHARGEES DE PROJET	UPE	DU nutraceutique - annulé
2012	ORTHOPHONIS	MPR	DU Neuropsychologie: Approches

ANNEE DE DEBUT	GRADE	SERVICE	INTITULE
	TE		Théorique Et Clinique - Annulé
2012	IDE	PAPE	Certificat clinique de stomathérapie
2012	IDE	CONSULT G	Diplôme hygiène hospitalière
2012	IDE	EADSP 28	DU soins palliatifs
2012	PSYCHOLOGUE	UPE	DU de neuropsychologie
2012	SAGE FEMME	PRE PARTUM	Master santé publique
2012	IDE	CHIR AMBU	Master Parcours de soins
2013	IDE	PERSONNES AGEES	Diplôme Universitaire plaies et cicatrisations
2013	IDE	CONSULT G	Diplôme Universitaire plaies et cicatrisations
2013	IDE	MATERNITE	Certificat de consultante en lactation
2013	PSYCHOLOGUE	SOINS PALLIATIFS	Approche psychanalytique groupale familiale
2013	IDE	ANESTHESIE	DU relaxation
2013	PSYCHLOGUE	UNITE DOULEUR	DU thérapies cognitives et comportementales de la douleur chronique
2013	IDE	REANIMATION	DU - enseignement théorique et pratique des méthodes d'épuration d'extra-rénale et pharmaceutique
2013	IDE	GASTRO	DU éducation thérapeutique
2013	CADRE	HYGIENE	DIU de la qualité en Ets de sante
2014	PSYCHOLOGUE	SOINS PALLIATIFS	DU approche psychanalytique groupale et familiale
2014	IDE	réa	DU réanimation
2014	SF	MATERNITE	DIU acupuncture obstétricale
2015	IDE	UPE	DU éducation thérapeutique
2015	IDE	ONCOLOGIE	DU soins palliatifs
2015	SAGE FEMME	MATERNITE	DU en Echographie
2015	SF	MATERNITE	DU acupuncture obstétricale
2015	IDE	EAUX VIVES	DIU psychopathologie de la personne âgée
2016	IDE	EV	DU infirmière référente EHPAD et SSIAD
2016	IDE	SSR	DU plaies et cicatrisations
2016	IDE	PSYCHIATRIE GENERALE ADULTE	DU éducation thérapeutique

ANNEE DE DEBUT	GRADE	SERVICE	INTITULE
2016	CADRE DE SANTE	HYGIENE	Attestation de simulation en sante
2016	IDE	PSYCHIATRIE GENERALE ADULTE	DU clinique de l'adolescent continuité et discontinuités de l'enfant à l'âge adulte
En cours en 2017	IDE		simulation en santé
En cours en 2017	IDE	MEDECINE POLYVALENTE	Diplôme Universitaires cicatrisations des plaies brulures et nécroses
En cours en 2017	IDE	CONSULTATIONS GENERALES	Diplôme Universitaires cicatrisations des plaies brulures et nécroses
En cours en 2017	IDE	CONSULTATIONS GENERALES	Diplôme Universitaires cicatrisations des plaies brulures et nécroses
En cours en 2017	IDE	ALCOOLOGIE	Diplôme Universitaire d'alcoologie
En cours en 2017	IDE	SOINS PALLIATIFS	Diplôme Universitaire de soins palliatifs
En cours en 2017	IDE	URGENCES	Diplôme Universitaire de santé au travail

Recensement des Personnels Non Médicaux possédant un DU, une formation spécialisée et/ou des pratiques avancées sur le Centre Hospitalier de Chartres

Grade	Service	Intitulé formation	Exercice
AS	CARDIOLOGIE 4	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	CARDIOLOGIE 4	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2011
AS	CARDIOLOGIE 4	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	CARDIOLOGIE 5	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2011
AS	CHIRURGIE A4	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	CHIRURGIE B1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	CHIRURGIE B1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2011
AS	CHIRURGIE B1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	CHIRURGIE B1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	CONSULT NEUROLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	EXPLORATIONS PNEUMO	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	GYNECOLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	HEMODIALYSE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	HEMODIALYSE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	HEMODIALYSE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	HEMODIALYSE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	HEMODIALYSE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	MEDECINE A1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	MEDECINE A1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	MEDECINE A1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	MEDECINE A1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	MEDECINE A1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2011
AS	MEDECINE G2	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2011
AS	NEUROLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	NEUROLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	NEUROLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2011
AS	NEUROLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AP	OBSTETRIQUE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	OBSTETRIQUE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	OBSTETRIQUE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	OBSTETRIQUE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	ONCOLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	ONCOLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	ONCOLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	ONCOLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	ONCOLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2011
AS	ONCOLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009

AS	PASA	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
Grade	Service	Intitulé formation	Exercice
AS	PEDIATRIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	PNEUMOLOGIE 1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2011
AS	PNEUMOLOGIE 1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	PNEUMOLOGIE 2	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	PNEUMOLOGIE 2	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	PNEUMOLOGIE 2	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	POOL NUITS	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	POOL NUITS	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	POOL NUITS	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	PROMOTION PROFESSIONNELLE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	REANIMATION	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	REANIMATION	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2011
AS	REANIMATION	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	REANIMATION	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	REANIMATION	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	REANIMATION	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	REANIMATION	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2013
AS	REANIMATION	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	REEDUCATION	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	RHUMATOLOGIE	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
AS	URGENCES	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2009
AS	URGENCES	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2014
AS	URGENCES	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT	2012
IDE	MEDECINE G1	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT (a obtenu depuis le D.E. IDE)	2009
IDE	SSR 2	ASPECTS CLINIQUES DE LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT (a obtenu depuis le D.E. IDE)	2011
AS	PEDIATRIE	BREVET PROF. JEUNESSE, EDUCATION POPULAIRE ET SPORT	2011
AS	RVE 1	BREVET PROF. JEUNESSE, EDUCATION POPULAIRE ET SPORT	2015
IDE	3 C	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
IDE	3 C	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2007
CS	CARDIOLOGIE 3	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2007
IDE	CARDIOLOGIE 4	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
IDE	CARDIOLOGIE 5	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2004
IDE	CEGGID	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2008
IDE	CHIRURGIE B1	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2007
IDE	CHIRURGIE B1	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2004
IDE	CHIRURGIE B1	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2013
CSS	DIRECTION DES SOINS	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2003
CSS	DIRECTION DES SOINS	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2004
IDE	DOULEUR	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2003
IDE	EXPLORATIONS PNEUMO	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
IDE	EXPLORATIONS PNEUMO	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2003
IDE	FILIERE GERIATRIQUE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2007
IDE	GYNECOLOGIE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2013
IDE	HEMODIALYSE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2007

IDE	HEMODIALYSE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2004
Grade	Service	Intitulé formation	Exercice
CS	IFSI	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2003
CS	IFSI	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2013
IDE	MEDECINE A1	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2004
IDE	MEDECINE A1	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2007
IDE	MEDECINE A1	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
IDE	NEUROLOGIE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2004
CS	NEUROLOGIE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2004
IDE	ONCOLOGIE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2013
IDE	ONCOLOGIE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2007
IDE	ONCOLOGIE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2013
CS	ONCOLOGIE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2007
IDE	PNEUMOLOGIE 2	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2003
IDE	PNEUMOLOGIE 2	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2003
IDE	PROMOTION PROFESSIONNELLE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
IDE	REANIMATION	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2013
IDE	REANIMATION	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2004
IDE	RHUMATOLOGIE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
IDE	RHUMATOLOGIE	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
IDE	RVE 1	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
IDE	RVE 1	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2004
IDE	SPIJ	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2013
IDE	SPIJ	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2007
IDE	SPIJ	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2013
IDE	SPIJ	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
IDE	URGENCES	CERTIFICAT D'APPROFONDISSEMENT DEMARCHE CLINIQUE IDE	2010
ASH	ACCUEIL	D.E. DE CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE FAMILIALE	2009
AS	PEDIATRIE	D.E. DE CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE FAMILIALE	2011
IDE	ADDICTOLOGIE	D.E.S.U. TOXICOMANIES	2004
IDE	MEDECINE G2	D.I.U. ACCOMPAGNEMENT ET MEDECINE PALLIATIVE ADULTE, PEDIATRIQUE ET GERIATRIQUE	2013
IDE	PEDIATRIE	D.I.U. DOULEURS PEDIATRIQUES	2016
IDE	REANIMATION	D.I.U. FORMATION DES ASSISTANTS DE RECHERCHE CLINIQUE ET DES TECHNICIENS D'ETUDES CLINIQUES (D.I.U. FARC/TEC)	2013
IADE	ANESTHESIE	D.I.U. MAINTIEN ET PERFECTIONNEMENT DES COMPETENCES EN ANESTHESIE REANIMATION OBSTETRICALE	2014
IDE	NEUROLOGIE	D.I.U. PATHOLOGIES NEUROVASCULAIRES	2011
IDE	NEUROLOGIE	D.I.U. PATHOLOGIES NEUROVASCULAIRES	2010
CS	NEUROLOGIE	D.I.U. PATHOLOGIES NEUROVASCULAIRES	2009
IDE	NEUROLOGIE	D.I.U. PATHOLOGIES NEUROVASCULAIRES	2012
IDE	NEUROLOGIE	D.I.U. PATHOLOGIES NEUROVASCULAIRES	en cours
IDE	NEUROLOGIE	D.I.U. PATHOLOGIES NEUROVASCULAIRES	en cours
KINE	REEDUCATION	D.I.U. PATHOLOGIES NEUROVASCULAIRES	2010
IDE	NEUROLOGIE	D.I.U. PATHOLOGIES NEURO-VASCULAIRES	2014
CS	E.H.P.A.D.	D.I.U. SCIENCES DE LA QUALITE ET ETABLISSEMENTS DE SANTE	en cours
CS	FILIERE NEURO	D.I.U. SCIENCES DE LA QUALITE ET ETABLISSEMENTS DE SANTE	2012
IDE	REANIMATION	D.I.U. SOINS INFIRMIERS EN REANIMATION MEDICALE	en cours

IDE	PNEUMOLOGIE 2	D.I.U. SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT	2009
Grade	Service	Intitulé formation	Exercice
IDE	PNEUMOLOGIE 2	D.I.U. SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT	2016
IDE	UMSP	D.I.U. SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT	2011
IDE	UMSP	D.I.U. SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT	2006
PSYCHOLOGUE	UMSP	D.I.U. SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT	2005
PSYCHOLOGUE	UMSP	D.I.U. SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT	en cours
MANIP	EEG	D.I.U. TECHNIQUES DE NEUROPHYSIOLOGIE CLINIQUE ET SENSORIELLE	2016
DIET	E.H.P.A.D.	D.I.U.NUTRITION DE LA PERSONNE AGEE	2013
AS	REEDUCATION	D.U. ACTIVITES PHYSIQUES POUR SENIORS ET PERSONNES AGEES	2011
SF	OBSTETRIQUE	D.U. ACUPUNCTURE OBSTETRICALE	en cours
SF	OBSTETRIQUE	D.U. ACUPUNCTURE OBSTETRICALE	en cours
SF	OBSTETRIQUE	D.U. ACUPUNCTURE OBSTETRICALE	2013
IDE	ADDICTOLOGIE	D.U. ADDICTOLOGIE PRATIQUE	2016
PSYCHOLOGUE	ADDICTOLOGIE	D.U. ADDICTOLOGIE PRATIQUE	2008
PSYCHOLOGUE	CAMSP	D.U. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DU HANDICAP	2009
EDUC	SPIJ	D.U. ART ET MEDIATIONS THERAPEUTIQUES	2004
TECH DE LABO	BIOLOGIE MEDICALE	D.U. ASSURANCE QUALITE AU LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE	2013
PSYCHOLOGUE	PEDIATRIE	D.U. AUTISME	2012
PSYCHOLOGUE	SESSAD	D.U. AUTISME ET TROUBLES APPARENTES	2016
IDE	SPIJ	D.U. AUTISME ET TROUBLES APPARENTES DE L'ENFANCE A L'AGE ADULTE	2014
IDE	CORONAROGRAPHIE	D.U. CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	en cours
IDE	CORONAROGRAPHIE	D.U. CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	2016
MANIP	IMAGERIE MEDICALE	D.U. CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	2016
IDE	CARDIOLOGIE 5	D.U. CICATRISATION DES PLAIES BRULURES ET NECROSE	2015
IDE	HEMODIALYSE	D.U. CICATRISATION DES PLAIES BRULURES ET NECROSE	en cours
IDE	MEDECINE A1	D.U. CICATRISATION DES PLAIES BRULURES ET NECROSE	en cours
IDE	MEDECINE A1	D.U. CICATRISATION DES PLAIES BRULURES ET NECROSE	en cours
IDE	PEDIATRIE	D.U. DE FORMATION PARAMEDICALE EN DIABETOLOGIE	2014
SF	OBSTETRIQUE	D.U. ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE	2015
IDE	3C	D.U. EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION THERAPEUTIQUE	2014
IDE	CARDIOLOGIE 4	D.U. EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION THERAPEUTIQUE	2009
IDE	CARDIOLOGIE 5	D.U. EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION THERAPEUTIQUE	2008
IDE	D. METIERS ET BLES D'OR	D.U. EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION THERAPEUTIQUE	2005
IDE	HEMODIALYSE	D.U. EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION THERAPEUTIQUE	2012
IDE	MEDECINE A1	D.U. EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION THERAPEUTIQUE	2013
IDE	MEDECINE A2	D.U. EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION THERAPEUTIQUE	en cours
CS	MEDECINE G2	D.U. EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION THERAPEUTIQUE	2010
IDE	PNEUMOLOGIE	D.U. EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION THERAPEUTIQUE	2008
IDE	PEDIATRIE	D.U. EDUCATION THERAPEUTIQUE ET MALADIES CHRONIQUES	2016
IDE	RHUMATOLOGIE	D.U. EDUCATION THERAPEUTIQUE ET MALADIES OSTEOARTICULAIRES	2009
IDE	MEDECINE A1	D.U. EDUCATION THERAPEUTIQUE ET MALADIES OSTEO-ARTICULAIRES	2010
KINE	REEDUCATION	D.U. EDUCATION THERAPEUTIQUE ET MALADIES OSTEO-	2013

Grade	Service	Intitulé formation	Exercice
		ARTICULAIRES	
SF	CENTRE PERINATAL	D.U. ETUDES COMPLEMENTAIRES D'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE	2011
SF	OBSTETRIQUE	D.U. ETUDES COMPLEMENTAIRES D'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE	en cours
CS	CLIN	D.U. HYGIENE	2006
SF	OBSTETRIQUE	D.U. MECANIQUE OBSTETRICALE	2015
IDE	SMUR	D.U. OXYOLOGIE PARAMEDICALE	2013
AS	REANIMATION	D.U. PRATIQUES PSYCHOCORPORELLES	2016
IDE	UGOS	D.U. PREVENTION ET TRAITEMENT DE L'ESCARRE	2008
IADE	ANESTHESIE	D.U. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	2011
IADE	ANESTHESIE	D.U. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	2005
IADE	ANESTHESIE	D.U. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	2007
IADE	DIM	D.U. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	2010
IDE	DOULEUR	D.U. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	2012
IDE	HEMODIALYSE	D.U. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	2012
INGENIEUR	URCC	D.U. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	2007
PP CS		D.U. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	2014
SF	OBSTETRIQUE	D.U. PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES A HAUT RISQUE	2013
SF	OBSTETRIQUE	D.U. PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES A HAUT RISQUE	2008
FF CS	MEDECINE A2	D.U. PRISE EN CHARGE DES URGENCES VITALES EN SOINS INFIRMIERS	2015
PSYCHOLOGUE	SPIJ	D.U. PSYCHOLOGIE PROJECTIVE	2009
PSYCHOLOGUE	SPIJ	D.U. PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERINATALITE ET DU TRES JEUNE ENFANT	2013
PSYCHOMOT	CAMSP	D.U. PSYCHOSOMATIQUE	2012
PSYCHOLOGUE	CAMSP	D.U. REHABILITATION NEUROPSYCHOLOGIQUE	2010
IDE	CORONAROGRAPHIE	D.U. RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE	2015
IDE	PP IADE	D.U. SOINS INFIRMIERS EN REANIMATION MEDICALE	2012
IDE	REANIMATION	D.U. SOINS INFIRMIERS EN REANIMATION MEDICALE	2012
IDE	REANIMATION	D.U. SOINS INFIRMIERS EN REANIMATION MEDICALE	2010
IDE	REANIMATION	D.U. SOINS INFIRMIERS EN REANIMATION MEDICALE	2011
IDE	REANIMATION	D.U. SOINS INFIRMIERS EN REANIMATION MEDICALE	2011
IDE	REANIMATION	D.U. SOINS INFIRMIERS EN REANIMATION MEDICALE	2010
IDE	REANIMATION	D.U. SOINS INFIRMIERS EN REANIMATION MEDICALE	2011
IDE	FILIERE GERIATRIQUE	D.U. SPECIFICITE DU TRAVAIL EN EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE	2016
IDE	DOULEUR	D.U. THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHRONIQUE	2015
PSYCHOLOGUE	CAMSP	D.U. THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE	2015
PSYCHOLOGUE	SPIJ	D.U. THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES	2010
IDE	HEMODIALYSE	D.U. UROLOGIE	2007
CSS	SESSAD	DIRECTEUR ET MANAGER STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS SOCIALES - MASTER 2 SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES	2015
CSS	SESSAD	LICENCE MAITRISE D'ETAT MANAGEMENT DU SOCIO-EDUCATIF	2006
PSYCHOMOT	REEDUCATION	LICENCE SCIENCES DE L'EDUCATION A DISTANCE	2005
PSYCHOMOT	REEDUCATION	MASTER 1 SCIENCES DE L'EDUCATION	2007
CS	SSR 2	MASTER 2 GESTION DES ENTREPRISES SANITAIRES ET SOCIALES	en cours

PSYCHOLOGUE	CAMSP	MASTER 2 RECHERCHE PSYCHO COGNITIVE	2008
Grade	Service	Intitulé formation	Exercice
CS	IFSI	MASTER 2 SCIENCES CLINIQUES EN SOINS INFIRMERS	2015
CS	ONCOLOGIE	MASTER 2 SCIENCES CLINIQUES EN SOINS INFIRMERS	2015
CS	IFSI	MASTER 2 SCIENCES DE L'EDUCATION	2015
CS	FILIERE NEURO	MASTER 2 SCIENCES TECHNOLOGIES ET SANTE	2013
PSYCHOMOT	REEDUCATION	MASTER DE RECHERCHE A DISTANCE SCIENCES DE L'EDUCATION	2009
PSYCHOLOGUE	SPIJ	MASTER DE RECHERCHE PSYCHOPATHOLOGIE	2013
CS	IFSI	MASTER EN DROIT, ECONOMIE ET GESTION : SEMINAIRE METHODOLOGIQUE	2016
PSYCHOLOGUE	CAMSP	MASTER PSYCHOLOGIE COGNITIVE	2006
PSYCHOLOGUE	CAMSP	MASTER SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE ET SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES	2005
AS	REANIMATION	PRATICIEN EN TOUCHER MASSAGE	2014
CSS	DIRECTION DES SOINS	PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL	2004

Fiche Projet : Axe 7

Développer la qualité des écrits professionnels, les transmissions orales et l'usage des logiciels support du DPI

Pilotes

V. DEHMOUCHE, Cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier de Chartres

F. GOTTRAND, Cadre de pôle, Centre Hospitalier de Dreux

Co-pilote

MJ. LALY, Infirmière, Centre Hospitalier Henri Ey

Fiche Projet : Axe 7

Développer la qualité des écrits professionnels, les transmissions orales et l'usage des logiciels support du DPI

- Etat de l'offre existante sur le GHT d'Eure et Loir

	Centre Hospitalier de Chartres	Centre Hospitalier de Châteaudun	Centre Hospitalier de DREUX	Centre Hospitalier de Henri Ey	Centre Hospitalier de La Loupe	Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou
Supports	DPI en cours de déploiement	DPI en cours de déploiement	DPI en cours de déploiement	DPI « 0 papier »	DPI « 0 papier »	DPI en cours de déploiement
Logiciel	DxCare	DxCare	USV2 , URQUAL, DIAM, Qbloc	Cariatides	Osiris	Hôpital Manager
Equipe dédiée	1 IDE et 1 secrétaire TP Collaboration d'un informaticien et un CSS	1 ETP IDE pour les TC, 1 ingénieur informatique 0.3 ETP, 1 médecin référent, 2 pharmaciens, 1 secrétaire mais pas de temps dédié DPI	Chef de projet : DSI, pharmacien, CSS 1.5 ETP IDE détachés partiellement au DPI Référénts informaticiens et référénts DSI dans les unités	20% ETP cadre, professionnels du service informatique, pharmacien, TIM	1 référent DPI, 4 IDE et 8 AS formés aux TC, 1 IDE clinicienne, 1 responsable informatique, 1 qualitiicienne	1 ETP IDE 1 RSI + référénts métier
Suivi de l'évolution et modalités d'évaluation	Auto évaluations Création d'un aide-mémoire automatisé IPAQS	Suivi évolution logiciel Pas d'évaluation	Référénts soignants dans toutes les unités Contrôle quotidien par les IDE référénts DSI sur les dossiers avec retour auprès de l'encadrement Audit tous les 2 ans EPP Indicateurs IPAQS	4 comités de pilotage /an Publication d'un registre de décisions Gestion des demandes correctives ou d'évolution par messagerie dédiée Audits flash Carottage de 10 dossiers par unité/4mois Tableau de bord sur intranet Indicateurs qualité Glossaire cibles prévalentes	Audit sur dossiers EPP TC	Plan de soins avec interventions infirmières Module archives, agenda, RIS
Temps dédié aux transmissions orales	Entre 2 équipes : de 15 à 45 mn avec débord régulier	Entre équipe jour/nuit : 30 mn matin et 30mn le soir Entre professionnels d'une même équipe pluridisciplinaire : 1h en début d'AM	30 mn le matin, 30mn l'après-midi, 30 mn le soir + temps informel entre soignants/médecins/IDE coordinatrices/soignants en horaires décalés	Défini dans les organisations du travail : 20 mn	30 mn	30 mn x 3 sur le pôle hospitalisation Relève pour les urgences
Méthode et outil utilisés pour les transmissions	Dans un lieu calme Au même horaire Avec la totalité de l'équipe ou en secteur Ambiance d'écoute active et libre de prise de parole de chacun Présentation synthétique, problème du jour et devenir Avec le DPI, dossier papier et aide-mémoire réactualisé Secteur médecine,	Planification des soins le plus souvent, parfois DPI	A partir de l'aide-mémoire non institutionnalisé A partir des transmissions écrites soit sur papier ou DSI A la « mémoire » Règles existaient avant 2002 (disparues avec horaires en 12 h = suppression du temps de	Transmissions orales organisées ciblées A partir du dossier informatisé Guide d'utilisation du DPU Vitrine intranet dossier patient Projet de soins : développer la	Transmissions par patients/OSIRIS et un support papier maison IDE mène les transmissions, les AS donnent leurs transmissions orales complémentaires. Le lundi présence kiné et ergo ; Règle importante : obligation de	Priorisation du contenu pour permettre l'organisation des soins Aide-mémoire réglementé et/ou portail médical (DPI) Guide d'utilisation du dossier patient Guide utilisateur HM

	Centre Hospitalier de Chartres	Centre Hospitalier de Châteaudun	Centre Hospitalier de DREUX	Centre Hospitalier de Henri Ey	Centre Hospitalier de La Loupe	Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou
	transmissions à l'arrivée des médecins à 9h avec équipe IDE		transmissions)	qualité des écrits professionnels Projet système d'informatisation : « élaborer des indicateurs automatisés de la tenue du dossier de soins	s'écouter et un temps de parole pour tous.	
Formations proposées	Formations en salle avec manipulation du logiciel ou sur site à la demande Formation et accompagnement 1 à 2 semaines lors du déploiement 2 sessions proposées en début de mois (DSI et plan de soins) Rencontre à la demande du cadre pour problèmes ponctuels d'utilisation Assistance utilisateur Formation des étudiants Projet : finaliser le déploiement du DPI pour limiter la coexistence papier/DPI	Formation TC par INFOR SANTE (1 à 2 sessions par an) Rappel des règles lors des formations logicielles DPI par IDE référent DPI	Formation initiale IFSI Formation par les IDE détachées DPI sur l'utilisation de l'outil informatique Formations TC Projet : formation simulation en santé	Formation systématique pour tout nouveau professionnel sur l'utilisation du logiciel et circuit médicament Formation proposée « amélioration des écrits professionnels »	Formation TC proposée à tous Projet d'uniformiser les pratiques sur l'ensemble de l'établissement (TC) et mise en place d'un support en parallèle concernant la traçabilité des pansements	Référents DPI Sensibilisation au respect des règles de confidentialité TC

Synthèse globale de l'état des lieux :

- Une hétérogénéité des ETP dédiés au Dossier patient Informatisé (de 0 à 2 ETP), non proportionnels à la taille de l'établissement.
- Des référents participent également à des missions en lien avec le DPI, en plus de leur fonction (pharmaciens, médecins, informaticiens, secrétaire, TIM...).
- 5 logiciels différents qui ne permettent de partager des informations ciblées inter établissements.
- Sauf, le CH de La Loupe et Bonneval qui tendent vers 0 papier, les autres sont toujours en cours de déploiement du dossier informatisé donc concomitance papier/dématérialisation, variable en fonction des supports et des services. Les règles de sécurisation des données, de fiabilisation ainsi que d'archivage papier ou dématérialisée du dossier, ont été élaborées/réfléchies, de manière différente d'un établissement à l'autre.
- L'intégration de l'outil informatique est variable selon les établissements lors de la réalisation des transmissions orales. L'aide-mémoire ou les outils alternatifs de planification ne sont pas toujours régulés et encore fréquemment utilisés.
- L'intégration de l'outil informatique est parfois rendue difficile du fait des conditions matérielles (Wifi, mobilité...).
- La méthode des transmissions ciblées est utilisée par tous mais nécessite encore d'être accompagnée sur la qualité des écrits tant sur le fond et sur la forme.
- Peu de politique, ni de règles de fonctionnement élaborées autour du déroulement des transmissions orales.
- Les transmissions écrites et orales sont globalement plus investies par les IDE que par les AS et autres paramédicaux.

- Une récurrence des temps de transmissions orales réalisées dans une journée entre PNM et/ou PM dans chaque établissement.
- La consultation des écrits dans DPI par les professionnels non exhaustive et variable selon les services et les spécialités.
- Nécessité de ré interroger nos organisations de travail en intégrant l'outil informatique.
- Reste à traiter le sens donné aux transmissions par établissement ? Qui les lits ? Pour quelle continuité ?

- Principaux enjeux de la thématique

- Assurer la continuité des soins et la transmission de données fiables, en temps réel, des patients au regard de leur parcours de soins sur le territoire du GHT
- La pérennité des compétences et le temps dédié : certaines compétences, en lien avec l'informatisation du dossier patient, en particulier, reposent sur une seule personne ou professionnel avec des missions partagées, d'où la fragilité du dispositif et la nécessité d'envisager le partage de ces compétences. Politique affirmée de la direction des Soins dans le domaine

- Déclinaison des orientations stratégiques pour cet axe du PSP en lien avec le PMP

3. 1. Objectifs

Objectifs recherchés/résultats attendus/Mesures d'impacts

- A. Harmoniser et réguler l'utilisation d'un aide-mémoire tout en évitant le recopiage et en garantissant la confidentialité des données pour l'ensemble des professionnels paramédicaux.
- B. Soutenir et développer la qualité de l'écriture professionnelle dans le dossier de soins.
- C. Rendre efficiente les transmissions orales.
- D. Assurer la continuité au sein d'un parcours/filière de soin du patient/résident en favorisant la transmission d'informations ciblées entre les logiciels de spécialités.
- E. Tendre vers un dossier de soins totalement informatisé.

3.2. Problématiques rencontrées

5 logiciels « dossiers patients » différents sur le GHT

3.3. Actions envisagées (cf .tableau fiche projet)

3.4. Liens avec les filières de soins à établir

3.5. Points à arbitrer

Implication des services informatiques

3.6. Calendrier de déploiement

Fiche projet

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
A. Harmoniser et réguler l'utilisation d'un aide-mémoire tout en évitant le recopiage et en garantissant la confidentialité des données pour l'ensemble des professionnels paramédicaux	Action n°1 : Déterminer au niveau des directions des soins du GHT les règles de création et d'utilisation d'un support aide-mémoire. Action n°2 : Effectuer le recueil des besoins en prenant en compte chaque profil métier. Action n°3 : Paramétrage de l'extraction des données utiles du DPI pour les professionnels par profil métier. Action n°4 : Accompagnement des professionnels au déploiement de l'outil aide-mémoire.	Fin 2018	O. PELTIER C. POMMERAU I. DESCHARREAUX A. SADIWA ?	- Utilisation du support adapté par chaque profil métier, conformément aux règles établies - 0 recopiage, plus d'aide-mémoire « sauvage »
B. Soutenir et développer la qualité de l'écriture professionnelle dans le dossier de soins.	Action n°1 : Etablir une politique de formation. Action n°2 : Déterminer un processus d'évaluation continue. Action n°3 : Elaborer un guide méthodologique, de tenue du dossier de soins.	Fin 2020	F. GOTTRAND N. BERNAND ? S. CHAUVIN ?	- Existence politique, guide et process d'évaluation continue
C. Rendre efficiente les transmissions orales	Action n°1 : Etablir une politique et des règles invariables de fonctionnement. Action n°2 : Décliner un document type formalisé à l'échelle de chaque service. Action n°3 : Accompagnement des professionnels par le cadre dans cette recherche d'efficience.	Fin 2021	S. NEVEU S. PRADELLE J. LALE L. BLOUET	- Existence politique et règles - Existence document par service - Evaluation du temps consacré et du contenu des transmissions via une grille d'audit

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
D. Assurer la continuité au sein d'un parcours/filière de soin du patient/résident en favorisant la transmission d'informations ciblées entre les logiciels de spécialités.	Action n°1 : Déterminer les invariants nécessaires à la création d'un support partagé et sécurisé. Action n°2 : Décliner les attendus par parcours/filière de soins entre chaque établissement. Action n°3. Solliciter la création d'un support numérique sécurisé de transmission d'informations inter-établissements. Action n°4 : Evaluer le processus.	Fin 2022	MJ LALY V. DEHMOUCHE	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un support commun de liaison sur tous les établissements de santé - Identification des spécificités par filière - Evaluation de l'utilisation du support commun - Numérisation du support
E. Tendre vers un dossier de soins informatisé	Action n°1 : suivre ou élaborer l'échéancier de déploiement prévisionnel au regard des priorités et des moyens institutionnels Action n°2 : harmoniser le niveau de déploiement dans les différents secteurs d'activité	Fin 2022	M. TROUINARD S. FORGE ? V . MALBET ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage supports informatisés / supports papier - Pourcentage de service utilisant l'ensemble du dossier de soins informatisé

Fiche Projet : Axe 8

Promouvoir une dynamique de recherche pragmatique, innovante et ambitieuse

Pilote

C. SOREAU, Cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier Henri Ey

Co-pilote

R. LE PAPE, Cadre de santé, IFPP Dreux

Fiche Projet : Axe 8

Promouvoir une dynamique de recherche pragmatique, innovante et ambitieuse

1. Etat de l'offre existante sur le GHT d'Eure et Loir

La dynamique de recherche habite chacun des établissements au bénéfice des pratiques soignantes. Une grande partie des étudiants accueillis au sein des établissements sont amenés à réaliser un travail de fin d'étude (initiation à la recherche) dans le cadre de leur formation initiale.

Centre Hospitalier de Chartres	<p>Il existe 3 UF de recherche clinique sous la responsabilité d'un directeur adjoint :</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 UF pluridisciplinaire- 1 UF Cardiologie, Néphrologie et diabétologie- 1 UF Réanimation <ul style="list-style-type: none">• 1 coordonnatrice et chef de projet pour la recherche clinique multidisciplinaire et des IDE dédiées à temps plein ou à temps partiel en réanimation et unité multidisciplinaire• 1 coordonnateur recherche et investigation pour la cardiologie/diabétologie et des IDE dédiées à temps plein ou à temps partiel pour l'investigation et la promotion. <p>Missions : accompagner former, soutenir, rôle d'initiation et aussi possibilité de promouvoir des recherches en interne. Accompagnement logistique réglementaire et gestion des promotions externes et interne.</p> <p>Mise en place d'une Commission de la Recherche Clinique qui a pour vocation de promouvoir et d'aider au développement de la Recherche Clinique. Elle est composée de 4 groupes d'experts adaptés en fonction des besoins. (ex : aide pour réaliser un poster ou publication dans une revue paramédicale « événements indésirables en néonatalogie, registre standardisé)</p> <p>Site intranet « recherche clinique » en cours de développement. »</p> <p>Mise en place de partage des documents par service et par étude pour les promotions interne et externe.</p> <p>IFSI CHARTRES :</p> <p>Publications :</p> <p>Publications dans des revues professionnelles et dans le cadre de recherches de Master ou de recherches actions (« La personne âgée en maison de retraite : Apport de la théorie de l'Attachement dans les soins infirmiers », « suivi du patient diabétique hôpital/domicile », revue de l'infirmière : N°161- Juin 2010 : « <i>Soins et surveillance du patient lors d'une fibroscopie oesogastroduodénale</i> », N° 162- Juillet-Août 2010 : « <i>Soins et surveillance du patient lors d'une coloscopie</i> », revue du soignant en gériatrie : N°19 -Juillet-Août 2005: « <i>Soins de nettoyage d'une canule de trachéotomie</i> ».</p> <p>Recherche action en cours sur le « recueil de données auprès du patient ».</p> <p>Cursus universitaire des formateurs :</p> <p>4 formateurs possèdent un master II « Sciences cliniques en soins infirmiers », « Conseil en organisation et conduite du changement », « Sciences de l'éducation », « Ressources humaines et stratégie d'entreprise ».</p>
---	---

<p>Centre Hospitalier de Dreux</p>	<p>Le CH de Dreux dispose d'une unité de recherche clinique et d'évaluation scientifique composée d'une coordinatrice de la recherche et d'une assistante de recherche clinique (1 ETP). L'unité a vocation à favoriser l'accès des patients aux thérapies innovantes et à encourager la participation des professionnelles de santé à la recherche. Elle offre un soutien méthodologique et logistique aux investigateurs. Elle assure l'interface avec les partenaires externes (établissement hospitalier et universitaires, promoteurs industriels, organismes de recherche...). Elle veille au respect de l'éthique et des règles de bonnes pratiques de recherches.</p> <p>L'unité intègre des activités dédiées aux suivis d'essais cliniques ainsi que des activités de conception, d'évaluation scientifique et de valorisation. L'unité contribue à la formation d'étudiants de niveau Licence, Master et Doctorat.</p> <p>IFSI DREUX :</p> <p>Publications :</p> <p>1 formateur a publié un article dans la revue du CEFIEC (les représentations de l'évaluation des compétences infirmières).</p> <p>1 article est rédigé et en attente chez un éditeur (1.L'évaluation des compétences infirmières)</p> <p>Cursus universitaire des formateurs :</p> <p>4 formateurs possèdent un master II en sciences de l'éducation.</p>
<p>Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou</p>	<p>Les initiations et démarches de recherches sont encouragées. En effet, chaque année, des FFCDS sont encouragés à partir en IFCS ; et beaucoup d'étudiants infirmiers sont accueillis au sein de l'établissement.</p> <p>De plus, des agents font également une initiation à la recherche au cours de leur DU (DU palliatif l'an dernier, DU hygiène et Du douleur en cours cette année).</p>
<p>Centre Hospitalier de Châteaudun</p>	<p>Une attente forte concerne les démarches diplômantes (DU et master), encouragées par l'institution, qui doivent être les supports dynamiques et fédérateurs d'une démarche de recherche élargie aux pratiques de soins et directement en lien avec les préoccupations des professionnels.</p> <p>AU SEIN DE L'IFSI</p> <p>Publications :</p> <p>1 formateur a publié dans un ouvrage collectif après une communication réalisée dans le cadre des journées itinérantes francophones d'éthique des soins de santé (L'accompagnement de l'étudiant : quelles postures pédagogiques).</p> <p>2 articles sont rédigés et en attente de trouver un éditeur qui les accepte (1.Travail d'analyse dans le cadre du regroupement, 2. Réalisation d'un projet éducatif en santé par les ESI auprès d'enfants scolarisés en école primaire).</p> <p>Projets de recherche en cours :</p> <p>La recherche en cours est en lien avec un mémoire pour un master 2 (sur le tutorat).</p> <p>Cursus universitaire des formateurs :</p> <p>3 formateurs possèdent un master II en sciences de l'éducation.</p> <p>1 formateur est en cours de formation master 2 (fin en 2017) en sciences de l'éducation.</p> <p>1 formateur possède un master 1 (Sciences Humaines, sociales et gestion, mention éducation et formation).</p>

<p>Centre Hospitalier HENRI EY</p>	<p>Le CH Henri Ey a permis à de nombreux professionnels d'acquérir des compétences nouvelles et à les expérimenter afin de faire émerger des pratiques innovantes et ambitieuses en matière de soins en santé mentale (thérapies familiales, éducation thérapeutique...). Le tutorat, l'organisation de journées annuelles ou biannuelles régionales de pratiques avancées, le développement et l'organisation institutionnelle autour des évaluations des pratiques professionnelles (médicales et non médicales) sont autant de leviers permettant d'impulser une dynamique de recherche et d'innovation auprès des professionnels.</p>
<p>Centre Hospitalier de La Loupe</p>	<p>Un professionnel réalise, dans le cadre de sa formation universitaire « certification professionnelle gestionnaire de SSIAD » (en cours), un travail de recherche de fin d'étude sur un document unique risques professionnels spécial SSIAD (document qui n'existe pas actuellement dans les SSIAD. (A compléter si nécessaire par un représentant de l'institution).</p>

Titre 1.

2. Principaux enjeux de la thématique

Titre 2.

Titre 3. **Promouvoir une dynamique de recherche** : Implique des notions de :

- * dynamique d'équipe, soutien, de motivation, compréhension des différents métiers, collaboration, valorisation des pratiques professionnelles dans le cadre d'une démarche formelle, accompagnement des équipes, soutien de l'innovation, vigilance, d'incitation, de réflexion, évolution des pratiques professionnelles, développement des connaissances.

Actuellement les enjeux de la Recherche Clinique en Soins peuvent se baser sur 3 domaines d'activités :

1. Pratique clinique,
2. Gestion et formation,
3. Promotion de la santé : prévention, éducation, réhabilitation, soins palliatifs...

Titre 4. **Notion de recherche**

Titre 5. **Définition de la recherche** : « Dans son acception scientifique, la recherche est un moyen d'acquérir et de développer des connaissances de façon rigoureuse, en s'appuyant sur des méthodes »³

- * La recherche s'exprime déjà à travers des programmes de recherche de type PHRIP. Ces programmes sont scientifiquement validés.
- * La recherche permet la valorisation scientifique des activités et la comparaison des résultats. Elle fait émerger les progrès et les avancées dans les différents établissements.
- * Elle est un moyen de promouvoir le service rendu aux usagers.
- * Elle permet de prendre du recul sur les pratiques et d'envisager d'autres angles de réflexion.
- * Le soutien financier obtenu grâce à la recherche est un levier de valorisation des initiatives.
- * La notion de recherche doit encore être démystifiée, explicitée et vulgarisée pour être abordée sereinement et susciter les projets. Pour autant, cette notion est inscrite dès la formation initiale et nourrie par l'expérience. Chaque professionnel devient ainsi ressource pour la recherche.

3. Déclinaison des orientations stratégiques pour cet axe du PSP en lien avec le PMP

- * La nécessité de définir une politique de recherche fédératrice.
- * La recherche doit être inscrite dans les axes stratégiques du GHT.

³ Ljiljana JOVIC : Infirmière PhD directrice de soins, conseillère technique régionale ARS Ile de France

- * L'utilisateur doit être au centre de la recherche. Les expériences de patients experts démontrent l'implication des usagers dans la prise en charge des patients ainsi que l'amélioration et le développement des pratiques.
- * La complémentarité de la recherche par une pluri et transdisciplinarité de la démarche.

3.1. Objectifs (cf. tableau fiche projet)

3.2. Problématiques rencontrées

Nécessité d'une représentation de chaque structure dans le projet afin d'apporter une bonne dynamique d'échange et de défendre une exhaustivité des débats.

3.3. Actions envisagées (cf. tableau fiche projet)

Leviers

- * Favoriser le dialogue et l'ouverture sur la dynamique de recherche en encourageant les concertations notamment grâce aux nouvelles technologies (visioconférences...).
- * S'appuyer sur les forces en présence sur le territoire.
- * Dynamique du groupe.
- * Les appels à projets répondant à un programme financé, s'ils sont retenus (comme par exemple les PHRIP, fondation de France,...) Pour rappel le PHRIP a pour objectif de financer des projets de recherche sur des questions importantes pour les soins réalisés par les professionnels de soins (paramédicaux) ⁴
- * Valoriser les projets en cours et à venir.

Orientation/ action (cf. tableau fiche projet)

3.4. Liens avec les filières de soins à établir

Transversalité avec l'ensemble des filières (démarche intégrative).

3.5. Points à arbitrer : aucun

⁴ Se référer à la définition des PHRIP annexe 7 du PHRIP du 2 décembre 2016 (Site de la DGOS)

3.6. Calendrier de déploiement (cf. tableau fiche projet)

Fiche projet

Objectifs	Actions	Echéances	Pilotes	Indicateurs
Fédérer les acteurs au niveau départemental dans une dynamique collaborative au bénéfice d'une démarche de recherche	1. Créer un groupe de travail départemental de personnels paramédicaux dédié à la recherche et/ou aux pratiques innovantes (réunions bimestrielles)		Le groupe de l'axe 8.	Participation effective des 6 établissements aux réunions bimestrielles.(nombre de réunions, de visioconférences, de participants
	2. Cartographier les ressources, les compétences et les initiatives au sein des établissements du GHT.	Décembre 2018.	Le groupe de l'axe 8.	Compétences professionnelles représentées
	3. Création d'une page recherche sur le site Internet du GHT. (Identification d'un référent)	(En lien avec le système d'information du GHT)	Référent SIH/Pilote groupe axe 8	Date de création de la page et du site Mise à jour
Promouvoir un projet de recherche commun centré sur la personne âgée initié au sein du GHT en dehors d'une recherche médicale et en lien avec les besoins du territoire	1. Evaluer les besoins à partir des axes prioritaires du projet GHT de recherche	Mars 2018	Le groupe de l'axe 8	Cohérence des besoins/axes prioritaires département
	2. Concevoir un projet commun hors démarche de recherche médicale	Décembre 2018	Le groupe de l'axe 8	Projet rédigé
	3. Mettre en œuvre le projet commun	Décembre 2020	Le groupe de l'axe 8	Impact sur l'offre de soin du territoire
Développer et valoriser les pratiques innovantes	1. Valoriser les travaux et les initiatives innovantes existants et à venir (colloques, publications...)	Au fil de l'eau	Le groupe de l'axe 8	Nombre de communications des travaux : Participants aux colloques, de publications, Journées des pratiques managériales, Journée pluri-professionnelle
	2. Participer à la culture de recherche en association avec les institutions locales (CH, centres de formation, associations...)		Le groupe de l'axe 8	Nombre d'interventions

Liste des groupes de travail

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
1- Développer une politique de management et d'organisation de la coordination des soins et animer la conduite du changement jusqu'au changement de conduite	Pascal DUFOUR (DDS Chartres) pdufour@ch-chartres.fr	<p>Lydie GUERIN (DSI Dreux) 02 37 51 53 36 directiondessoins@ch-dreux.fr</p> <p>Murielle SALEMBIER (Cadre de Santé - Ch Nogent le Rotrou) m.salembier@ch-nogentlerotrou.fr</p>	Véronique RACHEL, cadre supérieur de santé en charge de la direction des soins	Châteaudun	03/01/2017	14h00	CH Chartres – Salle Asie (Préfabriqué rouge en face des urgences)
			Anne LEGRAS-BAUDIN, cadre supérieur de santé adjointe à la direction des soins	Châteaudun			
			Marion DONNEAU, cadre de santé service de médecine d'urgence	Châteaudun	07/02/2017	14h00	CH Dreux – Salle du Conseil (au 10 ^{ème} étage (code ascenseur : 10 – 123)
			Sylvie HUMBERT, faisant fonction de cadre de santé à partir du 21 novembre 2016 (s'est retirée du groupe - information du 11/01/2016)	Châteaudun			
			Catherine CERCEAU, DSI	La Loupe	01/03/2017	16h00	CH de Bonneval - Salle du CA
			Sandrine STEITS, FFCDS 02 37 29 33 62	La Loupe			
			Mathieu CHEVAL, cadre de santé psychiatrie générale, 02 37 51 52 53 poste 7405	Dreux	10/04/2017	16h30	CH DE CHARTRES - Salle Amérique
			Isabelle GODEAU, cadre de santé psychiatrie, 02 37 51 52 53 poste 5090	Dreux			
			Sylvie LE BALCH, cadre de santé de cardiologie, 02.37 51 51 40	Dreux	05/05/2017	14h00	CH de Châteaudun – Salle de direction

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Monsieur HULOT, CSDS remplace Mme Laëtitia RONSIN, cadre de santé : 02 37 44 76 75 ou 06 10 31 30 10	Bonneval			
			Maryse IMBAULT, cadre de santé EHPAD, Henri Ey	Bonneval			
			Nathalie DJERROUD, cadre de santé pédopsychiatrie	Chartres			
			Christine DELEUZE, cadre de santé	Nogent Le Rotrou			
			Laurence LOCHET, cadre supérieur de santé	Chartres			
2- Développer la politique de recrutement, d'accueil, de formation, d'évaluation et de fidélisation des professionnels attachés à la coordination des soins	Pascal DUFOUR (DDS Chartres) pdufour@ch-chartres.fr	Lydie GUERIN (DSI Dreux) directiondessoins@ch-dreux.fr	Véronique RACHEL, cadre supérieur de santé en charge de la direction des soins	Châteaudun	04/01/2017	14h00	CH de Chartres – Salle Asie (Préfabriqué rouge en face des urgences)
			Anne LEPINE, faisant fonction de cadre de santé SSR et MGA1, titulaire d'un master 2 professionnel en sciences humaines et sociales, mention « sciences de l'éducation », spécialité « responsable d'évaluation, de formation et d'encadrement » obtenu en 2015	Châteaudun			

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Valérie GARNIER, cadre de santé	Nogent Le Rotrou	28/02/2017	14h00	<i>CH de Dreux – Salle du Conseil (au 10^{ème} étage (code ascenseur : 10 – 123)</i>
			Maryse FLEURY, cadre de santé EHPAD, 02 37 29 33 67	La Loupe			
			Michael DUCHEMIN, AS au SSR , 06 58 3 854 93	Dreux	29/03/2017	14h00	<i>CH de Châteaudun - salle de Direction</i>
			Brigitte MARIE, Directrice de l'IFPP, 02 37 46 80 22	Dreux			
			Sylvie LANGLOIS, cadre de santé du Pôle Parents-Enfants, 02 37 52 50 55	Dreux	25/04/2017	14h00	<i>CH de Nogent Le Rotrou - salle à déterminer</i>
			Nathalie PELCOQ, RH 02 37 29 33 07	La Loupe			
			Christine SOREAU, cadre supérieur de santé FF DDS	Bonneval	10/05/2017	14h00	<i>CH de Henri Ey - site de Bonneval - salle de réunion n°2</i>
			Agnès GUERIN, aide-soignante UHP, Henri Ey	Bonneval			
			Sandrine DAVEAU, infirmière CMP, Henri Ey	Chartres			

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Marie-José LALY, infirmière, Henri Ey	Bonneval			
			Mireille MALAFA PISSARO, cadre de santé formateur IFSI	Chartres			
			Sandrine NEDELEC, cadre de santé formateur IFSI	Chartres			
3- Garantir l'éthique, la cohérence et l'efficience pour les prises en soins	Anne LEGRAS-BAUDIN (Cadre supérieur de santé adjointe à a Direction des Soins, titulaire d'un DU éthique - CH de Châteaudun) alegrasbaudin@ch-chateaudun.fr	Nathalie BERNAND (CDS La Loupe, Titulaire d'un DU éthique) n.bernand@ch-laloupe.fr	Nathalie ANSQUER, infirmière SSR et MGA 1, titulaire d'un DU de soins palliatifs, d'un DU prise en charge de la douleur en soins infirmiers, DU éthique en cours	Châteaudun	11/01/2017	14h30 à 17h00	CH de Châteaudun - Salle de Direction
			Françoise RISTERUCCI, IADE au bloc opératoire, 06 15 26 39 02	Dreux			
			Muriel CHEVALIER, cadre de santé du Pôle Admissions Non Programmées, 02 37 51 51 17	Dreux	03/02/2017	14h30 à 17h00	Salle à définir
			Agnes MANOUVRIER, cadre de santé onco-pneumologie, 02 37 51 53 62	Dreux			
			Christiane BARBIER, FF Directeur des soins	Bonneval	02/03/2017	14h30 à 17h00	Salle à définir

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Florence GUICHARD-LEBRUN, cadre de santé en neurologie	Chartres			
			Marie-Claire PELLIER, cadre de santé en cardiologie 3	Chartres	31/03/2017	14h30 à 17h00	Salle à définir
			Philippe LASTENNET, cadre de santé UHP, Henri Ey	Bonneval	26/04/2017	14h30 à 17h00	Salle à définir
			Catherine GALAND, cadre de santé pédopsychiatrie, Henri Ey	Châteaudun	10/05/2017	14h30 à 17h00	Salle à définir
4- Développer et promouvoir la qualité de vie au travail	Claire ROUSSEAU (Cadre Supérieur de Santé du SPIJ) 06 33 70 94 65 claire.rousseau@ch-dreux.fr	Sylvie LANGLOIS (Cadre de Santé du Pôle Parents-Enfants) 02 37 51 50 55 slanglois@ch-dreux.fr	Elsa MENAGER, faisant fonction de cadre de santé médecine à orientation pneumologie/médecine ambulatoire/endoscopie	Châteaudun	24/01/2017	09h00	CH de Chartres - Salle Amérique (Préfabriqué rouge en face des urgences)
			Laurence BOULANGER, faisant fonction de cadre de santé imagerie médicale/unité de chirurgie ambulatoire/consultations externes	Châteaudun			

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Catherine CERCEAU, DSI (Mme CHARON Virginie AS, Mme FLESCH Séverine (l'une ou l'autre selon les disponibilités, médecine 2)	La Loupe	16/02/2017	09h00	CH de Dreux - salle de réunion de direction au RDC supérieur
			Laetitia CHRETIEN, ASQH, responsable de service d'entretien des locaux, membre du CHSCT 02 37 29 33 69	La Loupe			
			Jocelyne LUCY, collègue des médico-technique	Bonneval	15/03/2017	09h00	A déterminer
			Christine GRABOT, cadre supérieur de santé	Chartres			
			Laurence LOCHET, cadre supérieur de santé	Chartres	06/04/2017	14h00	CH de Châteaudun - salle de direction
			Sylvie GERVAIS, cadre de santé du Pôle Santé Plus, 02 37 51 52 53 poste 7584	Dreux			
			Murielle DELCOURT, aide-soignante en chirurgie B1	Chartres	02/05/2017	09h00	CH de Chartres - Salle Amérique (Préfabriqué rouge en face des urgences)
			Clarisse CARDOSO, IDEC FF cadre de santé à la pharmacie	Chartres			
			Valérie VREL, aide-soignante UPM, Henri Ey	Morancez			

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
5- Développer la culture de la gestion du risque à priori pour conforter la sécurité de l'offre de soins et des pratiques professionnelles,	Véronique DEHMOUCHE (Cadre Supérieur de Santé - CH de Chartres) vdehmouche@ch-chartres.fr	Sylvie GERVAIS (Cadre de Pôle Santé Plus) 02 37 51 51 57 sgervais@ch-dreux.fr Sandrine HAYO (cadre supérieur de santé – CH Henri Ey de Bonneval) s.hayo@ch-henriey.fr	Angélique BLONDEAU, infirmière hygiéniste	Châteaudun	12/01/2017	15h30 à 17h30	CH de Chartres - Salle Amérique (Préfabriqué rouge en face des urgences)
			Corinne PELLEGRINO, faisant fonction de cadre de santé USLD/EHPAD route de Jallans	Châteaudun			
			Pascale BESSON, faisant fonction de cadre de santé PUI	Châteaudun	02/02/2017	15h00 à 17h00	CH de Dreux - Salle de réunion de Direction au RDC supérieur
			Christiane BARBIER, CSDS (S'est retirée du groupe au 13/01/2017)	Bonneval			
			Noémie LEMESLE, cadre de santé en suite de couches, 02 37 51 51 47	Dreux	07/03/2017	15h00 à 17h00	CH de Châteaudun - salle Jean Proust (bâtiment principal – RdC)
			Sonia COMUCE, cadre de santé en médecine polyvalente, 02 37 51 52 53 poste 9875	Dreux			
			Barbara DUPIN, cadre de santé du Réanimation 02 37 51 52 53 poste 7756	Dreux	29/03/2017	15h00 à 17h00	CH de Bonneval (site à préciser)
			Nathalie BAREL, FF CSDS Pôle médico-techniques, Pôle pharmacie stérilisation et Chirurgie	Chartres			
Colette PARAGOT, cadre de santé en pneumologie 1	Chartres						

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Christine DELEUZE, cadre de santé	Nogent Le Rotrou			
			Adeline BIGOT, IDE temps partagé cardiologie et angiographie	Chartres			
			Sylvie TARANNE, FF cadre de santé service de médecine/SP/nuit)	La loupe			
6- Promouvoir l'optimisation des compétences des professionnels et le développement des pratiques soignantes avancées,	Christophe PINEAU (Cadre de pôle santé plus - CH de Dreux) 02 37 51 52 53 poste 7663 cpineau@ch-dreux.fr	Lydie GUERIN (DSI Dreux) directiondesoins@ch-dreux.fr	Séverine MAURAT, IDE médecine à orientation pneumologie	Châteaudun	20/01/2017	10h00 à 12h00	CH de Dreux - salle de réunion au MPR (médecine physique et de réadaptation)
			Anne-Marie LAMY, cadre de santé médecine gériatrique aiguë/rééducation fonctionnelle	Châteaudun			
			Araceli LUSURIER, Cadre de santé onco-pneumologie, 02 37 51 50 57	Dreux	08/02/2017	14h00 à 16h00	CH Chartres – Salle Asie (Préfabriqué rouge en face des urgences)
			Nicolas NETTER, Orthophoniste, au MPR, 02 37 51 70 17	Dreux			
			Yoan SCOUARNEC, faisant fonction cadre de santé à la MDA, 02 37 42 05 19	Dreux	16/03/2017	09h30 à 11h30	CH de Dreux - salle de réunion au MPR (médecine physique et de réadaptation)

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Sophie BLONDEL, AS, consultations générales, 02 37 51 52 53	Dreux			
			Stéphanie PAULUS, IDE au DAPE, 06 22 34 36 81	Dreux	26/04/2017	14h00 à 16h00	CH de dreux- Salle du conseil
			Gaëlle GUILLOT, IDE au Dape, 06 67 04 71 12	Dreux			
			Véra PIRES DE SOUZA, infirmière service de médecine	Nogent le Rotrou			
			Claire Exposito, psychomotricienne	Bonneval			
			Muriel CASTREC, IDE en angiographie, titulaire d'un DU rythmologie et en cours d'un DU coronographie	Chartres			
			Laurence BRUNAUX, cadre de santé aux urgences	Chartres			
			Jocelyne LAURENT, infirmière CMP, Henri Ey	Chartres			
			Begona SERRANO, cadre de santé, Henri Ey	Bonneval			

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Aurore CANOINE, IDE	Chartres			
			Stéphanie CHAUVEAU-DUJANY, IDE	Chartres			
7- Développer la qualité des écrits professionnels, les transmissions orales ciblées et l'usage des logiciels support du DPI	<p align="center">Véronique DEHMOUCHE (Cadre Supérieur de Santé - CH de Chartres) vdehmouche@ch-chartres.fr</p> <p align="center">Françoise GOTTRAND (Cadre de pôle chirurgie - CH de Dreux) fgottrand@ch-dreux.fr</p>	<p align="center">Marie-Jo LALY (Bonneval) mj.laly@ch-henriey.fr</p>	Sylvie NEVEU, faisant fonction de cadre de santé, médecine à orientation cardiologie/équipe de nuits MCO et SSR (formation cadre en 2017-2018)	Châteaudun	16/01/2017	15h30 à 17h30	CH de Chartres - Salle des Commissions (Bâtiment central - 1er étage)
			Sophie FORGE, infirmière référente DPI	Châteaudun			
			Nathalie BERNAND, CDS, 02 37 29 33	La Loupe	07/02/2017	15h00 à 17h00	CH de Dreux - salle self 1
			Martine TROUINARD, cadre du Pôle Medico-Technique, 02 37 51 50 80	Dreux			
			Ludovic BLOUET, IDE en USIC-USIN, 06 64 75 40 29	Dreux	09/03/2017	15h00 à 17h00	CH de Châteaudun - salle Jean Proust (bâtiment principal – RdC)
			Sophie CHAUVIN, Cadre de Santé en pédiatrie, 02 37 51 53 16	Dreux			

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			S PRADELLE, Cadre de santé, 02 37 46 82 04	Dreux	04/04/2017	15h00 à 17h00	CH de La Loupe - salle de réunion
			Caroline POMMEREAU, IDE, 02 37 51 52 53 poste 7179	Dreux			
			Jessy LALE, IDE en cardiologie	Chartres			
			Agnès SADI WA, infirmière CPC, Henri Ey	Bonneval			
			Odile PELTIER, IDE	Chartres			
			Valérie MALBET, Référente DPI	Nogent le Rotrou			
			Isabelle DESCHARREAUX, IDE clinicienne, SSR/USLD	La Loupe			
8- Promouvoir une dynamique de recherche pragmatique, innovante et ambitieuse.	Christine SOREAU (Cadre Supérieur de Santé FF DDS - CH Henri Ey) c.soreau@ch-henriey.fr	Rachel LE PAPE (Cadre de Santé IFPP) rlepape@ch-dreux.fr 02 37 46 80 21	Anne LEGRAS-BAUDIN, cadre supérieur de santé adjointe à la direction des soins, titulaire d'un DU éthique	Châteaudun	05/01/2017	14h30	Centre psychiatrique au Coudray
			Sandra BESNARD, collègue des cadres de santé	Bonneval			

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Jessica NOEL, faisant fonction de Cadre de Santé Eaux-vives, 02 37 51 54 09	Dreux	25/01/2017	09h00	CH de Châteaudun - salle à préciser
			Chantal COURTOIS IDEC SSIAD, 02 37 29 33 79	La Loupe	27/02/2017	14h00	CH de Bonneval - salle à préciser
			Stéphanie MERCIER, infirmière CMP, Henri Ey	Chartres			
			Sandrine HAYO, cadre supérieur de santé psychiatrie, Henri Ey	Chartres	23/03/2017	14h00	CH de Dreux - salle à préciser
			Nor Eddin RHARZALE, cadre de santé urgences	Chartres			
			Marie-Madeleine NORMAND	Chartres	27/04/2017	14h00	Ch de Chartres - salle Amérique
			Sylvie APPRELON, coordinatrice recherche clinique	Chartres	11/05/2017	14h00	CH de La Loupe

ELABORATION DU PROJET DE SOINS PARTAGE

AXES	PILOTES	CO-PILOTES	GROUPES DE TRAVAIL	ETABLISSEMENT DE L'AGENT	DATES DE REUNION	HORAIRE	LIEU
			Anne HERON, Praticien URC	Dreux			
			Isabelle DELACOURT	Nogent Le Rotrou			