



# Projet Médical Partagé

**mai 2017**

<b>Rédaction</b>	C. Villermet, Directeur chargé du GHT Alpes Dauphiné et du CH de La Mure
<b>Validation</b>	PS Jouk, Président chargé du Collège médical de territoire du GHT Alpes Dauphiné P Ganansia, Vice-président du Collège médical de territoire du GHT Alpes Dauphiné J Hubert, directeur général du CHUGA, président du CT du GHT Alpes Dauphiné
<b>Date</b>	28 avril
2017	

# SOMMAIRE

## Fiches

1- Gestion des risques, de la qualité et la sécurité des soins	p. 3
2- Projet territorial des urgences	p. 4
3- Permanence et continuité des soins	p. 6
4- Filières de psychiatrie	p. 8
5- Consultations spécialisées	p. 10
6- Activités ambulatoires	p. 12
7- Plateaux techniques	p. 14
8- Organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (à développer au sein de la fiche n°2)	p. 15
9- Activités d'HAD	
10-Filières d'aval : problématique générale	p. 19
11-Filières d'aval : SSR	p. 21
12-Filières d'aval : prises en charge médico-sociales	p. 25
13-Services médico-techniques : Biologie médicale	p. 28
14-Services médico-techniques : Imagerie médicale	p. 30
15-Services médico-techniques : Pharmacie	p. 32
16-Association du CHU sur les Missions HU	p. 34
17-Services médico-techniques : Filières de cardiologie	p. 35
18-Equipes médicales communes : Filière gériatrique <i>(fiche à revoir, hors validation du PMP le 5 mai 2015)</i>	p. 37
19- Projet médical d'addictologie CHAI-CHUGA/CHV	p. 39
20-Modalités de suivi et d'évaluation du Projet Médical Partagé	p. 40

## Annexes

1- Activité de SSR sur le bassin du GHT	p.41
2- Synthèse management de la qualité et des risques (MR Mallaret)	p.42
3- Filières d'aval : positionnement des établissements (Y Kamga, D Frappat)	p.48

<b>1</b>	<b>Gestion des risques, amélioration de la qualité et la sécurité des soins</b>
Pilotes	Dr MR Mallaret, Dr C Peter
Date	5 mai 2017

Les établissements du GHT identifient plusieurs points forts ou à améliorer au regard de la gestion des risques et l'amélioration de la qualité.

**Points forts :**

- L'ancienneté et la bonne structuration d'une démarche qualité, et parfois d'une direction de la qualité (CHUGA, CH Voiron, Tullins, Uriage...)
- Un début de réflexion commune sur les parcours de territoire initié en 2015 (AVC, cancer colorectal, fracture du col du fémur), un pilotage du Copil qualité du CHLM par le CHUGA, des liens entre l'assistante qualité de rives et le CH de Voiron...
- Des démarches synchronisées entre établissements voironnais pour préparer la certification, au-delà de la direction commune (concerne Tullins).
- Des indicateurs qualité plutôt satisfaisants, six établissements étant certifiés avec un niveau B, et trois avec un niveau A.
- Des indicateurs transversaux de qualité et de sécurité des soins satisfaisants (A ou B), même si un travail significatif demeure à conduire dans la plupart des établissements concernant les documents de sortie et les courriers de fin d'hospitalisation
- Des outils informatisés (dossier patient à Uriage, logiciels qualité...)
- Une implication des usagers dans plusieurs établissements (CHUGA, Uriage, Tullins...)

**Points pouvant être améliorés :**

- Des ETP dédiés non négligeables (6 au CHU, 4.7 dans les établissements du CHV, 3.25 au CHAI...), mais parfois insuffisants au regard de la réglementation ou très mobilisés par un secteur dédié (CHU, mobilisation pour le COFRAC ou les accréditations JACIE en oncologie notamment) ; mobilisation des professionnels jugée difficile à La Mure, Rives...
- Des logiciels de GED disparates (2 Intraqual dont le CHU, 4 Qualitech dont Voiron, 1 Signal Web au CHAI)
- Des lacunes exprimées par certains établissements : informatisation incomplète du dossier patient (La Mure, St Laurent...)

Les **attentes des établissements** ont été répertoriées par les pilotes du groupe, qui ont établi la synthèse jointe ci-après (Cf. en particulier pages 2 et 3 de l'annexe 2).

Les travaux se poursuivent pour mettre en place un plan d'action au premier trimestre 2017.

## 2 **Projet territorial des urgences**

**Pilotes** Dr M. Maignan, Dr C. Paquier, Dr G Debaty, Dr C Chapuis  
C Villermet, Dr B El Mastini

**Date** 5 mai 2017

Les médecins pilotes du groupe sont chargés par le Collège médical d'établir une synthèse des dispositifs existants sur le territoire et de proposer des plans d'actions. Ils proposent une première réunion du groupe de travail en février 2017, avec des représentants médicaux et soignants des trois établissements du GHT dotés d'un SAU.

Le groupe est notamment chargé d'identifier :

- Les aides attendues du GHT pour améliorer les prises en charge en urgence dans chacun des trois établissements concernés (CHUGA, CHV, CHLM)
- La pertinence et les modalités de postes d'urgentistes partagés entre au moins deux services d'urgence
- Les situations nécessitant la mise en place de protocoles gradués entre les établissements du GHT (hémorragies digestives, douleurs thoraciques, fractures ouvertes, télé-AVC...)
- La pertinence d'une liste de numéros d'appel, diffusée par le CHUGA et actualisée comme une procédure, permettant le recours à des avis spécialisés
- L'intérêt et la faisabilité précise d'une mutualisation du fonctionnement des SMUR du CHU et du CHV

Pour procéder au diagnostic territorial initiant la démarche, le groupe dispose :

- De la méthodologie adoptée par l'ARS pour l'évaluation des services d'urgence de la région en 2015
- D'une grille d'analyse proposée par l'ANAP et l'ARS Auvergne-Rhône Alpes en février 2017 dans le cadre d'un suivi de six GHT de la région, privilégiant la question des urgences et des DAM territoriales en 2017.

Le groupe organise la réflexion concernant le projet médical commun des urgences autour de trois axes :

### 1- Offre de soins :

- a. quels patients dans quelles filières ? (formalisation et actualisation de la stratification territoriale ; rôles de chaque établissement : recours, appuis ou antenne ?...)
- b. inventaire des filières auxquelles a accès chacun des trois SAU (cardiologie, neurologie, urologie, orthopédie, gériatrie...)
- c. organisation des avis séniorisés H24 au sein du GHT, voire au service de tout le territoire Est.
- d. recours aux consultations post urgence par tous les établissements du GHT
- e. connaissance et diffusion au fil de l'eau des disponibilités en lits à l'échelle du GHT (solution informatique disponible au SAMU ? création d'un poste de *bed manager* H24 au SAMU ?...)
- f. harmonisation de l'environnement des SAU : UPU, UHCD, AMU-PDS (maisons médicales...), pratiques des SMUR...
- g. le mode de recours à l'urgence des établissements non dotés de SAU, sans oublier le rôle des établissements privés.

### 2- RH (limité au personnel médical)

- a. Quelles formations communes ? ; vers des protocoles de service partagés ? (ex : pose des Piclines...)

- b. Quelles possibilités de mutualisations ? : SMUR, régulation, urgences, ouvrir des postes temporaires à des médecins libéraux ? ...
- c. Possibilités de répartition d'internes ? d'assistants partagés entre CHU et CH ?

3- La logistique commune :

- a. vers une convergence des équipements, y compris véhicules, et des achats (obligation GHT)
- b. quels besoins informatiques adaptés à des prestations territoriales.

En outre, le groupe s'attachera à présenter les aptitudes de chaque établissement concernant les réponses apportées aux situations exceptionnelles (fiche n°8 prévue dans le décret du 26 avril 2016). Il tiendra compte des plans blancs propres à chaque établissement, qui seront complétés par un volet territorial. Cette coordination entre établissements sera soumise pour avis au collège médical du GHT Alpes Dauphiné.

Les attentes exprimées par le CH de La Mure au sein du collège médical consistent à :

- maintenir un SAU ouvert H24 en évitant le recours aux intérimaires.
- créer un profil de poste pour les postes partagés, validé et élaboré par l'ensemble des chefs de services.
- disposer des identifiants pour accéder aux dossiers patients pris en charge en amont par le CHU.
- avoir lits de courtes hospitalisations pour les urgences
- avoir des effectifs médicaux et paramédicaux et des locaux adéquats
- discuter d'hospitalisation et la surveillance des trauma crâniens ou autres en utilisant le service de médecine comme une structure d'aval.
- demander une délégation aux neurologues du CHUGA pour pouvoir réaliser des fibrinolyse.

### **3**

## **Permanence et continuité des soins**

Pilotes

PS Jouk, P Ganansia, E Ancillon, C Villermet

Date

5 mai 2017

Au sein du GHT Alpes Dauphiné, l'organisation de la Permanence des Soins (PDS) concerne essentiellement le CHUGA, le CH de Voiron et le CH de la Mure.

L'ARS Auvergne Rhône-Alpes initie en avril 2017 un bilan des PDS de chaque GHT, dans le cadre d'un groupe de travail régional. Le GHT tiendra compte de ces travaux préalables pour faire évoluer l'organisation de sa PDS.

Le CHUGA fera le bilan des prestations de PDS d'ores et déjà mises à disposition du GHT : infectiologie, cardiologie, AVC...

#### 4

### Filières de psychiatrie

Pilotes

Dr A Piero, Pr T Bougerol

Date

5 mai 2017

Les médecins pilotes du groupe sont chargés par le Collège médical d'établir une synthèse des dispositifs existants sur le territoire et de proposer des plans d'actions.

Le groupe de travail constitué précisera notamment la pertinence et la faisabilité d'une équipe de liaison territoriale, en fonction des besoins exprimés par les établissements. Le cas échéant, le rôle du CHAI devra être précisé (structuration de l'unité, rattachement à un pôle inter-établissements du GHT, nombre de praticiens, fonctionnement...)

Parmi les **forces de la filière de psychiatrie** observées au sein du GHT, on notera :

- l'universitarisation des prises en charges offerte par le CHU, avec de prises en charge de pathologies complexes mixtes somatiques et psychiatriques, et des liens avec les structures de recherche et neurosciences
- Des possibilités de développer la **recherche clinique** et les centres experts.
- Une couverture territoriale très dense et ancienne conduite par le CHAI, en voie de renouvellement à travers le projet de plusieurs plateformes territoriales pluridisciplinaires, et des prestations spécialisées (notamment C3R pour les sourds et malentendants)
- Des situations de proximité propices à des collaborations à venir entre le CHAI et plusieurs établissements du GHT (Présence d'une équipe psychiatrique dans le pôle handicap à Saint-Laurent, proximité du CMP à La Mure, Voiron, notamment)
- Des consultations au moins hebdomadaires organisées dans plusieurs établissements (Rives...) à étendre à d'autres établissements (en 2012, échec d'une convention entre le CHAI et St Geoire en Valdaine)
- Des groupes de travail conduits par le CHAI reliant déjà plusieurs établissements (dont le CHSLDP sur les champs de la géro-psycho-geriatrie et du handicap psychique)
- Une part de gestion de la psychiatrie infanto-juvénile conduite par le CHAI (travail en réseau, plusieurs démarches EPP inter-établissements, psychiatrie de liaison à la maternité et en pédiatrie à Voiron)
- Une gestion territoriale des urgences psychiatriques pilotée par le CHAI au CHUGA et à Voiron (même si la présence d'un psychiatre n'est pas continue) dont bénéficient les établissements environnants (Rives notamment), avec toutefois un besoin d'amélioration des recours à l'urgence identifié à Uriage, où une meilleure visibilité de la sectorisation est souhaitable.
- Des locaux fermés et sécurisés dans plusieurs établissements offrant des possibilités d'évolution d'activité sur site (St Geoire, St Laurent, possibilités à La Mure)

Parmi les points à améliorer et les attentes importantes exprimées par les établissements du GHT, figurent principalement :

- Besoin d'une organisation territoriale de la psychiatrie intégrant des interventions au sein des établissements du GHT, au-delà de la psychiatrie « hors les murs » qui représente déjà près de 80 % de l'activité du CHAI dans les différents secteurs qui lui sont confiés. Des besoins importants sont particulièrement identifiés en gérontopsychiatrie, addictologie complexe, troubles du comportement alimentaire, manifestations comportementales des maladies neurodégénératives
- Besoin d'un projet médical de territoire pour la prise en charge des personnes avec déficience intellectuelle, qui ne relèvent pas que de la psychiatrie.
- Une absence de structures sanitaires adaptées à la gérontopsychiatrie pour l'ensemble des établissements du GHT. projet de réaffectation de lits pour une Unité de psychiatrie du SA au CHAI soutenu par la création de lits de recours lors de décompensation somatique à St Laurent du pont (UMAGP) réflexion de poste de PH territorial.
- **Focus :** Un travail en commun entre le CHAI et le CHSLDP (avec rédaction d'une note d'intention) est en cours sur un projet de filière géronto-psychiatrique comprenant une unité inter polaire de psychiatrie du sujet âgé au CHAI de 14 lits et une unité de médecine aiguë comprenant 5 à 7 lits de géronto-psychiatrie au CHSLDP pour le transfert des patients à forte valence somatique.  
Ces projets incluent la mise à disposition entre les structures de temps médicaux partagés en gériatrie et en psychiatrie.  
Ils peuvent intégrer, sur ce modèle, la participation d'autres établissements du GHT et le CHUGA  
La question de la filière d'aval, médico-sociale, est également incluse à ce projet de filière gérontopsychiatrique
- Lien à prendre en compte avec la filière d'aval gériatrique et médico-sociale.
- Une insuffisance de temps médical de psychiatre, en particulier à Saint-Laurent, où 2/3 des 405 lits sont occupés par des patients handicapés ou atteints de pathologie psychiatrique, mais aussi à Saint-Geoire, Rives, La Mure.
- Des difficultés d'insertion des patients psychiatriques dans plusieurs filières :
  - o Accès insuffisant aux ECT organisés par le CHU ?
  - o Difficultés d'accès aux soins somatiques dispensés par le CHU et le CH de Voiron
  - o Pratiques des urgentistes hétérogènes pour PEC urgente des troubles du comportement
  - o Peu d'alternatives à l'hospitalisation en cas de risque suicidaire non élevé
- Psychiatrie infanto-juvénile
  - o Manque de service/lits d'urgence pour enfants ou adolescents
  - o Problème pour réaliser une hospitalisation complète en cas de crise TSA
  - o Déficit de coordination avec certaines unités de pédiatrie
  - o Déficit de la psychiatrie de liaison à Voiron
  - o Déficit de pédopsychiatres en formation (manque d'attractivité ? absence de PUPH ?)
- ⇒ Besoin de développer la formation des professionnels dans le cadre du GHT :
  - o des modules ou des sessions de formation en gérontopsychiatrie sont proposés aux professionnels du CHAI et du médico social et peuvent être développés sur le GHT



- Instaurer une continuité de service en cas d'absence du psychiatre - Développer le travail en réseau pour l'éducation thérapeutique

## 5

Pilotes

Date

## Consultations spécialisées

P Ganansia, Dr G Pernod

5 mai 2017

Les médecins pilotes du groupe sont chargés par le Collège médical d'établir une synthèse des dispositifs existants sur le territoire et de proposer des plans d'actions.

Une consultation spécialisée est une consultation d'un établissement du GHT dans un autre établissement du GHT sur une discipline absente de ce dernier, et dont l'activité ultérieure induite pourra être développée dans le premier établissement.

Parmi les **points forts identifiés** au sein du GHT, on notera :

- Les nombreux praticiens très spécialisés du CHUGA pouvant assurer des consultations avancées
- Des consultations spécialisées fonctionnant déjà de façon consolidée entre centre hospitaliers
  - o Entre le CHU et le CH de La Mure (une dizaine de disciplines presque exclusivement avec le CHUGA) ou le CH de Voiron (ophtalmologie, urologie...). Le CH d'Uriage assure aussi de longue date des consultations de rhumatologie au CH de la Mure.
  - o Entre le CH de Voiron et St Laurent du Pont (pneumo, orthopédie, rhumatologie,) ou de façon informelle à Tullins et à Rives (orthopédie)
  - o les consultations spécialisées sur place au CH de Tullins sont organisées pour une majorité par les médecins du Centre hospitalier de VOIRON : neurologie, cardiologie, orthopédie, infectieux, douleurs.
- Spécificité de la psychiatrie : outre les Cs sur site au CHAI, nombreuses Cs périodiques organisées dans le cadre d'un suivi ambulatoire sur les plateaux territoriaux.
- Des locaux disponibles, signalés à Saint Geoire, ou à Rives (équipements ophtalmo et ORL)

**Les faiblesses du GHT** concernant les consultations avancées identifiées en 2016 concernent :

- Les difficultés humaines et logistiques d'organisation pour des activités multisites
- Des délais de rdv demeurant élevés (cardiologie, ophtalmologie) et une absence de remplacement des spécialistes durant leurs congés, le plus souvent.
- Un manque d'intervenants sur de nombreuses spécialités exprimé à Saint- Laurent du Pont (dermatologie, psychiatrie, ORL, stomatologie, ophtalmologie...) et dans une moindre mesure à Tullins (neurochirurgie, main, rhumatologie, psychiatrie, urologie), Uriage ou St Geoire (angiologie en urgence, avis spécialisés de cardiologie plutôt obtenus à la clinique Belledonne).

On notera qu'une part non négligeable des Consultations fonctionne grâce à des **intervenants libéraux** :

- Parfois partiellement, essentiellement pour les hospitalisés, comme à Rives (dermatologie, ophtalmologie, angiologie, endocrinologie, orthophonie) ou Uriage, ou Tullins (avis dermatologiques, angiologiques et orthoptistes)
- Résiduellement, comme à La Mure (une part de cardiologie, angiologie)

Les possibilités de réorganisation de ces secteurs mériteront d'être étudiées, dans le cadre d'une stratégie de groupe publique.

Les **attentes exprimées** par les membres du GHT sont :

- Quantitatives, concernant le nombre de plages à développer

- Techniques : besoins de **télémédecine** (Avis d'expertise en utilisant les outils existants : CMF qui pourrait utiliser les outils de Télé AVC ; Suivi des plaies complexes pourrait se faire aussi. Bien documenté montrant la rentabilité bénéfice coût) ou par vidéoconférence (St Laurent, St Geoire, La Mure, Tullins) ; besoin de centraliser les demandes de consultation de tous les établissements pour remplir des plages communes de téléconsultations (en gériatrie notamment) ; à Uriage, besoin d'un radiologue pour l'interprétation à distance des radiographies réalisées dans l'établissement.
- Parfois ciblées : attentes fortes en cardiologie notamment à Uriage ou dans le pays voironnais (première réponse à partir de 2016 avec le renforcement des Cs sur le site de Voiron grâce à des postes partagés)

Le recueil des besoins conduit en janvier 2017 fait apparaître un périmètre relativement restreint de consultations, retracé dans le tableau ci-dessous (où les établissements ont classé leurs rangs de priorités de 1 à 3, en précisant les fréquences souhaitées) :

	CHUGA	CH Voiron	CHAI	CH Tullins	CH Rives	CH SLDP	CH St Geoire	CH Uriage	CH La Mure
Dermatologie		3				2			2
Douleur									
Cardiologie		1	1		1	3	1		
psychiatrie				1		1			
ORL					2	3			
stomatologie		3				3			3
ophtalmologie		3	1			3			
angiologie			1	4			3		
pneumologie							2		
endocrinologie		2							1
rhumatologie		3		2	1				
urologie		2		3		3			
neurochirurgie									
chir de la main		3							
Gynécologie			1						
Fréquence souhaitée							2		
mensuelle							Oui		
bimensuelle				1,2 et 3	2	+			
hebdomadaire		+	+		1	+			1, 2 et 3

Il existe un potentiel d'activité de diabétologie à Voiron avec l'AGDUC ; en revanche pour la stomatologie, les équipements ne sont pas prévus sur le nouvel hôpital. L'ophtalmologie de routine pour réadressage de patientèle avec montée en charge sur le nouvel hôpital pourra aller au-delà de la consultation chirurgie et se développer en chirurgie ambulatoire.

Ce recueil sommaire méritera d'être complété par :

- un état des lieux chiffré des activités, y compris les temps, le rythme, les délais de RDV.
- une visibilité des disciplines en tension au regard des difficultés démographiques des spécialités médicales en libéral.
- La définition des quotités de temps partagé, les modalités d'accueil des Assistants partagés
- La définition des modalités de financement des consultations spécialisées, en phase initiale et en phase de pérennisation.
- Les modalités de financement de la télémédecine, même si elle demeure pour l'instant marginale par rapport à l'ensemble des besoins.

L'un des axes majeurs de réflexion consiste à développer prioritairement les consultations spécialisées sur deux sites pouvant desservir leur environnement situé dans un délai de trajet de 30 mn environ :

- Sur le site du Centre Hospitalier de La Mure (peu de besoins exprimés par le CH d'Uriage auprès du CHU)
- Sur le site du Centre Hospitalier de Voiron, pour le compte de ses établissements en direction commune mais aussi de Rives et Tullins.

## 6

## Activités ambulatoires

Pilotes

P Declety,

Date

5 mai 2017

Le développement des activités ambulatoires au sein du GHT, en termes de volume, concerne essentiellement le CHUGA, le CHV et le CHAI. Les autres établissements peuvent toutefois être directement concernés également, par le développement des HDJ, dans toutes leurs prises en charge.

Le GHT Alpes Dauphiné présente déjà, début 2017, **une antériorité solide** d'activités ambulatoires :

- Un virage ambulatoire largement entamé au CHUGA : 40% des interventions réalisés en ambulatoire, projet de construction d'un service de chirurgie ambulatoire de 50 postes avec bloc à forte rotation attenant sur **la période 2017-2020**
- Des prises en charge ambulatoires existantes dans la plupart des plus petits établissements, qui nécessiteront en partie une coordination et des organisations transversales de GHT (transfusions) :
  - o Saignées, transfusions, traitements spécifiques (biothérapie) pour populations de proximité et fragiles à Saint-Laurent ou Saint-Geoire
  - o Prise en charge de patients douloureux chroniques en HDJ et programme spécifique de réadaptation ambulatoire pour les lombalgies chroniques ou les opérés du rachis à Uriage
  - o Quelques activités de proximité pouvant être rassemblées dans un HDJ à La Mure (transfusions, chimiothérapies, endoscopies...).
- Sectorisation des soins ambulatoires en psychiatrie (HDJ, CATTP) avec équipes compétentes avec des réseaux opérationnels qui doivent être mieux connus des différents partenaires

Plusieurs **difficultés de fonctionnement** attendent des réponses organisées au sein du GHT :

- Faible recours au CHUGA pour les actes ambulatoires de dépistage (par exemple endoscopie digestive)
- Difficultés d'accès au plateau technique du CHUGA (IRM, scanner, plates-formes spécialisées)
- Nécessité de coordonner les parcours de chirurgie ambulatoire avec le CH de Voiron
- Anticipation l'impact de l'ambulatoire sur le territoire (prise en compte de l'impact sur les services d'urgences)
- Manque de structure identifiée et d'activité organisée, sans valorisation spécifique des actes ambulatoires, relevé à la Mure, St Laurent ou St Geoire, notamment, parfois en lien avec le manque d'une consultation gériatrique. Un manque de moyens, notamment pour développer l'éducation thérapeutique ambulatoire avant arthroplastie de hanche et de genou ou pour la rééducation post arthroplastie est aussi exprimé à Uriage (seulement 3 places d'HDJ) ou à Voiron
- Le CHAI, prestataire d'ambulatoire, mais aussi parfois en situation de demandeur pour ses patients, déplore :
  - o La multiplicité des partenaires, l'impossibilité de répondre aux demandes très nombreuses et aux besoins d'information
  - o Un travail de coordination très chronophage (santé, justice, éducation nationale...)
  - o Un manque de formalisation des collaborations avec les services MCO

- Des difficultés de mise en œuvre des soins somatiques lourds lorsque le patient est adressé en psychiatrie
- Des délais excessifs de PEC en ECT et pour obtenir une hospitalisation
- Un manque de structures de soins destinées aux 11-14 ans (accueil uniquement sur Grenoble).

Parmi **les actions possibles identifiées**, le projet médical partagé priorisera :

- Le développement d'indicateurs d'activité ambulatoire communs pour le GHT
- des formulaires de demandes d'examen unifiés au sein du GHT (système d'information)
- une politique territoriale du développement de la prise en charge ambulatoire de la traumatologie : CHUGA/CHV, ou bien possibilité de développer l'orthogériatrie avec le SSR de SGEV pour fluidifier les parcours, etc.
- un développement de la communication sur la PEC ambulatoire entre établissements du GHT
- un développement des offres ambulatoires au service des plus petits établissements, soit sur site, soit dans l'établissement MCO de proximité (question pour Saint-Geoire, Uriage...)
- en particulier concernant la psychiatrie, les orientations suivantes exprimées par le CHAI méritent d'être déclinées en plan d'actions :
  - l'amélioration de l'articulation entre les réseaux et les programmes coordonnés d'interventions
  - le développement de formations communes entre les différents partenaires
  - la poursuite d'actions coordonnées autour de la périnatalité
  - le renforcement des réseaux et des équipes mobiles
  - une meilleure coordination pour la PEC des comorbidités

La redéfinition de la circulaire Frontière pour le MCO qui pourra modifier les PEC en HDJ, sera prise en compte dans les réflexions du PMP.

## 7

## Plateaux techniques

Pilotes

C Villermet

Date

5 mai 2017

Les deux principaux établissements MCO du GHT Alpes Dauphiné concrétisent à compter de 2017 une refonte de leur plateau technique, avec des travaux entamés en avril.

### 1- Le CHU Grenoble Alpes a fait de la modernisation de ses structures un axe prioritaire :

La modernisation du CHUGA va lui permettre de jouer pleinement son rôle d'établissement de recours et de référence, dans des conditions optimales d'accueil des patients et familles, et de travail pour les professionnels. Les travaux durent de 2017 à 2023 pour un montant prévisionnel total de 182 millions d'euros.

Le projet consiste en plusieurs chantiers de modernisation majeurs, articulés autour et dans l'hôpital Michallon :

- la construction d'un nouveau bâtiment satellite de l'hôpital Michallon, appelé le Nouveau Plateau Technique – NPT, dédié aux urgences, réanimations et accueillant l'hélicoptère en toiture ;
- la modernisation des salles opératoires de l'hôpital Michallon et la création d'un secteur ambulatoire ambitieux ;
- la rénovation des halls d'accueil avec le regroupement des consultations à fort flux dans les rez-de-chaussée, la réorganisation de secteurs ambulatoires et tertiaires des étages d'hospitalisation qui seront relocalisés dans les « plots » (espaces actuellement disponibles du 3<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> étage), l'achèvement de la mise en sécurité incendie du bâtiment.

#### Le Nouveau Plateau Technique – NPT

Ce Nouveau Plateau Technique regroupera le service d'accueil des urgences, les réanimations et les unités de surveillance continue chirurgicales et médicales et l'hélicoptère en toiture. L'un des objectifs majeurs de ce nouveau bâtiment est de mettre l'innovation au service de la santé des populations de l'arc alpin.

Ce Nouveau Plateau Technique c'est :

- Un plateau à la pointe de la technologie
- Une superficie de 13 000 m<sup>2</sup>
- 24 boxes d'urgence pour 65 000 passages/an
- 47 lits de réanimation et 22 lits de surveillance continue
- 2 000 mouvements annuels d'hélicoptères
- Un investissement de 60 millions d'euros
- 

La modernisation de l'hôpital Michallon (Nouvel Hôpital Michallon – NHM) a pour objectifs :

- favoriser la qualité et la prise en charge du patient, rendre son parcours plus fluide,
- améliorer le confort hôtelier,
- structurer les flux en réorganisant les activités et les prises en charge : patients, consultants, visiteurs, logistique, réorganiser les halls pour un accès à un niveau unique,
- rationaliser et optimiser l'ensemble des surfaces pour les adapter aux fonctions, améliorer la lisibilité du site,

- permettre les mises en conformité et mises en sécurité, notamment en sécurité-incendie, sécurité électrique, traitement d'air.

Cette étape va se concrétiser par la rénovation et la réorganisation des halls d'entrée et des circulations, le regroupement des consultations à forts flux au rez-de-chaussée, la mise en sécurité incendie de toute l'aile Chartreuse et la rénovation des plots.

Le Nouvel Hôpital Michallon c'est :

- De nouveaux espaces pour accueillir les patients et visiteurs, plus efficaces, lisibles et confortables
- Une superficie restructurée de 16 000 m<sup>2</sup>
- Un investissement de 60 millions d'euros

De nouveaux blocs opératoires innovants (projet Nouveau Plateau Interventionnel – NPI)

Rénovation complète des blocs opératoires avec 32 salles d'opération entièrement reconfigurées et équipées avec les toutes dernières technologies et reliées à un secteur ambulatoire de 50 places.

Les opérations annexes

Ces grands projets génèrent également des mesures collatérales ou des opérations d'accompagnement de moindre valeur mais d'une grande importance pour permettre la réalisation du schéma de modernisation et donner de la cohérence médicale et fonctionnelle à l'ensemble.

Parmi ces opérations, on peut citer :

- la modification de l'hélistation actuelle en raison du chantier du NPT,
- la création d'une nouvelle stérilisation,
- la réorganisation partielle de l'hôpital Sud pour accueillir des activités de chirurgie et de soins ambulatoire,
- la restructuration du secteur actuel des urgences après la livraison du NPT pour rénover l'UHCD et créer un secteur d'imagerie d'urgence,
- la relocalisation des IRM dans l'hôpital Michallon,
- l'installation d'un nouvel appareil de radiothérapie (TOMO2),
- l'installation d'un nouvel appareil d'angiographie.

## **2- Le CH de Voiron est engagé dans une reconstruction complète, autour d'un nouveau plateau technique, à compter de 2017 :**

Le nouveau Pôle hospitalier public-privé voironnais, d'une surface plancher d'environ 28 000 m<sup>2</sup> dans oeuvre et d'une capacité d'environ 290 lits et places, regroupera les activités de l'hôpital et de la clinique de Chartreuse à Voiron. Il s'étend sur une surface d'environ 7,5 hectares.

Ce projet est devenu une priorité de santé publique pour répondre à la forte expansion démographique du bassin voironnais, les structures médicales actuelles étant inadaptées en terme, de confort, de technicité, et d'accès pour faire face au développement de l'activité médicale.

### **Organisation générale**

Le projet de pôle hospitalier est composé de :

- un bâtiment d'une hauteur R+2 accueillant l'ensemble des unités :
  - 1 plateau technique à R+1 regroupant la plupart des activités des unités de soins : urgences - soins intensifs - blocs opératoire et obstétrical - consultations – imagerie.
  - 1 plateau d'hébergement à R+2
- deux bâtiments destinés à accueillir un centre de dialyse et un internat,



- une hélisurface au sol

### **Fonctionnement**

Le Pôle hospitalier pourra assurer l'accueil annuel de :

- 15 000 hospitalisés,
- 14 000 venues en hospitalisation de jour,
- 50 000 patients en consultation externe,
- 40 000 passages aux urgences.

Conçu suivant des principes de Haute Qualité Environnementale (HQE), ce nouvel établissement intégrera toutes les nouvelles fonctionnalités à même d'améliorer les services à la population ainsi que les conditions de travail des équipes soignantes.

Le pôle hospitalier sera composé de :

#### **- Un bâtiment central regroupant :**

Le plateau technique unique, comprenant :

- un bloc opératoire d'un total de 10 salles (5 200 interventions par an ; salle de réveil de 18 places).
- une imagerie médicale avec 6 salles majeures.
- un service centralisé, de consultations externes d'une vingtaine de salles.
- un service des urgences.

- **Une unité femme-enfant** : pédiatrie (12 à 15 lits), urgences pédiatriques (dont 3 places UHCD) 6 berceaux de néonatalogie en chambre individuelle, 25 lits d'obstétrique (dans l'unité de chirurgie contiguë).

- **Une Unité de soins intensifs cardiologiques et de surveillance continue de 16 lits.**

- **Hospitalisation de jour** : un hôpital de jour médico-chirurgical de 51 places ; chirurgie ambulatoire positionnée dans la continuité du bloc opératoire.

- **Urgences** : 40 000 passages prévisionnels, 12 places d'accueil spécifiques et polyvalents, une organisation en modules ; contiguïté de l'imagerie et proximité des lits pour soins intensifs post opératoire, une hélisurface pour 1 à 2 évacuations hélicoptérées par mois.

- **Consultations externes et explorations fonctionnelles** : 50 000 consultants par an, proximité de l'imagerie/hôpital de jour, grande flexibilité des locaux.

- **Un Bloc obstétrique** pouvant accueillir jusqu' à 1 800 accouchements par an (4 salles de travail et 3 salles de pré travail)

- **Une Imagerie**, fruit d'un partenariat entre le Centre Hospitalier et les radiologies libérales. Le service est équipé de 2 scanners, de l'IRM, ainsi que la radiologie conventionnelle, l'échographie et la mammographie.

- **Des unités d'hospitalisations médicales et chirurgicales** pour un total de 150 lits

#### **- Une Unité de logistique :**

- Un laboratoire.
- Une pharmacie.
- Un magasin général.
- Les archives.

**8**

## **Organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles**

Pilotes

C Villermet, groupe de pilotage Urgences

Date

5 mai 2017

Cf. fiche n°2

## 9

## Activités d'HAD

Pilotes

Date

5 mai 2017

L'HAD est un secteur en pleine évolution, innovant, qui répond aux attentes des patients et de leurs familles en proposant une prise en charge coordonnée et souvent complexe, évitant ou raccourcissant ainsi des hospitalisations conventionnelles.

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) du CHU de Grenoble, dispose d'un potentiel intéressant pour le GHT Alpes Dauphiné, avec des autorisations territoriales et un niveau d'activité moyen équivalent à plus de 80 places, même si la notion d'autorisation géographique (regroupement de communes) s'est substituée à celle de places autorisées. Un indicateur important d'activité devient ainsi la file active quotidienne moyenne.

L'HAD du bassin voironnais a été créée en 2006 par l'association Agiradom, l'ARS autorisant la prise en charge de 30 patients pour une population de 200000 habitants. Elle bénéficie alors d'un statut d'établissement de santé, certifié en septembre 2012 sans réserve, puis est transférée au sein du CHV le 01.01.15.

### Mode de financement :

L'HAD est assujettie à la T2A. Principaux facteurs déterminants le tarif journalier :

- le mode de prise en charge principal dans la liste des modes autorisés
- le mode associé
- le niveau de dépendance mesuré par l'indice de Karnofsky

Cette tarification est dégressive :

- du 1er au 4ème jour : 100% du tarif journalier
- du 5ème au 8ème jour : 76,13 % du tarif journalier
- du 9ème au 30ème jour : 67,65 % du tarif journalier
- du 31ème et au-delà : 63 % du tarif journalier.

Ce tarif revient au premier jour à chaque changement de séquence devant être motivée dans le dossier du patient.

### Grenoble

Secteur géographique d'intervention : Grenoble et grande agglomération (métro) ; Grésivaudan et Vercors ; Matheysine, Trièves et Oisans

Les HAD de Vienne, Bourgoin et Voiron intervient sur le Nord Isère

Interventions possibles de l'HAD dans les EHPA(D) et EMS (MAS...)

Ressources humaines : IDE, aides-soignants, puéricultrices, IDE de coordination, Cadres de santé, Kinésithérapeute, Assistantes sociales, Logisticien, Secrétaires médicales et Régisseur, Sages-femmes, Médecins

Travail en partenariat avec les professionnels libéraux : IDE, puéricultrices, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, médecins généralistes et spécialistes

Travail en lien avec les associations d'auxiliaires de vie et d'aides ménagères, les IFTS

### Activité

Principaux modes de prise en charge : Pansements complexes, Soins palliatifs et prise en charge de la douleur, Chimiothérapie, Traitements intraveineux, Nutrition entérale et parentérale, Rééducation neurologique et orthopédique, Grossesses pathologiques.

759 patients pris en charge en 2015

Moyenne d'âge : 49 ans

64 % de femmes

	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Progression 2015/2014	Progression 2015/2013
<b>Nombre de journées Totales HAD</b>	<b>21 151</b>	<b>22 764</b>	<b>24 407</b>	<b>7,2%</b>	<b>15,4%</b>
Adultes	13 178	14 852	15 164	2,1%	15,1%
Pédiatrie	3 333	3 623	4 089	12,9%	22,7%
Maternité	4 640	4 289	5 154	20,2%	11,1%

L'HAD travaille en coopération étroite avec tous les acteurs du système de soins, qu'ils soient hospitaliers, libéraux, organisés en structures publiques ou privées. Interface entre l'hôpital et la ville, elle permet de raccourcir voire d'éviter une hospitalisation conventionnelle et ainsi d'améliorer le confort et le vécu du patient, de limiter les risques liés à l'hospitalisation (perte d'autonomie, infections nosocomiales...), de favoriser l'amélioration de sa santé tout en diminuant le coût d'une prise en charge pour la même qualité de soins.

### Voiron

Places : 30 places

Secteur géographique : Voironnais, Chartreuse, 200 000 habitants.

Ressources humaines :

- 1 ETP médecin coordonnateur, avec 2 mi-temps
- 1 ETP d'infirmières coordinatrice
- 4,8 ETP d'infirmières, avec un 80%
- 1,6 ETP d'aides-soignantes, avec deux 80%
- 0.45 ETP d'assistante sociale,
- 1,2 ETP de secrétaires, avec un 20%

Collaborateurs de santé : médecins hospitaliers et de ville, infirmiers libéraux, les SSIAD, kinésithérapeutes, pharmaciens et les prestataires de matériel médical, équipes mobiles de soins palliatifs des centres hospitaliers Plateforme de Santé Voironnais, psychologues, orthophonistes, diététiciennes, pédicures, podologues.

Collaborateurs du réseau social : services autonomes du conseil général (PCH. APA...), services du maintien à domicile conventionnés par le conseil général : ADPAH, ADMR, Trait d'union ..... ; assistantes sociales du service social de la CRAM (dossiers des patients en arrêt maladie, en invalidité, en soins palliatifs), services sociaux des centres hospitaliers HAD requérant, divers services tels que les CCAS, les mutuelles...

Activité :

85 patients pris en charge pour 129 séjours

Soit 1,59 séjours par patient

DMS : 27,54 jours

3553 journées d'hospitalisation pour 8460 attendues en année pleine, soit **31,5 % de déficit** (seulement 11 refus imputables à l'HAD ; annulations par les services, les familles, changements de projets...)

TO de 70 %, en progression.

Prescripteurs : 2/3 CH de Voiron, mais aussi CHU ou médecins traitants.

Types de prises en charge : 41 pansements complexes, 13 % nursing, 11% soins palliatifs, 11% douleur, 10 % nutrition entérale

**Un mode de pilotage unifié des deux HAD du GHT sera recherché, pour mise en œuvre en 2017. L'attractivité médicale des services d'HAD, les conditions d'accueil d'internes, mérite d'être travaillées.**

**10**

## **Filières d'aval : problématique générale**

Pilotes

Dr Y Kamga, Dr D Frappat

Date

5 mai 2017

Un rapide recensement des forces et faiblesses des prestations existant au sein du GHT fait apparaître essentiellement les points suivants.

### **Points forts des filières d'aval :**

- Quelques filières d'aval ont été développées : HAD, gériatrie et SSR spécialisés (cardio, neuro et orthopédie)
- Satisfaction partagée vis-à-vis du logiciel Trajectoire, notamment pour la filière AVC
- Des possibilités de mise en place de filières internes à certains établissements disposant de la variété de services nécessaire. Exemple :
  - o La Mure : médecine, SSR, USLD et EHPAD
  - o Saint-Laurent : SSR, EHPAD et USLD, parcours patients bien définis avec acteurs d'amont et d'aval
  - o Saint-Geoire : SSR polyvalent à orientation gériatrique et EHPAD, parcours patient défini avec cohérence de proximité
  - o Rives : Filière gériatrique en place structurée pour personnes âgées dépendantes (SSR, EHPAD, SIAD), équipe mobile psychiatrique pour les patients âgés

### **Difficultés ressenties par les professionnels des différents établissements :**

- Limites géographiques d'intervention de l'HAD (ex : peu présente en Matheysine)
- Offre insuffisante de lits (Cf. aussi fiche SSR)
  - o pour le respect du rapprochement familial des patients de SSR gériatrique
  - o pour l'aval de plusieurs filières, pesant sur l'IPDMS des services de médecine : AVC gériatrique (patients très âgés non accessibles à la rééducation à admettre en SLD), oncologie, gériatrie ; difficultés pour orienter les patients de profil psychogériatrie ou assurer la PEC de patients polypathologiques avec soins lourds ; manque de structure d'aval pour patients déments, soins palliatifs, pathologie appareil locomoteur, psychiatrie et difficulté pour faire admettre des patients au CHAI (Rives, SGEV...)
  - o Perte de lits d'USLD transformés en EHPAD à Rives ou La Mure
- Difficultés de PEC des pathologies dégénératives à expression psychiatrique
- Des délais d'admission jugés excessivement longs et des informations parfois incomplètes ou pas toujours actualisées sur Trajectoire.

### **Éléments de contexte :**

- Les problèmes d'aval sont à géométrie variable selon
  - o les typologies de patients
  - o les secteurs géographiques et leur couverture médicale ou médico-sociale
  - o les politiques régionales de santé

- des réflexions nationales et locales font apparaître des pistes de solutions progressivement mis en place (Trajectoire, Prado, gestionnaire de cas, le ROR, la coordination des SSR, le virage ambulatoire ...)
- les membres du GHT ne partagent pas tous la même maturité dans la gestion de ces filières, selon : la taille des établissements et leurs filières internes, leur position géographique (Nord ou Sud Isère), l'usage plus ou moins intensif de Trajectoire, les actions engagées pour fluidifier les parcours (politique définie avec moyens à disposition ? actions d'évaluation – corrections– ajustements ?)

**Les établissements du GHT sont confrontés à cinq types de difficultés**, ayant un impact sur les établissements, le GHT et la région, liées à :

- la répartition qualitative et quantitative des structures d'aval
- la typologie des patients (MCO – SSR – autres structures d'aval)
- la variété des vulnérabilités associées
- l'organisation interne des structures
- une connaissance insuffisante du réseau disponible dans chaque filière

Les pilotes du groupe ont répertorié le positionnement de chaque établissement concernant chacune de ces difficultés (Cf. détail complet en annexe n°3)

Une première étape de **plan d'action** consiste à :

- partager plus systématiquement l'outil Trajectoire  
Optimisation du remplissage/orientation – réactivité dans les réponses – couplage avec le ROR et développement de l'outil en direction du secteur medico social - utilisation en intra (HC->HDJ) – en faire un outil fiable d'observation et d'analyse des flux...
- réduire les difficultés dues à l'organisation interne des établissements : recrutements de personnels médicaux (dédiés – partagés), ou de gestionnaires de cas/assistantes sociales ; organisation de la PEC : informations PATIENTS/ENTOURAGE ; synthèse cliniques - outils d'analyse de la charge en soin ; développement des outils de communication (visio-conférences...).
- travail progressif sur les filières de patients en situation de blocage ou « vulnérables »

**11**

Pilotes

Date

## **Filières d'aval : SSR**

Dr M Jaeger, Dr Y Kamga, Dr D Frappat

5 mai 2017

Un diagnostic territorial synthétique, dressé par le Dr Jaeger, préalable au plan d'action du Projet Médical Partagé (PMP) concernant le SSR, permet de rappeler l'environnement suivant :

### **1- Offre de soins :**

Voir tableau **annexe n°1**

- Une offre diversifiée
  - o 13 établissements SSR toutes spécialités, sauf la spécialité affection brûlés
  - o 1033 lits SSR ouverts, 100 places HTP
  - o 20 lits EVC/EPR
- Une offre SSR inférieure à la moyenne nationale sur le territoire EST  
Avec un faible taux de recours pour l'HC : 0,93 et pour l'HTP : 0,84 (moyenne nationale à 1)
- Une répartition relativement équilibrée entre secteur public et privé
  - o CH public : 479 lits et places
  - o ESPIC : 553 lits et places ; il importera de concerter ces établissements pour définir le PMP
  - o Clinique privée Korian Les Granges : 83 lits, ouverture HDJ
- Une répartition hétérogène des SSR sur le bassin selon la densité de population :
  - o Dans l'agglomération du voironnais : 1 lit/423 habitants,
  - o Dans le bassin grenoblois (La Métro de Grenoble et la Communauté de commune du Grésivaudan) : 1/770 habitants
  - o Dans le plateau Matheysin : 1/637 habitants.

D'autres structures sanitaires ambulatoires peuvent assurer le relai du MCO ou du SSR : 2 HAD rattachées aux CHU (90 places) et CH de Voiron (30 places) ; 2 équipes mobiles SSR : une de 20 places rattachée au CH de Tullins et l'autre de 20 places rattachée à la Clinique du Grésivaudan ; 3 plateformes de coordination proximité santé (Voironnais, Vercors, Saint Martin d'Hères).

### **2- Déclinaison selon les filières de soins**

**Suggestion proposée par le comité stratégique du GHT de janvier 2017** : mutualiser au sein du GHT le renfort soignant de certains SSR, en contractualisant un accueil supérieur de patients lourds bloquant des lits de MCO ? (solidarité financière entre établissements)

- Filière Personnes Agées Polypathologiques (PAP) :
  - o Nombreuses demandes Trajectoire : 66% des demandes contre 38% des admissions SSR pour >70 ans
  - o L'Hospitalisation complète en SSR ne peut être la seule réponse au besoin.
  - o Besoin de prioriser les patients pour lesquels le SSR aura un réel bénéfice (marge de récupération après perte fonctionnelle) ; Neuro-gériatrie
  - o Proposition rencontre intra GHT : Gériatrie CH Voiron et SSR du Voironnais



- Filière psychiatrique du sujet âgé : besoin d'un travail avec le CHAI.

Cette filière est la plus importante quantitativement avec 301 lits SSR dans cette spécialité.

Le travail avec les filières d'aval au SSR (HAD, EHPAD, équipes mobiles SSR) est à approfondir afin de ne pas prolonger la durée de séjour en Hospitalisation Complète SSR.

- Filière respiratoire :

Deux centres ont la spécialisation pour les affections respiratoires : le Centre Henri Bazire avec 71 lits d'hospitalisation complète, avec un projet de restructuration et relocalisation, et le Centre Médical Rocheplane avec 10 places d'hospitalisation de jour.

Une meilleure répartition des lits sur le bassin Grenoble-Sud Isère est à envisager, en parallèle du développement de l'HDJ SSR respiratoire.

- Filière cancérologique :

La moitié des patients proviennent du CHU pour cette activité SSR particulière (forte évolutivité de la maladie, objectifs fonctionnels à mesurer, soins médicaux lourds, peu valorisés), avec une forte activité des établissements privés : le Centre Henri Bazire (cancers thoraciques), le Centre Médical Rocheplane (cancer ORL, thoraciques, digestifs), la Clinique Korian les Granges (Neuro-oncologie), la Clinique du Grésivaudan (onco-hématologie), le Centre de soins de Virieu (patients du Voironnais). L'étude régionale de la filière cancer réalisée à partir du PMSI 2012 a montré un fort accès sur notre bassin pour les suites de chirurgie (50%), mais faible pour les complications intercurrentes liées au cancer (22%). La nécessité d'ouverture de lits SSR polyvalents sur l'agglomération de Grenoble dédiés à cette filière a déjà été réfléchi et évoquée avec à l'ARS. Cette réflexion est à poursuivre.

Les suites de soins en oncologie sont à travailler avec l'ensemble des acteurs de cette filière : MCO, SSR, structures d'aval. Cette prise en charge nécessite un dispositif médical particulier en raison de l'importance des soins médicaux et du profil évolutif hétérogène. Les structures d'aval sont directement impliquées, notamment l'HAD. Mais un relai SSR est parfois nécessaire lors d'une perte brutale de l'autonomie.

• Filière locomoteur :

Deux types d'affection peuvent être distingués : intervention suite à un traumatisme, pour lesquelles le SSR est souvent requis, ou suite à une chirurgie programmée pour lesquelles une organisation vers une prise en charge ambulatoire post MCO immédiate est à envisager en priorité. Le bassin dispose de 236 lits SSR spécialisés. Certaines pathologies, telles que les traumatismes ou suites opératoires complexes, relèvent du SSR spécialisé sur le CHU Grenoble-Alpes, le CH de Tullins, le CH d'Uriage, notamment pour la pathologie rachidienne, le Centre Médical Rocheplane. D'autres pathologies, telles que la fracture de hanche du sujet âgé, peuvent être admises en SSR polyvalents ou PAP. Cette filière de soins est déjà fortement impliquée dans le virage ambulatoire avec un nombre de places d'HDJ SSR conséquent et la mise en place du dispositif PRADO (Programme d'aide au retour à Domicile).

- Filière neurologique :

Quatre établissements disposent d'une autorisation de SSR spécialisé en neurologie : le CHU-GA, le CH de Tullins, la Clinique du Grésivaudan, la Clinique des Granges. 141 lits SSR sont dédiés pour cette spécialité sur le bassin.

Pour cette filière, il importe d'être vigilant au respect des sous-filières de soins par les établissements receveurs : CHU-GA : Pathologies neurologiques d'origine médicale ; CH de Tullins : patients neurologiques, d'origine médicale et traumatologique, résidant dans le Voironnais- Bièvres-Chartreuse ; Clinique du Grésivaudan : pathologies neurologiques post-traumatiques ; Clinique Korian les Granges : pathologie neuro-gériatrique et tumeurs cérébrales primitives.

Les affections neurologiques en SSR ont fait l'objet de deux études régionales, pour les AVC et pour les blessés médullaires.

- Filière AVC : Le CHU-GA se porte centre référent du bassin pour cette affection. Une intensification de cette filière au niveau du GHT est en cours, avec une participation conjointe aux consultations post-AVC du CHU-GA et du CH de Tullins. Concernant l'AVC des personnes âgées, l'accès au SSR reste limité. Certains patients sont directement orientés vers une structure médico-sociale (EHPAD), diminuant les chances de récupération fonctionnelle, révélant le besoin d'intensification du SSR neuro-gériatrique.
- Filière neuro-traumatologie : les blessés médullaires (BM) et traumatisés crâniens : pathologies prises en charge en priorité sur la Clinique du Grésivaudan qui se porte référent ; ponctuellement sur le SSR du CH de Tullins pour les patients stabilisés au plan respiratoire. Deux difficultés sont rencontrées dans ces filières. D'une part, les sujets âgés échappent le plus souvent, la Clinique du Grésivaudan prenant en priorité les sujets jeunes. D'autre part, les SSR sont souvent engorgés en raison des difficultés pour organiser le retour à domicile ou dans l'attente d'une structure médico-sociale adaptée à l'autonomie du patient.

- Filière Cardio-vasculaire :

Le seul SSR spécialisé cardio-vasculaire est au CHU. Il comprend 60 lits et 10 places d'HDJ et prend en charge en priorité les suites de chirurgie cardiaque et les coronaropathies du sujet jeune. Les SSR PAP ou polyvalents prennent en charge les décompensations cardiaques du sujet âgé. Une augmentation des prises en charge SSR ambulatoire est à envisager pour une action d'éducation thérapeutique et reconditionnement (recommandations nationales : 80% des patients devraient être orientés vers un SSR cardio).

- Filières digestive et métabolique et addictologie :

Il n'y a pas d'activité ni autorisation SSR affections Digestives- métaboliques au sein de GHT en hospitalisation complète ou partielle, malgré les besoins sur l'agglomération.

### 3- Virage ambulatoire :

Le Projet médical partagé devra intégrer dans la mesure du possible l'incitation de l'ARS à développer **les prises en charge ambulatoires**.

➤ Développement des Hospitalisations de Jour en SSR

Filière locomoteur : Les places en HDJ SSR locomoteur sont élevées sur le bassin. Le CH d'Uriage, qui dispose actuellement de 3 places d'HDJ, se porte référent pour la pathologie rachidienne. Une organisation pour une orientation des soins en ambulatoire est en cours pour l'ensemble du GHT.

Filière neurologique : l'agglomération de Grenoble est sous dotée en nombre de place HDJ SSR neurologique (uniquement 6 places sur le CHU). Le développement des bilans fonctionnels et de la rééducation dans l'AVC, dans la sclérose en plaques et les pathologies neuromusculaires est à poursuivre sur le CHU-GA. Le CH de Tullins dispose de 15 places d'HDJ mixtes Locomoteur et neurologique.

Filière Cardio-Vasculaire-Thoracique : pour proposer au plus grand nombre de patients des programmes de réentraînement à l'effort, d'éducation thérapeutique, de mise en lien avec les réseaux existants. Ces HDJ devraient pouvoir être proposés sur Voiron et Grenoble, avec un nombre de place proportionnel à la population.

Filière obésité : la réflexion pour le développement de groupes d'éducation nutritionnelle, de reconditionnement, de remédiation cognitive et psychologique en HDJ SSR est à poursuivre, notamment avec l'implication du CH de Tullins sur le Voironnais.

Filière Personnes Agées Polypathologiques (PAP) : Réflexion sur la mise en place d'HDJ sur les établissements PAP ou polyvalents, sans substitution d'hospitalisation complète si possible.

➤ Autres interventions ambulatoires en SSR

Consultations post-AVC : mises en place progressive au sein du GHT au CHU-GA en neurologie et MPR neurologique et au CH de Tullins depuis janvier 2017.

Equipes mobiles SSR : réflexion en cours sur une réorganisation des équipes mobiles existantes sur le CH de Tullins et la Clinique du Grésivaudan.

*Remarque* : L'impact sur les organisations SSR et les parcours de soins par filière suite aux récentes **modifications de tarification** (part de Dotation Modulée à l'Activité) demeure une incertitude, début 2017.

Le GHT Alpes Dauphiné dispose de deux filières gérontologiques bien structurées, en lien avec des établissements d'ailleurs situés au-delà du GHT :

- Grenoble et sud Isère
- Bièvre-Voiron-Chartreuse

On peut résumer les principales caractéristiques de chaque filière de la manière suivante.

**1- Filière Grenoble Sud Isère :**

- 50 % des plus de 75 ans de l'Isère (près de 50 000 personnes, contre près de 20 000 sur Voiron)
- 3 filières : CHU (référence ; inclut La Mure, soit 361 + 150 lits) ; les Cèdres, le GHM
- Une gouvernance articulée autour d'un comité stratégique départemental, des comités techniques et 7 groupes de travail
- Une action priorisant les grands axes du schéma autonomie :
  - o modernisation de l'information
  - o soutien aux actions citoyennes et déploiement des actions de prévention,
  - o soutenir et favoriser le maintien à domicile
  - o développement d'une offre en établissements et services répondant aux besoins (200 places à créer en résidence autonomie et 1264 places en EHPAD) + soutien significatif à l'investissement
  - o cohérence des politiques d'autonomie et d'aménagement du territoire
  - o un pilotage et une gouvernance en appui sur une dynamique partenariale
- Principaux dispositifs de la filière :
  - o Equipe mobile de gériatrie extra hospitalière : à domicile ou les EHPAD, secteur psychogériatrie +++
  - o Astreinte téléphonique gériatrique en journée au CHU (8h30- 18 h)
  - o Conventions filière gériatrique signées avec 40 EHPAD (3200 lits) : EMG extra-hospitalière depuis 2013 ; Télémédecine (téléconsultation) pour 3 EHPAD (MFI)
  - o Identification d'un secteur d'hospitalisation de Gérontopsychiatrie : pas de projet de service de gérontopsychiatrie sur le CHAI ; Equipe mobile de psy du sujet âge (EMPSA) sur secteur Nord et Sud ; service de gérontopsychiatrie de 30 lits sur la clinique des Alpes (Ex Coteau)
  - o Dispositif MAIA couvrant l'ensemble du territoire de la Filière
  - o 4 Equipes Spécialisées Alzheimer (Grenoble, Vif, Pays Vizillois, Grésivaudan)
  - o 1 plateforme de répit (secteur agglomération grenobloise)
  - o Hébergement Temporaire programmé et non programmé (travaux en cours)
- Autres projets en cours :
  - o Accueil de jour : 6 places (éducation thérapeutique des patients chuteurs, nutrition, iatrogénie, troubles cognitifs et soutien des aidants)
  - o Plateau évaluation gériatrique de territoire : télé gériatrie/gérontechnologie/gérodontologie ; consultations d'évaluation (prévention de la fragilité et de la perte d'autonomie, PAERPA) ; Intégration bouquet de service

## 2- Filière Bièvres Voiron Chartreuse :

- **Filière gerontologique :**
- Cette filière regroupe l'ensemble de la filière sanitaire (MCO, SSR, USLD), médico-sociale (36 EHPAD, EPA) et acteurs du domicile (plate-forme de soins, dispositif MAIA, département, médecin libéraux, IDE; services d'aides à domicile, hébergement; UHTU (unité d'hébergement temporaire d'urgence de 3 places; équipes mobiles: sujet âgés, et soins palliatifs; équipe mobile gériatrique du CHV intra et extra hospitalière (astreintes)
- Une gouvernance articulée autour d'un comité stratégique, un comité d'animation, un copil et des groupes de travail
- Cinq objectifs prioritaires de la filière gerontologique:
  - o Structurer et fluidifier le parcours de la PA au sein de la filière gerontologique
  - o Coordonner et sécuriser la prise en charge à domicile
  - o Intégrer la prise en charge géronto-psychiatrique dans ce dispositif
  - o Améliorer la prise en charge dans les structures médico-sociales
  - o Développer une culture gérontologie et modéliser les pratiques professionnelles

### Principaux dispositifs de la filière gériatrique sanitaire :

- ▶ EMG intra et extra-hospitalière (2015: Evaluations intra: 826 ; astreinte : 246; EMGEH: 51; ergo: 59 sorties en EHPAD et au domicile); Coopération avec 36 EHPAD (2500 places)
- ▶ Ligne téléphonique d'astreinte de gériatrie (8h30-18h30) lien direct avec l'ensemble des intervenants du domicile (médecins, IDE.)
- ▶ Unité d'hébergement temporaire d'urgence (3 lits en place) avec cellule de coordination (et 2 lits en place sur CH Tullins)
- ▶ **Service de médecine court séjour:** CH Rives : MCO polyvalent ; CH St Laurent du Pont : MCO polyvalent ; CH Voiron : MCO gériatrique et MCO polyvalent ;
- ▶ **SSR gériatrique :** CH de Rives ; (SSR de Virieux : hors GHT) ; **SSR polyvalent :** CH St Laurent du Pont, CH de St Geoire en Valdaïne ,
- ▶ Consultations : Consultation Gériatrique (chutes, post urgences) ; Consultation Néphrogériatrie, Consultation Oncogériatrie ; Consultation Mémoire, aide aux aidants
- ▶ Filière hébergement
  - ▶ Unités d'hébergement temporaire d'urgence (UHTU : 3 lits en place sur le CH de Voiron avec une cellule de coordination (2 lits en place sur le CH de Tullins)
  - ▶ USLD : CH St Laurent du Pont, CH Voiron, CH Tullins (+ Accueil de jour)
  - ▶ Accueil de jour : Tullins; autre Accueil de jour (hors GHT) St Etienne de St Geoire (Ricandelle /Moulins) et EHPAD Moirans
  - ▶ 36 EHPPAD dont CH St Geoire en Valdaïne, CH Rives, CH st Laurent du pont, CH Voiron ; CH Tullins

### 3- Priorités identifiées pour le PMP du GHT et projets

#### 1- Consolider les parcours patients dans chaque filière par un rapprochement des établissements

- Constituer un parcours troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer et apparentées sur le voironnais:
  - Création d'unité cognitivocomportementale sur Bièvre –voironnais chartreuse (psychogériatrie) en appui de la consultation mémoire, EMG extrahospitalière et les services MCO
- Réflexion sur un poste partagée CH de Voiron et SSR pour améliorer la fluidité des parcours (taux de transfert en SSR des MCO gériatrique de Voiron un des plus bas du département, inf. à 8%)
- Réflexion à mener avec la chirurgie orthopédique sur une unité orthogériatre et parcours de ces patients
- Projet gérontopsychiatrie en cours de réflexion : CHAI et CH st Laurent du Pont (concerne la psychiatrie)

#### 2 Développer les systèmes d'informations innovants au service des territoires

- **Voiron** : Dossier informatisé patient / Déploiement de Via Trajectoire EHPAD/réflexion en cours pour easily EHPAD
- **Grenoble** :
  - Déploiement de Viatrajectoire Médico-social : « Entrée en établissement », Formation en cours par le CD (Isère)
  - Déploiement du dossier patient partagé informatisé (Mespatients, projet TSN, Pascaline-Bourgoin)
  - Développement en cours d'un dossier informatique médicosocial pour les EHPAD (Easily), groupe projet Lyon
  - Participation à IsèreAdom (CHUGA, cohorte IC, PARC)

#### 3 Mise en place d'un dispositif de repérage de la fragilité et des personnes chuteurs

- bilan d'évaluation et de prévention de la fragilité (prise en charge graduée en consultation avancée et sur le plateau technique du CHU selon les besoins) en lien avec le plan « bien vieillir » développé sur le territoire

#### 4 Développer des outils communs sur tout le territoire, répondant à des préoccupations communes :

- bilans HDJ / fragilité, EMG
- consultations spécialisées sur sites et parcours patients
- conventions de coopération
- Soutien à domicile et situations complexes
- Travaux communs sur des thématiques partagées
  - parcours patients : chuteurs, oncologie
  - déjà fait Permanence et continuité des soins (Ide en EHPAD ? HTNP...)

#### 5 Développer les téléconsultations :

- Téléconsultation EHPAD autour du CHU (Teleger38, Telemut, CHUGA-ARSSISRA)
- Pour les EHPAD autour de Voiron : Téléconsultation projet à réfléchir (présence d'expert plaie cicatrisation / psychogériatrie sur le CHV) mais difficultés / temps à investir...)

**6- Développer des actions de formation et d'information communes** sur l'ensemble du GHT (objectif partagé par les deux filières)

**7- Réflexion commune à mettre en place sur le recrutement médical**

**13**

## **Services médico-techniques : biologie médicale**

Pilotes

JM Baietto, B Polack

Date

5 mai 2017

### **L'activité de biologie médicale à l'échelle du GHT représente :**

145 MB au CHU (hors ACP) +12.5 MB à Voiron + 1 MB réalisés pour le CHAI + 2.5 MB pour les autres établissements réunis

### **Ce volume d'activité est réalisé en partie par le laboratoire Oriade :**

- Prise en charge de la biologie de Tullins, Rives, Uriage et La Mure, avec des prestations d'expertise en termes de certification, des aides aux CLIN, une fréquence de passages et des réponses à l'urgence satisfaisantes
- Convention CHUGA/Oriade : transferts mutuels d'activité positionnant le CHU sur des activités de biologie complexe.

Le projet médical partagé du GHT Alpes Dauphiné déclinera deux axes stratégiques.

### **1- Un laboratoire unique pour le CHUGA et le CHV, organisés sur deux sites :**

Le Centre Hospitalier de Voiron (CHV) a demandé en juin 2016 à l'ARS une suspension de l'accréditation de son laboratoire en s'appuyant sur le projet médical de biologie du GHT Alpes Dauphiné.

Or, les dispositions du code de la santé publique introduites par la réforme de la biologie médicale de 2010 (réforme BALLEREAU) soumettent chaque Laboratoire de Biologie Médicale (LBM) à une obligation d'accréditation. A défaut, d'être accrédité, un LBM n'est plus autorisé à fonctionner. Le dispositif de montée en charge de cette accréditation prévoit qu'à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2016, chaque LBM doit avoir accrédité 50% de ses examens dont au moins un par famille d'examen réalisée.

En demandant la suspension de son accréditation, le LBM du CH de Voiron n'est plus en mesure de se conformer à cette obligation. Aussi l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a répondu à la demande de suspension en sollicitant la mise en place d'un laboratoire unique au 1er novembre afin de respecter la disposition légale interdisant à un laboratoire de fonctionner sans accréditation.

Pour faire suite à cette position de l'ARS, il a été convenu entre le CHUGA et le CHV de mettre en place un laboratoire unique sur la base d'une convention établissant un laboratoire unique conformément aux dispositions du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'art. L6222-4 du Code de la Santé Publique.

### **Dans cette formule d'association :**

- chaque laboratoire conserve son appartenance à son établissement, sans modification de la situation de ses personnels et du régime juridique de ses moyens matériels.
- chaque établissement gère sa structure dans le cadre budgétaire qui lui est propre.
- les prestations de sous-traitance réalisées par le CHUGA restent des prestations facturées au CH de Voiron.
- la principale conséquence en droit de la mise en place d'un laboratoire unique par voie conventionnelle porte sur l'obligation d'avoir une accréditation unique des deux entités qui devront apparaître comme deux sites du même LBM au regard du COFRAC



Au premier semestre 2017 :

- Un groupe qualité a pour mission d'examiner tous les impacts de la certification unique et de faire des propositions avant de voir les aspects informatiques du dossier
- Un groupe Système d'information de laboratoire est chargé d'évaluer les coûts et les ressources à mobiliser pour parvenir à l'objectif d'un SIL unique
- la coopération entre les sites se renforce par le transfert de la bactériologie de routine du CHV sur le CHUGA (activité évaluée à 1 million de B).

Au sein du laboratoire unique, l'harmonisation progressive des méthodes, des processus, des équipements et des systèmes d'information des deux laboratoires se poursuit. On notera, parmi les points en discussion :

- l'évolution vers des systèmes analytiques et informatiques communs : dates d'acquisition, locations etc. de chaque matériel et dates de renouvellement prévues, sont partagées entre les deux établissements ; liaisons à développer pour la saisie informatisée des prescriptions. La réflexion pour changer le SIL, côté CHU est soumise à une faisabilité financière et à la lourdeur du paramétrage à conduire, la solution restant ouverte à Voiron
- convergences possibles concernant les automates : opportunité de Remplacement de la chaîne robotisée héματο, hémostase, biochimie...au CHU, pour 2018. Vers une réflexion commune CHV/CHU, pour un gain économique significatif, et une installation dans les nouveaux locaux du CHV en 2019 (évite un déménagement) ? Possibilité d'un marché commun, y compris sur les réactifs.
- Gestion des astreintes (dépôt de sang de Voiron)

La question de l'organisation du dépôt de sang du CH de Voiron, mobilisant une astreinte, fait partie des discussions entre les deux sites du laboratoire unique.

Compte tenu des problématiques de financement de ces évolutions, ce processus de rapprochement des deux sites devra obligatoirement s'inscrire dans la durée.

## **2- Etude visant à réaliser sur le site de Voiron les analyses de biologie pour le compte des CH de Tullins et Rives**

Le site voironnais du laboratoire unique prend déjà en charge les besoins de St Laurent du Pont, Saint Geoire-en-Valdaine et l'AGDUC. Il réalise également des prestations d'épidémiologie dans chaque site une fois par an.

L'hypothèse consistant à conforter ce site voironnais, qui ne produit pas assez de B au regard de ses coûts internes, par des prestations aux CH de Tullins et Rives mérite d'être étudiée. Cette option constituerait une perte proche de 1,5 M B pour Oriade, non significative sur un CA proche de 200 MB, mais concernant des analyses de routine et rentables. Le partenariat CHUGA/Oriade ne serait pas nécessairement remis en cause, ce qui mérite toutefois d'être vérifié.

Cette étude sera conduite en vue de la mise en service du nouveau Centre Hospitalier de Voiron.

**14**

Pilotes

Date

## **Services médico-techniques : imagerie médicale**

Pr G Ferretti, L Spinard, C Villermet, B El Mastini

5 mai 2017

Les prestations d'imagerie au sein du GHT sont concentrées principalement autour de trois sites :

- Le CHUGA et son pôle imagerie
- Le CHV, membre d'un GIE avec des partenaires libéraux
- Le CH de La Mure, avec présence d'un radiologue et recours à la télé-imagerie

Les moyens des autres établissements sont beaucoup plus réduits :

- CH Tullins : service de radiologie fermé depuis 2013. Le CH de Tullins travaille prioritairement avec le centre de radiologie rattachée au CH de VOIRON et secondairement avec le CHUGA, un cabinet de radiologie de Moirans ou de ville selon les examens souhaités.
- CH Uriage : un seul manipulateur pour radios conventionnelles, avec interprétation par les rhumatologues ; échographies ostéo-articulaires et densités osseuses programmées ; 5 vacations par semaine à l'IRM de l'hôpital Sud pour patients hospitalisés. Problème d'accès aux images quand les patients sont issus du CHU
- Saint Laurent du Pont : une table conventionnelle et un échographe. Environ 4000 actes/an, service déficitaire, absence de recours en ville. Développement de la télé-radiologie avec un prestataire privé depuis 2016.
- CH de Rives : une table numérisée, un échographe ; un manipulateur ; une vacation hebdomadaire de PH voironnais (IMC) conduisant à remettre les CR parfois avec un délai de 8 jours (une validation/semaine)
- CH de Voiron : GIE d'Imagerie, second scanner autorisé en ville. Recours régulier à la télé-radiologie depuis l'été 2015, en PDS.
- CHAI : une table numérisée ; un PACS renouvelé en 2014 ; une vacation et demi de PH par semaine (1 vacation hebdo avec Belledonne en cas d'absence, par télé-radiologie) ; échographies envoyées vers le CHU.

**Les priorités suivantes sont identifiées pour le PMP du GHT :**

- 1- Développer les prestations de télé-radiologie pour les établissements isolés :
  - En service à La Mure et à Saint Laurent du Pont depuis début 2016
- 2- Uniformiser les outils informatiques à disposition au sein du GHT :
  - Mise en service d'un RIS PACS au CH de La Mure identique à celui du CHU, en octobre 2016
  - Intérêt des CH de Tullins et d'Uriage pour un PACS territorial et une communication rapide et sécurisée des images du CHU (et de La mure pour le CH d'Uriage).
- 3- Mettre en œuvre des remplacements mutualisés pour assurer la continuité des prestations :  
Ex : remplacements ponctuels au CH de La Mure par des internes ou assistants du CHUGA depuis fin 2016 ; évaluer les possibilités d'extension du dispositif.

- 4- Evaluer les possibilités de mise en place d'une astreinte de radiologues sur plusieurs sites, en étendant le dispositif aux établissements volontaires du territoire Est ? (Cf. dispositif existant en Lorraine)

**15**

## **Services médico-techniques : pharmacie**

Pilotes

L Foroni, JM Baietto, C Villermet

Date

5 mai 2017

Le GHT Alpes Dauphiné dispose de neuf PUI indépendantes, dont les pharmaciens responsables ont commencé à travailler ensemble depuis fin 2015, en vue de collaborations possibles au sein du GHT. Une conduite du changement socio-économique a été conduite par une interne, dans le cadre de sa thèse (réalisation d'entretiens, animation de réunions, rédige les CR, synthèse des informations).

Six groupes de travail réunis plusieurs fois + 5 réunions du groupe projet

- Pharmacotechnie et stérilisation
- Achats
- Continuité
- Pharmacie clinique : entretien des connaissances, diffusion conciliation, analyse prescription
- Formation, y compris cadres, préparateurs, administratifs
- Logistique : mutualiser approvisionnement et distribution

Ces échanges ont contribué à la mise au point d'un **projet de GHT** établi en juin 2016 par les pharmaciens responsables de PUI, **autour de cinq orientations essentielles**.

### **1- Pharmacotechnie :**

- Les préparations anticancéreuses font déjà l'objet d'une mutualisation entre les différents établissements du GHT, qui sera élargie à toutes les préparations hospitalières réalisées au sein des 9 hôpitaux.
- l'unité de pharmacotechnie du CHUGA est en capacité d'absorber les préparations hospitalières supplémentaires induites par une centralisation à l'échelle du GHT. Une étude de faisabilité sera validée entre le Pharmacien demandeur et le Pharmacien responsable de l'unité de production des préparations du CHUGA pour toute préparation non effectuée en routine.
- limiter les stocks de matières premières nécessaires aux préparations aujourd'hui présents dans chacune des PUI ; améliorer la sécurité des préparations réalisées en les confiant à une équipe spécialisée.

### **2- Stérilisation :**

La nouvelle unité centralisée de stérilisation du CHUGA sera mise en service en été 2017.

L'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes prévoit que le nouvel hôpital de Voiron ne disposera pas d'une stérilisation centrale dans ses nouveaux locaux (Décision COPERMO de 2012). Le transfert de l'activité de stérilisation du CH de Voiron vers la stérilisation centrale du CHUGA est par conséquent préparé pour mi 2018.

Pour répondre à ce besoin, le nouveau plateau technique du CHUGA a intégré des réserves foncières permettant, à terme, d'acquérir les équipements nécessaires à la reprise de l'activité de stérilisation du CH de Voiron. Les modalités d'organisation de ce transfert d'activité sont discutées en concertation avec les 2 équipes. En 2017, les médecins du CH de Voiron maintiennent leur souhait d'une prestation de stérilisation sur site.

### **3- Achats de produits pharmaceutiques :**

La politique d'achat sera définie et mise en œuvre à l'échelle du GHT sur la base des préconisations qui seront définies par la DGOS. L'activité d'approvisionnement en produits pharmaceutiques est en principe exclue de la fonction achats.

Un Pharmacien Référent Achats est nommé au niveau du GHT pour les produits pharmaceutiques et a pour mission de coordonner les achats de produits pharmaceutiques pour tous les établissements du GHT. Il importera de réaliser un sourcing préalable pour comparer les coûts à l'échelle de chaque établissement membre du GHT.

Un Comité Acheteur est créé, réunissant le Pharmacien Référent Achats du GHT et les Pharmaciens référents achats de chaque PUI du groupement. il définit la stratégie d'achat pour les produits pharmaceutiques en fonction des directives de la DGOS et des intérêts du GHT.

L'harmonisation des livrets thérapeutiques est la pierre angulaire d'une harmonisation des pratiques et des achats. Compte tenu de l'ampleur de cette action, l'harmonisation sera réalisée de manière progressive lors de chaque lancement de marché.

Au-delà des achats, une étude médico-économique devra préciser la pertinence d'une préparation centralisée et robotisée de la distribution des médicaments.

### **4- Continuité des activités pharmaceutiques** (question des remplacements des Pharmaciens dans le cas des établissements à poste unique, et l'organisation de la permanence pharmaceutique).

- Définir ensemble les modalités d'application du décret du 7 janvier 2015 relatif aux conditions d'exercice et de remplacement au sein des PUI : à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2016, seuls les Pharmaciens titulaires du DES de Pharmacie hospitalière ou pouvant justifier d'un exercice au sein d'une PUI, soit à temps plein soit à temps partiel, depuis une durée équivalente à 2 ans à temps plein sur la période des 10 dernières années, pourront exercer en PUI.
- aucune perspective de centralisation des astreintes n'est envisageable à ce jour en raison de la législation actuelle sur les PUI (Article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique). Des évolutions sont-elles envisagées dans le décret d'application de l'ordonnance du 15 décembre 2016 ?

### **5- Pharmacie clinique :**

- inclut à la fois la notion de pharmacie de proximité, qui permet le recensement des besoins au plus près des unités de soins, et les dispositifs de pharmacie clinique : conciliation médicamenteuse, validation pharmaceutique des prescriptions, accompagnement éducatif des patients.

**16**

## **Association du CHU sur les missions HU**

Pilotes

C Villermet, I Marty, E Ancillon

Date

5 mai 2017

Le CHUGA concerta l'ensemble des membres du GHT pour valider en commun la priorisation des projets d'assistants partagés. Cette démarche est conduite dans le cadre des appels à projets diffusés annuellement par l'ARS. Les priorités sont examinées annuellement.

Un rapprochement progressif des Directions des affaires médicales au sein du GHT permettra d'anticiper les échanges avec l'Université, afin d'harmoniser au mieux la répartition des internes au sein du GHT.

Une solution pour permettre l'accès par tous les établissements du GHT aux ressources bibliographiques en ligne est recherchée dès 2017, pour une mise en œuvre dès que possible.

La recherche au sein du GHT Alpes Dauphiné mobilise en 2017 des moyens inventoriés par le GIRCI Auvergne Rhône-Alpes (enquête en cours en mai 2017, dont la synthèse contribuera à définir une politique interne au GHT Alpes Dauphiné).

**17**

Pilotes  
Date

## **Services médico-techniques : filières de cardiologie**

C Villermet, E Ancillon, Chefs de pôles concernés  
5 mai 2017

Le projet de mise en place d'une **équipe territoriale de cardiologie** au sein du GHT Alpes Dauphiné, répond à plusieurs objectifs :

- Favoriser l'accessibilité territoriale à un maximum de prestations de cardiologie, et constituer des filières graduées au sein du GHT, en coordonnant ces prestations entre le CHUGA, un territoire isolé (Matheysine), et un bassin voironnais de 130 000 habitants en expansion. L'ensemble du territoire a besoin de soins de proximité, accessibles et de qualité, dans des délais de prise en charge acceptables.
- Développer et pérenniser une offre forte d'établissements publics, et des modes d'adressage adaptés, dans un secteur particulièrement concurrentiel, en particulier sur le bassin voironnais, où la part d'activité des cliniques progresse, en particulier pour la cardiologie interventionnelle.
- Conforter et stabiliser les équipes médicales sur l'ensemble du GHT (postes non pourvus d'interne et de PH au CH de Voiron, praticiens formés au CHUGA recrutés par les cliniques grenobloises...)

**L'offre médicale** commune recouvrira trois modalités :

- 1- Développer l'offre de **consultations cardiologiques** sur les sites de Voiron et de La Mure pour répondre à la demande de soins, renforcer les équipes médicales et favoriser le recrutement vers le plateau technique du CHU.

Cette évolution est déjà engagée :

- o Depuis juin 2016, à titre expérimental, six cardiologues du CHUGA sont détachés, à hauteur de 20% de leur temps, pour assurer des consultations avec une montée en charge progressive pour atteindre 5 jours sur 7 en 2017.  
Le CHU a pu recruter un PH temps plein en septembre 2016, pour permettre de compenser le temps médical, qui participe également à hauteur de 20% au projet de Voiron.
- o Sur le site du Centre Hospitalier de La Mure, avec 3 à 4 consultations mensuelles maintenues depuis plusieurs années, et un projet complémentaire de développement de téléconsultations.

- 2- **Développer une offre publique de stimulation cardiaque** sur le site voironnais, complémentaire de celle du CHU :

- En 2016 : implantation sur site d'une quarantaine de pacemakers (un PH du CHU dédié à 20 % dont 10 % de consultation), mais avec un potentiel de développement local que le CHU pourra accompagner en termes de recrutement.

- 3- **Développement d'une antenne de rééducation cardiaque ambulatoire :**

Ce projet ne sera mis en œuvre que sous réserve d'une étude médico-économique favorable, selon des modalités demeurant à préciser début 2017.

- Besoin annuel identifié sur le bassin voironnais:
  - o plus d'une centaine de patients atteints d'un infarctus du myocarde
  - o près de 500 insuffisants cardiaques pouvant bénéficier de rééducation.
- Sollicitation de l'ARS pour la quotité médicale nécessaire et le volet autorisation, dans le cadre de l'équipe médicale de territoire.

Cette démarche est de nature à fidéliser des médecins cardiologues sur le site du CH de Voiron et à améliorer leurs conditions d'intervention, en consultation comme en hospitalisation. Le projet précisera également les modalités d'organisation de la PDS.

L'ensemble de cette démarche pourra être conduite, le cas échéant, sous la forme d'un **Pôle Territorial Thorax et Vaisseaux (PTTV)**, qui demeure à définir, en cours de concertation entre les équipes médicales et les directions d'établissements.



**18**

Pilotes

Date

## **Equipes médicales communes : filière gériatrique**

C Villermet, E Ancillon, chefs de pôles concernés

5 mai 2017

**Cette fiche n'est pas incluse dans le PMP validé le 5 mai 2017 en collège médical. Il s'agit d'un projet nécessitant une reformulation à partir d'une concertation approfondie, et un nouvel examen avant fin 2017.**

Afin d'optimiser la coordination médicale et l'organisation des filières gériatriques a minima au sein de la filière Grenoble-Sud Isère, un pôle gériatrique de territoire pourrait être mis en place au sein du GHT Alpes Dauphiné.

Ce pôle pourrait coordonner les filières gériatriques du CHU, du CH de La Mure, et des EHPAD de Mens, de Vizille, Bourg d'Oisans (ces deux derniers étant en direction commune avec le CH d'Uriage).

Sa faisabilité demeure néanmoins tributaire préalablement de l'organisation interne du CHUGA et de l'actualisation du périmètre de ses pôles, en cours de concertation début 2017.

En concertation avec le collège médical de territoire, le pôle territorial de gériatrie pourrait être chargé de :

- 1- **La définition du volet gériatrique du PMP, pour la partie Est du GHT Alpes Dauphiné :**
  - a. Analyse des points forts et points faibles des relations existantes entre les sept établissements, ainsi que de leurs capacités d'évolution
  - b. Définition des parcours patients à travailler plus particulièrement, incluant les volets géronto-psychiatriques pilotés par le CHAI, en définissant des pistes de réflexion et une feuille de route pour mai 2017.
  
- 2- **La mise en place d'une équipe médicale de territoire, au bénéfice de chacun des établissements membres du pôle, en tenant compte des affectations existantes, des possibilités de postes partagés, et des coordinations nécessaires de médecins libéraux en EHPAD :**
  - a. gestion du tableau prévisionnel des effectifs et répartition des moyens humains affectés entre les établissements du pôle, dans le respect des EPRD et des contrats tripartites de chaque établissement.
  - b. gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux
  - c. Définition des profils de poste des personnels médicaux et non médicaux, et organisation des postes partagés entre établissements, sur la base du volontariat (mises à disposition)
  - d. Pilotage du projet de médecine gériatrique du CH de La Mure (médecine + SSR), s'appuyant sur plusieurs postes médicaux partagés
  - e. Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique (avec l'appui du pôle Pharmacie du CHU) au sein des établissements du pôle.

**3- Ressources humaines :**

- a. Coordination des volets gériatriques des plans de formation médicaux et non médicaux des différents établissements
- b. Gestion commune des crédits de remplacement soignants, et d'un pool territorial de remplacement dédié à la gériatrie (Cf. expérience du pool de remplacement entre le CHUGA et le CHLM en 2016-2017)

**4- Gestion :**

- a. Contributions à l'harmonisation des outils informatiques dédiés à la gériatrie, en conformité avec les orientations du schéma directeur informatique du GHT Alpes Dauphiné (dossier médical gériatrique notamment)
- b. Contributions à l'amélioration de l'efficacité des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, notamment à partir des concertations établies entre les PUI du GHT ; participation à toute démarche commune au sein du GHT pour la mise en place d'une dispensation nominative des médicaments

**5- Qualité :**

- a. En lien avec la direction de la qualité du CHUGA : contribution progressive à la coordination et au suivi des démarches qualité et des visites de certification, en vue de la certification commune au sein du GHT (2020 ; démarche existant avec le CHLM depuis 2015)
- b. Développement coordonné des bonnes pratiques, en lien avec les CSIRMT d'établissement et la CSIRMT de territoire.

**19**

## **Projet médical d'addictologie inter-établissements CHAI-CHUGA/CHV**

Pilotes

PS Jouk, P Ganansia, C Villermet

Date

5 mai 2017

### **Objectifs :**

- Assurer la couverture de l'ensemble des addictions et des différents publics
- Garantir une offre de soins complète et graduée / Articuler les prises en charge et les dispositifs (Généralistes – Spécialisés – De plateau technique – Territoriaux)
- Améliorer la lisibilité et l'efficience des parcours de soins
- Homogénéiser les pratiques / Mettre en place des actions et des formations communes

### **Modalités :**

- Structurer la complémentarité et la coordination des offres de soins CHUGA-CHAI, associant le CH de Voiron, en déclinaison du projet médical partagé validé fin 2015
- Structurer la filière et les partenariats avec les autres acteurs de l'addictologie
- Créer un plateau ambulatoire de recours territorial et de spécialité pour le sillon alpin par le regroupement et le développement des activités à Saint Martin d'Hères en 2018 / Mutualisation et coordination des moyens (humains et matériels) et des missions (soins, prévention, formation)
- Créer une fédération ou un pôle inter établissements dans le cadre du GHT

**20**

## **Modalités de suivi et d'évaluation du Projet Médical Partagé**

Pilotes

PS Jouk, P Ganansia, C Villermet

Date

5 mai 2017

Le groupe de travail Qualité-GDR aidera méthodologiquement le collège médical pour définir les parcours patients qui permettront d'évaluer la mise en place du PMP. Il fera des propositions, concernant notamment des patients traceurs intra-GHT pouvant contribuer à améliorer la lisibilité et la fonctionnalité des parcours.

Le PMP sera évalué annuellement.

# ANNEXES

## Annexe 1

Etablissements SSR	Statut	Ville	Polyvalents/ Mentions spécialités	Lits HC / Places HDJ ouverts en 2016
CENTRE MÉDICAL ROCHEPLANE	ESPIC	SAINT MARTIN D'HERES	SSR Locomoteur	89 / 30
			SSR PAPD	83
			SSR Polyvalent (1)	29
			SSR Addictologie	29
			SSR digestif-métabolique	29
			SSR Respiratoire	-
GRUPE HOSPITALIER MUTUALISTE	ESPIC	GRENOBLE	SSR PAPD	30
CH RHUMATOLOGIQUE D'URIAGE	Public	ST MARTIN D'URIAGE	SSR Locomoteur	57 / 3
CHU GRENOBLE-ALPES SITE SUD	Public	ECHIROLLES	SSR Neurologique	40 / 17 (2)
			SSR Locomoteur	30
			SSR Cardio- Vasculaire	60+30 / 10
CHU DE GRENOBLE-ALPES - SITE NORD	Public	LA TRONCHE	SSR Neuro-SRPR	6
			SSR PAPD	71
CLINIQUE DU GRESIVAUDAN	ESPIC	LA TRONCHE	SSR Neurologique	45 / 10
			SSR Digestif-métabolique	10 / 5 (3)
			SSR Onco-Hématologique	10
CLINIQUE KORIAN DES GRANGES	Privé	ECHIROLLES	SSR PAPD	45
			SSR Neurologique	34 / 10
			EVC-EPR	8
CH DE LA MURE	Public	LA MURE	SSR Polyvalent	20
CH DE RIVES	Public	RIVES	SSR PAPD	30
CENTRE DE PNEUMOLOGIE HENRI BAZIRE	ESPIC	ST JULIEN DE RATZ	SSR respiratoire	71
CSV - SITE DE VIRIEU SUR BOURBRE	ESPIC	VIRIEU	SSR Polyvalent	28
			SSR PAPD	43
			EVC-EPR	6
CH DE ST GEOIRE EN VALDAINE	Public	ST GEOIRE EN VALDAINE	SSR Polyvalent	30
CH DE ST LAURENT DU PONT	Public	ST LAURENT DU PONT	SSR Polyvalent	25
C.H. MICHEL PERRET	Public	TULLINS	SSR Locomoteur et Neurologique	60 / 15
			EVC-EPR	6
<b>TOTAL</b>	<b>7 établissements publics = 464 lits, 5 ESPIC = 506 lits 1 Clinique Privée = 83 lits</b>			<b>1053 lits / 100 places</b>

**Tableau 1 :** Autorisations des établissements SSR au sein du bassin de santé de Grenoble-Sud Isère.

SSR PAPD : SSR Personnes Agées et/ou Poly-pathologiques Dépendantes

EVC/EPR : Etats végétatifs Chronique / Etats Pauci-Relationnels

SRPR : Soins Rééducation Post-Réanimation

(1) Le SSR polyvalent du Centre Médical Rocheplane a une activité orientée pour soins de suite chirurgie carcinologique ORL, Thoracique

(2) Les 17 places HDJ SSR CHUGA-Hôpital-Sud sont partagées entre 7 pour Affections appareil locomoteur, 5 pour Affections neurologiques, 5 pour Affections vasculaires

(3) Les 5 places d'HDJ Métabolique de la Clinique du Grésivaudan ont une orientation pour les adolescents avec troubles du comportement alimentaire

## **ANNEXE 2**

### **Synthèse management de la qualité et des risques**

(MR Mallaret, janvier 2017)

Collège médical GHT Alpes Dauphiné : thème Management de la qualité et des risques  
Organisation des établissements

	Ressources humaines QGDR ETP	Politique GDR Mots clés	Logiciel GED	Documents qualité (nb)	Logiciel signalement	Nb EI/ an	Certification HAS
CHUGA	6 dont 0.6 sur médicament	Qualité/sécurité au plus près des acteurs Pilotage institutionnel/indicateurs Parcours patient EPP Efficience	Intraqual V8	7999	Intraqual V8	4913	V2014 B
La Mure	?	EPP Usagers Lisibilité Accompagnement	Intraqual V9 en cours	181	Intraqual V9 en cours	337	V2010 B
Voiron	4.7 dont médicament	Direction commune Politique opérationnelle Prise en charge médicamenteuse	Kalidoc	370	Kalitech	979	V2010 B
St Laurent du Pont			Kalidoc	675	Kalitech	826	
St Geoires en Valdaine			Kalidoc	254	Kalitech	289	
Tullins	1	Parcours Usagers Pratiques professionnelles Qualité des soins Culture sécurité Développement durable Communication	Blue Medi	615	Blue Medi	1198	V2014 A
Rives	1.8 ?	Culture qualité en place Patients traceurs Journée QS interétab	En cours Atout majeur concept en cours	289	En cours	703	V2014 A
Uriage	1.5	Culture qualité sécurité- Démarche processus – Patients traceurs – Communication- Formation	Kalidoc	466	Kaliweb	260	V2010 B
CHAI	3.25	Culture sécurité Usagers Démarche processus	Signal web	520	Oui	817	V2010 B



		Vision territoriale Communication					
--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

### Attentes des établissements vis-à-vis des thèmes transversaux

	MQGdR	EPP	Divers	CLUD	Transfusion	CLAN	Ethique	CLIN
CHUGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Analyse partagée des EI parcours</li> <li>. Description de parcours avec gradation des soins</li> <li>. Accréditation COFRAQ LBM</li> </ul>	Patient traceur multiétablissement						
La Mure	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Mise en commun des expériences « semaine sécurité »</li> <li>. Veille réglementaire GHT</li> <li>. Définir les axes de formation sécurité des soins</li> <li>. Aide à la préparation de la visite de certification</li> <li>. Mise en place d'indicateurs QS en SSR</li> <li>Développer l'éducation thérapeutique</li> </ul>	Aide à la mise en œuvre des EPP		Partage d'informations, de pratiques, retours d'expériences, aide à la gestion de CLUD et CSTH, veille réglementaire, aide à la préparation à la visite de certification				
CH Voiron	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Veille réglementaire et rencontres GHT</li> <li>Formation sécurité commune sur la sécurité des soins pour sanitaire</li> <li>. Préparation en commun de la certification synchronisée en GHT</li> <li>. Journée QGDR de GHT</li> <li>. Description de parcours</li> <li>. Logiciel dossier patient</li> <li>. Démarche GHT avec sous commission CME</li> </ul>	Poursuivre les patients traceurs		Partage de procédures et retour d'expériences		Partage de procédures et retour d'expériences Inter-CLAN	Comité d'éthique commun Organisation de conférences CDU de GHT faisant un lien annuel avec CDU locales	Partage de procédures et retour d'expériences
St Laurent du Pont								
St Geoire en Valdaine								
Tullins	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Projet commun aux 9 établissements pour semaine sécurité</li> <li>. Modules de formation sécurité des soins communs aux 9 établissements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Crex inter-établissements</li> <li>. Audits multisites</li> <li>. Normalisation de la méthode d'analyse des EI</li> </ul>	. Description du parcours du patient vulnérable		NA		Modules de formation communs aux 9 établissements	

Rives	.Veille réglementaire territoriale .Partages d'expérience lors de la semaine sécurité . Mutualisation pour formation à la sécurité des soins . Analyse partagée des EI parcours (IDV)	.Accompagnement méthodologique .Patient traceur multi-établissements	.Soins palliatifs : formation sur accompagnement des patients et des équipes	CLUD GHT	CSTH GHT Disposer des cartes de groupe des patients en mutation	CLAN GHT Diététiciennes de GHT Education thérapeutique Prestation repas fin de vie	Comité éthique territorial Journées territoriales sur droits des patients associant professionnels et public	Pas de changement : RIPIN et CAI avec CHVoiron
Uriage	Veille réglementaire- analyse partagée EI et CREX – formations QGR communes	Choix des EPP Audits de pertinence		Partage d'expérience sur EI douleur	Non applicable	Veille documentaire Actions d'amélioration en restauration : concilier développement durable prévention des MTS et maîtrise des coûts	Participer à un comité d'éthique inter établissement	Partenariat RIPIN satisfaisant
CHAI	.Veille réglementaire GHT . Partages d'expérience semaine sécurité .Formation à la sécurité des soins . Analyse partagée des EI parcours . Partage d'outils dont GED	.Personnes ressources .EPP et RMM communes .Patient traceur multi-établissement				Avis d'experts ponctuels	Comité d'éthique interétablissement Déstigmatisation du patient psychiatrique Réflexion sur consentement aux soins et personne de confiance des patients psychiatriques	Avis d'experts ponctuels

	CHUGA	CHLM	Voiron	St Geoire en Valdaine	St Laurent du Pont	Tullins	Rives	Uriage	CHAI
<b>Certification HAS</b>									
Version /Niveau	V0214 - B	V2010- B	V2010 - B	V2010 - A	V2010 - B	V2014 - A	V2014 - A	V2010 - B	V2010 - B
<b>Satisfaction des patients hospitalisés</b>									
E-satis	70% - D	Non répondant	74% - C		Données insuffisantes		Données insuffisantes		
<b>Indicateurs transversaux de qualité et de sécurité des soins</b>									
Q dossier MCO	81/100 - B	78/100 - B	75/100 - B		90/100 - A		98/100 - A	94/100 - A	
Q dossier SSR	86/100 - A	89/100 - A			90/100 - A	91/100 - A	88/100 - A	84/100 - A	
Q dossier PSY	89/100 - A								75/100 - C
Q dossier HAD	78/100 - B		94/100 - A						
Document de sortie	28/100 - C	18/100 - C	26/100 - C		73/100 - B		63/100 - C	6/100 - C	
Courrier fin hospit SSR	83/100 - B	77/100 - B		54/100 - C	80/100 - B	93/100 - A	98/100 - A	54/100 - C	
Courrier fin hospit PSY	81/100 - B								43/100 - C
Courrier fin hospit HAD	0/100 C		52/100 - C						
Douleur MCO	90/100 - A	83/100 - B	78/100 - B		76/100 - B		64/100 - C	81/100 - B	
Douleur SSR	86/100 - B	83/100 - B		96/100 - A	88/100 - B	99/100 - A	73/100 - B	85/100 - B	
Douleur HAD	83/100 - B		100/100 - A						
Poids MCO	89/100 - B	59/100 - C	77/100 - B		95/100 - A		96/100 - A	99/100 - A	
Poids SSR	88/100 - B	35/100 - C		75/100 - B	94/100 - A	96/100 - A	93/100 - A	63/100 - C	
Poids PSY	79/100 - B								
Poids HAD	100/100 - A		91/100 - B						
Q dossier anesthésie	78/100 - B	97/100 - A	86/100 - A						
Douleur post-opératoire	96/100 - A		76/100 - B						
Risque d'escarre HAD	100/100 - A		94/100 - B						
Décision médicale en cas	68/100 - B		73/100 - B						

de cancer	CHUGA	CHLM	Voiron	St Geoire en Valdaine	St Laurent du Pont	Tullins	Rives	Uriage	CHAI
<b>Indicateurs de spécialité</b>									
Prescriptions post IDM	90/100 - B		50/100 - C						
Hygiène de vie après IDM	74/100 - B		29/100 - C						
Délai AVC	86/100 - B		60/100 - C						
Evaluation par rééd AVC	95/100 - A		52/100 - C						
Qualité dossier AVC	88/100 - A		75/100 - C						
Prévention hémorragie post accht	88/100 - B		92/100 - A						
Surveillance salle de naissance	75/100 - B		58/100 - C						
Hémorragie post partum	88/100 - B		70/100 - B						
<b>Tableau de bord des IN</b>									
ICALIN	77/100 B	87/100 - A	90/100 - A	78/100 - A	87/100 - A	98/100 - A	92/100 - A	95/100 - A	71/100 - A
Hygiène des mains	159/100 A	97/100 - A	130/100 - A	102/100 - A	65/100 - B	109/100 - A	109/100 - A	66/100 - B	141/100 - A
ICATB	83/100 A	96/100 - A	94/100 - A	58/100 - B	58/100 - D	100/100 - A	84/100 - A	92/100 - A	
ICABMR	100/100 A	100/100 - A	92/100 - A	84/100 - A	84/100 - B	100/100 - A	100 / 100 - A	92/100 - A	
ICALISO	95/100 A		83/100 - A						

### **ANNEXE 3**

## **FILIERES D'AVAL : POSITIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS**

(Y KAMGA, D FRAPPAT, janvier 2017)

# FILIÈRES D'AVAL

## Difficultés liées à la répartition des structures

Thème	Filières d'aval
Pilotes	Dr KAMGA (CH de Michel PERRET de Tullins) , Dr FRAPPAT (CH d'Uriage) Avec la participation du Dr ZULIAN (CH d'Uriage)

1	CHUGA
2	CH LA MURE
3	CHAI
4	CH VOIRON
5	CH ST GEOIRS EN VALDAINE
6	CH ST LAURENT DU PONT
7	CH RIVES
8	CH URIAGE
9	CH TULLINS

L'établissement est intéressé pour prendre part à la réflexion sur ce thème (oui/non)	LEGENDE
Participants de l'établissement au groupe de travail	<p>NA : non dépendant de la GHT (Tutelles, ministère, CG,...)</p> <p>EN COURS/ A PREVOIR : Chaque établissement n'étant pas au même état d'avancements sur les différents projets il s'agit d'une synthèse subjective</p>

Objectifs	Dysfonctionnements	Actions/Propositions	Etat d'avancement au niveau de la GHT			
			Fait	En cours	A prévoir	NA
Réduire les difficultés liées à la répartition quantitative et qualitative des structures d'aval	<p>■ Quantitatif :</p> <p>- Nombres de places disponibles insuffisantes</p> <p>- Répartition géographique inégale</p> <p>■ Qualitatif :</p> <p>Moins de place pour une spécialité donnée en SSR (gériatrie, oncologie, psychiatrie,...)</p>	Suivre et ajuster les plans régionaux de santé - ARS / SROS III				
		Réaliser ou faire connaître l'état des lieux des différentes structures sanitaires et médico-sociales / répertoire opérationnel des ressources	7	1 8 9	2 6 5	
		Adopter une politique de santé adaptée				
		Favoriser l'efficacité en résonnant à l'échelle du GHT (partage/échange, mutualisation et coordination,...)	9	1 2 6 8 5	7	
		Maintenir les visites pour autorisation de SSR spécialisé / ajuster le besoin à la demande				
		Favoriser la coordination SSR et partager les bilans	9	1 2 6 7 8 5		
		Projets d'établissements GHT partagé			1 2 7 8 9	6 5

# FILIÈRES D'AVAL : difficultés liées à la typologie des patients

Thème	Filières d'aval
Pilotes	Dr KAMGA (CH de Michel PERRET de Tullins) , Dr FRAPPAT (CH d'Uriage) Avec la participation du Dr ZULIAN (CH d'Uriage)
L'établissement est intéressé pour prendre part à la réflexion sur ce thème (oui/non)	
Participants de l'établissement au groupe de travail	
LEGENDE	
NA : non dépendant de la GH (Tutelles, ministère, CG,...)	
EN COURS/ A PREVOIR : Chaque établissement n'étant pas au même état d'avancements sur les différents projets il s'agit d'une synthèse subjective	

1	CHUGA
2	CH LA MURE
3	CHAI
4	CH VOIRON
5	CH ST GEORGES EN VALDAINE
6	CH ST LAURENT DU PONT
7	CH RIVES
8	CH Uriage
9	CH TULLINS

Objectifs	Dysfonctionnements	Actions/Propositions	Etat d'avancement au niveau de la GH			
			Fait	En cours	A prévoir	
<p>Réduire les difficultés liées à la typologie des patients (état clinique en MCO ou SSR)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient ayant une maladie grave évolutive +/- appareillé (trachéotomie, VNI, respirateurs,...)</li> <li>- Patient ayant une maladie instable ou à rechute</li> <li>- Patient ayant une maladie au pronostic réservé à court ou moyen terme</li> <li>- Patient ayant des bactéries résistantes à haut potentiel émergent</li> <li>- Patient ayant des traitements onéreux</li> <li>- Appréhension des patients sortants de chirurgie lourde ou de services de réanimation/soins intensifs</li> </ul>					NA	
		Aider à l'orientation des structures sanitaires avec l'outil ViaTrajectoire	1 2 6 7 8 9 5			
		Optimiser l'adressage du patient à la structure la plus adaptée	2 6 7 8 9	1	5	
		Analyser les bilans PMSI	2 6 7 9		1 8 5	
		Réaliser un état des lieux régulier des prises en charge spécifiques (blessés médullaires, traumatisés crâniens, polytrauma, , cancérologie, psychiatrie,...)	2	1 9	5	6 7 8
		Lever les craintes par des échanges directs (certaines contraintes permettent d'avancer)	2 6 7 8 9 5	1		
		Tracer le bénéfice/risque avec information patient et entourage avant le transfert et tracer la possibilité en cas d'aggravation de retour à l'adresseur	2 8 9		1 7 5	6
		Mettre en place une commission de séjour pour parcours complexe et/ou gestionnaire de cas/assistante sociale	2 6 8 9		1 7 5	
		Adapter le financement des traitements onéreux		2	1 6 7 8 5	9
		Proposer des formations médicales à la faculté intégrant notamment les notions d'éthique, de management et de gestion du temps			1 2 6 5	7 9 8
		Améliorer la coordination des soins des patients à bactéries multi-résistantes	2 6 7 9 5 5		1 8	
		Améliorer la connaissance de la problématique "des Bed blockers" ou patient complexe		1 9	2 6 5	7 8

# FILIÈRES D'AVAL

## Difficultés liées aux Vulnérabilités

Thème **Filières d'aval**  
 Pilotes Dr KAMGA (CH de Michel PERRET de Tullins) , Dr FRAPPAT (CH d'Uriage)  
 Avec la participation du Dr ZULIAN (CH d'Uriage)

<b>1</b>	CHUGA
<b>2</b>	CH LA MURE
<b>3</b>	CHAI
<b>4</b>	CH VOIRON
<b>5</b>	CH ST GEOIRS EN VALDAINE
<b>6</b>	CH ST LAURENT DU PONT
<b>7</b>	CH RIVES
<b>8</b>	CH URIAGE
<b>9</b>	CH TULLINS

L'établissement est intéressé pour prendre part à la réflexion sur ce thème (oui/non)	LEGENDE
	NA : non dépendant de la GHT (Tutelles, ministère, CG,...)
Participants de l'établissement au groupe de travail	EN COURS/ A PREVOIR : Chaque établissement n'étant pas au même état d'avancements sur les différents projets il s'agit d'une synthèse subjective

Objectifs	Dysfonctionnements	Actions/Propositions	Etat d'avancement au niveau de la GHT			
			Fait	En cours	A prévoir	NA
Réduire les difficultés liées aux vulnérabilités associées	Vulnérabilité liée au polyhandicap ou au jeune âge, maladies rares - Vulnérabilité Physique (handicap lourd, incapacité à la locomotion ou absence d'autonomie pour les AVQ,...) - Vulnérabilité Psychique (maladie psychiatrique sévère, cérébro-lésion, maladie neuro-dégénérative, troubles comportementaux, fugeurs, gérontopsy, psychogériatrie...) - Vulnérabilité sociale (isolement, habitat non-adapté,...) - Vulnérabilité lié à la polypathologie lié au grand âge	Engager un travail sur les filières à l'échelle de la GHT		<b>1 2 9</b>	<b>6 8 5</b>	<b>7</b>
		Engager un travail sur les parcours patient à l'échelle de la GHT		<b>1 2 6 9</b>	<b>8 5</b>	<b>7</b>
		Se référer au parcours patient vulnérable	<b>6 9 5</b>	<b>2</b>	<b>1 8</b>	<b>7</b>



# FILIÈRES D'AVAL : Difficultés liées à l'organisation interne

Thème Filières d'aval  
Pilotes Dr KAMGA (CH de Michel PERRET de Tullins), Dr FRAPPAT (CH d'Uriage)  
Avec la participation du Dr ZULIAN (CH d'Uriage)

1	CHUGA
2	CH LA MURE
3	CHAI
4	CH VOIRON
5	CH ST GEOIRS EN VALDAINE
6	CH ST LAURENT DU PONT
7	CH RIVES
8	CH URIAGE
9	CH TULLINS

L'établissement est intéressé pour prendre part à la réflexion sur ce thème (oui/non)	<b>LEGENDE</b>
	NA : non dépendant de la GHT (Tutelles, ministère, CG,...)
Participants de l'établissement au groupe de travail	EN COURS/ A PREVOIR : Chaque établissement n'étant pas au même état d'avancements sur les différents projets il s'agit d'une synthèse subjective

Objectifs	Dysfonctionnements	Actions/Propositions	Etat d'avancement au niveau de la GHT			
			Fait	En cours	A prévoir	NA
Réduire les difficultés liées à l'organisation interne des structures d'aval	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix institutionnel de fonctionnement</li> <li>- Absence de service de médecine ou de réanimation rattaché à la structure sur le même site</li> <li>- Absence de connaissance des partenariats et conventions sanitaires pour gérer les décompensations/aggravations</li> <li>- Absence de prise en charge spécifiques : transfusion, patients avec appareillage ou équipement (traction, redon, trachéotomie, voie veineuse centrale...)</li> <li>- Charge en soins des structures</li> </ul>	Définir le projet de soins dès l'entrée et informer systématiquement le patient et l'entourage	1 2 6 7 8 9 5			
		Préciser les modalités de prise en charge suivant l'évolution au patient et à l'entourage (stagnation, progression ou régression)	1 2 6 7 8 9 5			
		Anticiper les sorties (la sortie se prépare dès l'entrée : recueil exhaustif des informations sociales)	1 2 6 7 8 9 5			
		Prévoir des permissions thérapeutiques à domicile sans puis avec nuit	8 9		2 6 5	7
		Rédiger une synthèse pour tous séjours supérieurs à 4/6 semaines	2 6 8 9 5	1	7	
		Mettre en place un outil pour maîtriser la charge en soins d'un service de SSR	2		1 6 7 8 9 5	
		Encourager une couverture de l'ensemble du territoire par l'hospitalisation à domicile			2 6 7 8 5	9
		Developper l'hospitalisation de jour	9		1 2 6 8 5	7
		Former progressivement le personnel soignant à la prise en charge de patient usuellement bloquer	9	1 6	2 8 5	7
		Organiser et finaliser la réadaptation pour éviter les réhospitalisations indues	6 7 8 9 5		2	
		Prendre en compte rapidement par MDPH, Conseil Général, ... les demandes venant de patients hospitalisés				
		Postes partagés et consultations avancées GHT	2	6 8	1 7 9 5	
		Aider à la bonne connaissance du réseau de ville			6 7 9 5	1 2 8

# FILIÈRES D'AVAL : Difficultés liées à la connaissance du réseau

Thème Filières d'aval  
Pilotes Dr KAMGA (CH de Michel PERRET de Tullins), Dr FRAPPAT (CH d'Uriage)  
Avec la participation du Dr ZUJIAN (CH d'Uriage)

L'établissement est intéressé pour prendre part à la réflexion sur ce thème (oui/non)	LEGENDE
	NA : non dépendant de la GHT (Tutelles, ministère, CG,...)
Participants de l'établissement au groupe de travail	EN COURS/ A PREVOIR : Chaque établissement n'étant pas au même état d'avancements sur les différents projets il s'agit d'une synthèse subjective

1	CHUGA
2	CH LA MURE
3	CHAI
4	CH VOIRON
5	CH ST GEORIS EN VALDAINE
6	CH ST LAURENT DU PONT
7	CH RIVES
8	CH URIAGE
9	CH TULLINS

Objectifs	Dysfonctionnements	Actions/Propositions	Etat d'avancement au niveau de la GHT			
			Fait	En cours	A prévoir	NA
Améliorer les connaissances du réseau d'appoint	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de connaissance du réseau de ville (CRLC, CLIC, MAIA, PSV, MDA, UEROS, COMETE, SAMSAH, UETD,...)</li> <li>- Absence ou indisponibilité des équipes mobiles intra ou extra-hospitalières (SSR, polyhandicap, gériatrique, cérébro-lésés, psychiatrique,...)</li> <li>- Retard de réponse des décisions soumis à avis (orientation MDPH, dérogation liée à l'âge, Conseil général,...) ou d'attribution de financement d'aide matérielle ou humaine (APA, PCH)</li> <li>- Absence de sollicitation des médecins traitants ou médecins spécialistes de villes</li> </ul>	Consolider le maillage territorial des équipes mobiles extra-hospitalières (équipe mobile du polyhandicap,...) et des assistants sociaux de secteurs				
		Consolider le maillage territorial de la prise en charge psychiatrique	7	2 6 8	5	1 9
		Assurer l'existence d'équipes labélisées (prestation compensatoire du handicap, autres prestations)				
		Anticiper le repérage de patients potentiellement bloquants et analyser	1 6 8 9 5	2 7		
		Lutter contre l'isolement social et familial				
		Encourager une couverture de l'ensemble du territoire par l'hospitalisation à domicile et le développement de l'ambulatoire		9	2 6 7 8 5	
		Donner les moyens de mobilité aux équipes mobiles	9			2 6 7 8 5
		Favoriser la pratique de l'ergothérapie en milieu de ville				
		Sensibiliser à la pratique d'une politique familiale et sociale luttant contre l'isolement contextuel ou culturel (canicule,...)				
		Garantir l'affiliation des foyers logement à un EHPAD (meilleure gestion de l'aggravation de l'indépendance)				
		Organiser des journées dédiées à la connaissance du réseau (journée O/GDR, journée dédiée au réseau, journée dédiée au médico-social,...)	9	6	1 2 7 8 5	
		Penser/adapter l'architecture de demain à l'accessibilité au handicap	9 5	2 8	6 7	
		Améliorer les enveloppes financières des SSIAD (rémunération adaptée en cas d'aggravation et rémunération des intervenants extérieurs)				
		Veiller à la répartition géographique homogène des auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmières,...)/développement de l'ambulatoire				
		Adapter la cotation des actes à domicile à la lourdeur des PEC				
		Encourager la création de maisons médicales (avec mutualisation/données partagées ?)				
		Créer un lien avec le dispositif assurance maladie PRADO		1	6 7 8 5	2 9
Etablir le lien avec les prestataires de ville (oxygénothérapie, perfusion, pansements,...)	7 8 9 5		2	6		