

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE ALPES DU SUD

Avenant n° 1 Convention constitutive

- 1. Volet relatif au projet médical partagé**
- 2. Volet relatif au projet de soins partagé**

ENTRE LES SOUSSIGNES :

Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud,

dont le siège est situé 1, place Auguste Muret BP 101 05007 Gap Cedex
Représenté par son Directeur, Yann Le Bras

et

Centre hospitalier des Escartons de Briançon,

dont le siège est situé 24, avenue Adrien Daurelle, 05100 Briançon
Représenté par son Directeur par intérim, Yann Le Bras

et

Centre hospitalier Buech Durance,

dont le siège est situé Route d'Arzeliers, 05300 Laragne-Montéglin
Représenté par son Directeur, Michel Mercier

et

Centre hospitalier d'Embrun,

dont le siège est 8 Rue Pierre et Marie Curie, 05200 Embrun
Représenté par son Directeur, Yann Le Bras

et

Centre hospitalier d'Aiguilles,

dont le siège est situé rue Saint-Jacques, 05470 Aiguilles
Représenté par son Directeur, Yann Le Bras

VISAS :

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
Vu les articles L. 6132-1 à L. 6132-7 du Code de la santé publique instituant les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ;
Vu le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire ;
Vu la décision n° 2016GHT07-32 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur portant approbation de la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire des « Alpes du Sud » ;

Groupement hospitalier de territoire des Alpes du Sud

Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement, en date du 01 juin 2017 ;
Vu l'avis de la commission médicale de groupement en date du 01 juin 2017 ;
Vu l'avis du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire en date du 01 juin 2017 ;

Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud,

Vu l'avis du directoire en date du ;
Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques en date du ;
Vu l'avis de la commission médicale d'établissement en date du ;
Vu l'avis du comité technique d'établissement en date du ;
Vu la délibération du conseil de surveillance en date du ;

Centre hospitalier des Escartons de Briançon,

Vu l'avis du directoire en date du ;
Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques en date du ;
Vu l'avis de la commission médicale d'établissement en date du ;
Vu l'avis du comité technique d'établissement en date du ;
Vu la délibération du conseil de surveillance en date du ;

Centre hospitalier Buech Durance,

Vu l'avis du directoire en date du ;
Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques en date du ;
Vu l'avis de la commission médicale d'établissement en date du ;
Vu l'avis du comité technique d'établissement en date du ;
Vu la délibération du conseil de surveillance en date du ;

Centre hospitalier d'Embrun,

Vu l'avis du directoire en date du ;
Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques en date du ;
Vu l'avis de la commission médicale d'établissement en date du ;
Vu l'avis du comité technique d'établissement en date du ;
Vu la délibération du conseil de surveillance en date du ;

Centre hospitalier d'Aiguilles,

Vu l'avis du directoire en date du ;
Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques en date du ;
Vu l'avis de la commission médicale d'établissement en date du ;
Vu l'avis du comité technique d'établissement en date du ;
Vu la délibération du conseil de surveillance en date du ;

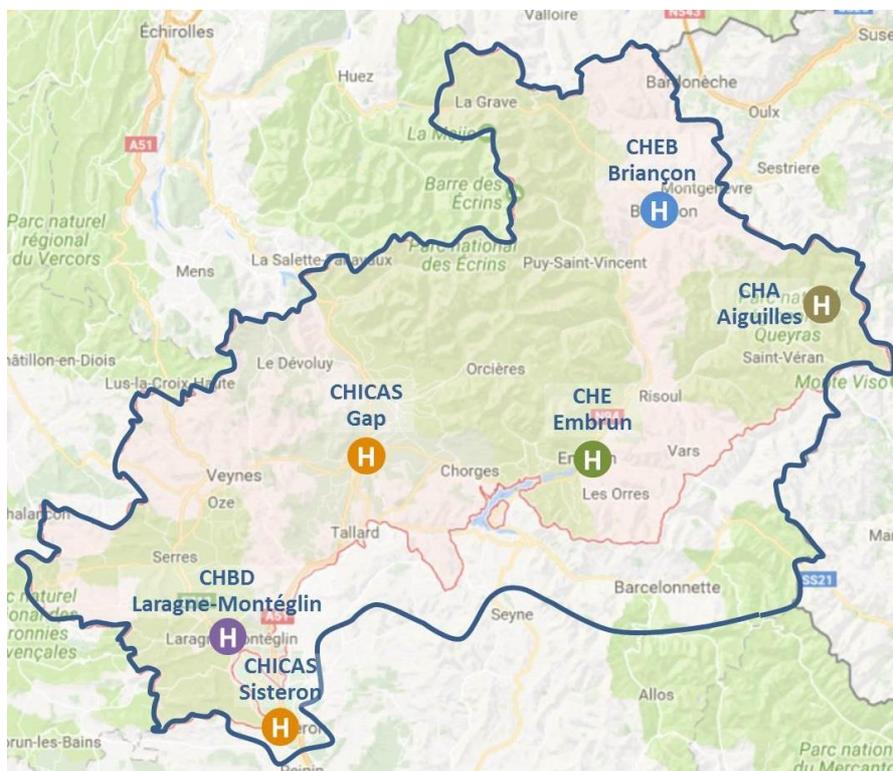
IL EST CONCLU CE QUI SUIV

VOLET N°1 : LE PROJET MEDICAL PARTAGE



PROJET MEDICAL PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES ALPES DU SUD

2017 - 2021



SOMMAIRE

1. Préambule	7
2. Introduction.....	9
3. Synthèse	12
4. Présentation du GHT des ALPES du SUD	13
Les spécificités du territoire des ALPES du SUD	13
Les acteurs du GHT des ALPES du SUD.....	16
<i>Les établissements membres du GHT des ALPES du SUD</i>	<i>16</i>
<i>Une direction commune et une culture de la coopération entre les établissements</i>	<i>17</i>
<i>Le lien avec le Centre hospitalier universitaire de référence – l’APHM</i>	<i>18</i>
<i>Le lien avec les établissements partenaires médico-sociaux et sanitaires publics et privés à but non lucratif</i>	<i>18</i>
<i>Le lien avec les professionnels de santé libéraux.....</i>	<i>18</i>
5. La méthode d’élaboration du PMP	20
Une méthodologie participative et concertée	20
Les étapes d’élaboration du PMP.....	22
PMP et PSP : deux projets complémentaires au service des patients du territoire	23
6. Les fondements du GHT	24
Une stratégie de groupe public renforcée	24
Des valeurs communes.....	24
Les objectifs médicaux du GHT	25
<i>Rappel des orientations stratégiques</i>	<i>25</i>
<i>Les filières et les fonctions supports retenues sont ainsi :.....</i>	<i>26</i>
<i>Les sujets transversaux.....</i>	<i>26</i>
7. Le projet médical partagé.....	27
Les thématiques transversales	27
<i>Le déploiement de la télémédecine et de son usage sur le territoire</i>	<i>27</i>
<i>L’éducation thérapeutique</i>	<i>28</i>
<i>La permanence des soins.....</i>	<i>31</i>
<i>La participation à la formation des personnels médicaux.....</i>	<i>31</i>

<i>Le Département d'Information Médicale (DIM)</i>	31
<i>Le projet qualité et gestion des risques du GHT</i>	32
LES FILIERES DE SOINS	35
<i>Les urgences et soins critiques</i>	37
Coopérations existantes	38
Enjeux et potentiels de réussite	38
Orientations stratégiques 2017-2021	39
<i>Les soins critiques</i>	41
Projet GHT réanimation GAP- USC BRIANCON	44
<i>La chirurgie</i>	50
Coopérations existantes	50
Orientations stratégiques 2017-2021	52
L'anesthésie	55
<i>La médecine</i>	58
Coopérations existantes	58
Enjeux et potentiels de réussite	59
Orientations stratégiques 2017-2021	59
<i>La psychiatrie</i>	66
Coopérations existantes	68
Enjeux et potentiels de réussite	68
Orientations stratégiques 2017-2021	69
<i>La gériatrie</i>	71
Les coopérations existantes	71
Enjeux et potentiels de réussite	73
Orientations stratégiques 2017-2021	73
<i>Femme enfant</i>	80
Coopérations existantes	80
Enjeux et potentiels de réussite	81
Orientations stratégiques 2017-2021	82
LES FONCTIONS SUPPORT	86
<i>La biologie</i>	88
Coopérations existantes	88
<i>La pharmacie</i>	96
Coopérations existantes	98
Enjeux et potentiels de réussite	99

Orientations stratégiques 2017-2021	102
L'imagerie.....	105
8. Fiches action	108
Fiche action n°1 : Fidéliser et attirer les médecins	108
Fiche action n°2 : Structurer la démarche qualité du GHT	111
Fiche action n°3 : Développer la télémédecine et son usage sur le territoire.....	112
Fiche-action n°4 : Développer une plateforme d'éducation thérapeutique sur le territoire	114
Fiche-action n°5 : Participer à la formation des professionnels médicaux.....	116
Fiche-action n°6 : Standardiser les protocoles thérapeutiques	117
Fiche-action n°7 : Réactiver la fédération inter-hospitalière des urgences.....	118
Fiche-action n°8: Mettre en place une équipe médicale territoriale pour les urgences.....	121
Fiche-action n°9 : Intégrer la notion de « saisonnalité » dans les organisations des SAU	123
Fiche-action n°10 : Développer l'activité programmée par le biais de consultations avancées, d'échanges et d'harmonisation de connaissances et de compétences	125
Fiche-action n°11 : Développer l'activité programmée par le biais de techniques innovantes.....	128
Fiche-action n°12 : Demander une autorisation pour la cancérologie ORL.....	129
Fiche-action n°13 : Pérenniser la cardiologie sur le territoire	131
Fiche-action n°14 : Renforcer l'endoscopie digestive et la gastroentérologie	134
Fiche-action n°15 : Renforcer l'oncologie.....	136
Fiche-action n°16 : Fluidifier les semi - urgences.....	137
Fiche-action n° 17 : Proposer une offre de soins complète en addictologie sur le territoire.....	139
Fiche-action n°18 : Développer l'endocrinologie.....	140
Fiche-action n°19 : Revisiter l'offre de soins pour les adolescents et jeunes adultes.....	144
Fiche-action n°20 : Etendre l'offre ambulatoire de psychiatrie à BRIANCON.....	145
Fiche-action n°21 : Créer une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie.....	146
Fiche-action n°22 : Développer la prise en charge du vieillissement et du handicap.....	148
Fiche-action n°23 : Partager les compétences paramédicales entre les secteurs de psychiatrie....	150
Fiche-action n°24 : Renforcer les liens ville-hôpital de la filière psychiatrique.....	151
Fiche-action n°25 : Etudier la possibilité de créer une équipe mobile gériatrique sur BRIANCON..	152
Fiche-action n°26 : Repenser l'offre de soins SSR	154
Fiche-action n°27 : Fluidifier les urgences gériatriques dont les lits d'aval.....	155
Fiche-action n°28 : Créer un service de post-urgences gériatriques à GAP.....	158
Fiche-action n°29 : Organiser le parcours du patient âgé nécessitant une chirurgie.....	159
Fiche-action n°30 : Renforcer les consultations d'oncogériatrie	161

<i>Fiche action n°31 : Développer l'activité de chirurgie gynécologique, notamment dans le cadre de la cancérologie, en lien avec l'IPC.....</i>	<i>164</i>
<i>Fiche action n°32 : Développer l'activité obstétricale et favoriser l'attractivité des maternités sur le territoire</i>	<i>165</i>
<i>Fiche-action n°33 : Renforcer la pédopsychiatrie de liaison.....</i>	<i>166</i>
<i>Fiche-action n°34 : Favoriser l'attractivité des postes en gynécologie et pédiatrie</i>	<i>167</i>
<i>Fiche action n°35 : Renforcer la consultation gynécologique et l'échographie.....</i>	<i>168</i>
<i>Fiche action n°36 : Améliorer les relations avec les centres de référence – maternité de niveau 3 pour fluidifier les parcours des nouveaux nés</i>	<i>169</i>
<i>Fiche-action n° 37: Créer un système informatisé de Laboratoire, SIL commun</i>	<i>170</i>
<i>Fiche-action n°38 : Coordonner les équipements biomédicaux.....</i>	<i>172</i>
<i>Fiche-action n°39 : Etablir d'un circuit de ramassage des échantillons biologiques.....</i>	<i>175</i>
<i>Fiche-action n°40 : Mener l'accréditation de la biologie médicale</i>	<i>177</i>
<i>Fiche-action n°41 : Mettre en place la métrologie</i>	<i>180</i>
<i>Fiche-action n°42 : Favoriser l'attractivité des postes de biologistes sur le territoire des ALPES du SUD.....</i>	<i>181</i>
<i>Fiche-action n°43 : Agir sur l'hygiène environnementale de biologie</i>	<i>183</i>
<i>Fiche-action n°44 : Développer la clientèle externe de la biologie.....</i>	<i>184</i>
<i>Fiche-action n°45 : Délocaliser les examens de biologie</i>	<i>186</i>
<i>Fiche-action n°46 : Améliorer l'attractivité médicale en imagerie médicale sur le GHT.....</i>	<i>187</i>
<i>Fiche-action n°47 : Former des MER en Echographie d'acquisition</i>	<i>188</i>
<i>Fiche-action n°48 : Organiser les activités des radiologues du GHT</i>	<i>190</i>
<i>Fiche-action n°49 : Etendre le PACS de territoire</i>	<i>191</i>
<i>Fiche-action n°50: Créer une politique d'achats pour le renouvellement des matériels radiologiques</i>	<i>192</i>
<i>Fiche-action n°51 : Construire une PUI de territoire.....</i>	<i>193</i>
<i>Fiche-action n°52 : Acquérir deux modules d'automatisation de la préparation des doses à administrer</i>	<i>194</i>
<i>Fiche-action n°53 : Organiser des activités pharmaceutiques transversales</i>	<i>196</i>
<i>Fiche-action n°54 : Organiser des activités pharmaceutiques de proximité</i>	<i>197</i>

1. Préambule

Reflet des valeurs humaines partagées au sein des communautés hospitalières du territoire, ce projet médical partagé du GHT des Alpes du Sud est porteur d'une vision commune de la prise en charge de nos patients et d'une forte ambition pour l'avenir.

S'appuyant sur les coopérations existantes et sur des projets communs, les acteurs hospitaliers ont transformé l'obligation prévue par la loi Santé de constituer un GHT et de se doter d'un projet médical partagé en véritables opportunités :

- Opportunité de mettre en cohérence les offres de soins et de construire des filières de soins cohérents, lisibles et de qualité pour les patients ;
- Opportunité de mettre en commun les projets et les compétences ;
- Opportunité d'affronter ensemble les défis actuels et à venir pour apporter des solutions aux besoins de santé des patients du territoire.

Ainsi, la dynamique impulsée conjointement les directions, les acteurs médicaux et soignants a permis de dépasser les logiques traditionnelles pour concevoir des filières de soins cohérentes où chaque établissement devient un acteur complémentaire de l'autre.

Le présent document s'intègre dans le cadre du projet régional de santé actuel. Il est le fruit du travail de nombreux groupes de médecins et de soignants et porte une volonté forte d'articulation avec le projet de soins partagé.

Ce PMP s'articule autour de quatre éléments essentiels :

- Une logique médicale
- Une logique soignante
- Une logique ressource humaine
- Une logique managériale

Il engage l'ensemble du GHT des Alpes du Sud et les établissements qui le constituent. La commission médicale de groupement, ainsi que les CME des établissements, sont les garantes de sa mise en œuvre, aux côtés des directions.

Les présidents de CME se désignent responsables de cinq axes stratégiques pour la mise en œuvre des orientations du PMP :

- La qualité et la sécurité des soins dans chaque filière du GHT, véritables garantes d'une prise en charge adaptée sur le territoire ;

- La télémédecine, enjeu majeur qui permettra de répondre aux enjeux socio-géographiques spécifiques de notre territoire ;
- Le système d'information hospitalier, prérequis essentiel à la réalisation d'une véritable continuité des soins au sein du GHT ;
- La formation continue des acteurs, nécessaire pour consolider les compétences professionnelles présentes sur le GHT et suivre les innovations médicales et techniques pour les proposer aux patients du territoire ;
- Et enfin, la coordination, le suivi et l'évaluation des orientations du PMP.

Ce PMP est le premier et nos remerciements s'adressent à l'ensemble des personnes qui ont contribué à son élaboration. Sa soutenabilité fonctionnelle et économique a été étudiée afin de s'assurer de la faisabilité des orientations prévues. La priorisation et l'évaluation de ses actions seront facilitées par l'analyse des données médicales et économiques disponibles. La définition claire de parcours de soins s'intégrant dans les orientations des filières du PMP permettra de répondre concrètement aux besoins de santé des patients du territoire.

Ce projet est aussi un vecteur d'ouverture aux professionnels de santé libéraux, aux établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés à but non lucratif qui seront associés et concertés, afin de s'assurer d'un parcours de soins complet et pleinement coordonné pour les patients.

Son socle est validé par les instances du 1^{er} juin 2017. Son opérationnalité est composée de 55 fiches-action, dont le contenu n'est pas exhaustif à la date de rédaction de ce document, mais dont les éléments sont ajustables le cas échéant en fonction de la progression de certaines réflexions. Il est enfin à noter que ce PMP ne pourra pas se réaliser sans les ressources nécessaires à sa bonne mise en œuvre. Il appartient désormais à l'ensemble des acteurs de faire de ses ambitions une réalité au service des patients.

Signature Y. LE BRAS Signature M.MERCIER Signature J.CONSTANS Signature J.CYPRIEN

Signature M.DEFFAUX Signature P.LUTZLER Signature A.DURIEUX

2. Introduction

Approuvé par le Directeur Général de l'Agence régionale de santé (ARS) de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) des ALPES du SUD a été créé le 1^{er} juillet 2016 suite à la signature d'une convention constitutive réunissant les cinq centres hospitaliers du territoire, à savoir :

- **Le Centre hospitalier intercommunal des ALPES du SUD (CHICAS)**
- **Le Centre hospitalier Buech Durance (CHBD)**
- **Le Centre hospitalier d'EMBRUN (CHE)**
- **Le Centre hospitalier d'AIGUILLES (CHA)**
- **Le Centre hospitalier des Escartons de BRIANCON (CHEB)**

Conformément à l'article 6 de la convention constitutive, le CHICAS a été désigné établissement support du GHT.

La constitution du GHT des ALPES du SUD a été initiée dès le début de l'année 2016 par les acteurs hospitaliers du territoire suite à la publication de la loi du 26 janvier 2016 et par anticipation du décret du 27 avril 2016 relatif au GHT. En effet, dès le mois de mars 2016 et sans attendre, les acteurs hospitaliers ont impulsé une dynamique positive partant du principe que le GHT devait constituer une opportunité pour consolider l'offre de soins hospitalière publique sur le territoire à destination des patients, permettant de garantir une gradation des parcours de santé avec, comme objectif, un égal accès aux soins pour tous.

Autour de cette première impulsion s'est structurée une démarche de travail favorisant la participation et la concertation des acteurs hospitaliers avec la volonté de disposer, à terme, d'un projet médical partagé (PMP) et d'un projet de soins partagé (PSP) permettant de faire émerger une stratégie de coopération pour les cinq prochaines années.

Dans ce contexte, un séminaire de travail réunissant plus de 80 hospitaliers s'est tenu le 30 avril 2016. Les discussions et les réflexions ont permis de faire émerger six grandes orientations pour le futur PMP et d'identifier les filières et les fonctions supports concernées par le GHT des ALPES du SUD, à savoir :

- La filière URGENCES/SOINS CRITIQUES
- La filière CHIRURGIE (dont anesthésie)
- La filière MEDECINE
- La filière FEMME ENFANT
- La filière GERIATRIE
- La filière PSYCHIATRIE
- La fonction support PHARMACIE

- La fonction support BIOLOGIE
- La fonction support IMAGERIE
- La fonction support DEPARTEMENT DE L'INFORMATION MEDICALE¹

Elles ont également permis de faire émerger les six grandes orientations du PMP :

- 1. Structurer sur le territoire des filières identifiées et reconnues de prise en charge des patients permettant un parcours de soins gradué et cohérent sur le plan somatique et psychiatrique**
- 2. Disposer de fonctions supports efficaces bénéficiant à tout établissement du territoire**
- 3. Favoriser une organisation efficace de la permanence des soins sur le territoire**
- 4. Garantir l'attractivité du territoire pour faciliter les recrutements médicaux, en particulier dans les spécialités particulièrement concernées par les évolutions de la démographie médicale**
- 5. Mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins commune à tous les établissements**
- 6. Développer les liens de partenariat avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) référent du GHT – l'APHM - tout en conservant les collaborations existantes avec le CHU de GRENOBLE et le Centre de lutte contre le cancer régional (CLCC) l'Institut Paoli Calmette**

Ces premiers éléments ont été décrits à l'article 1 de la convention constitutive et fondent la démarche de coopération entre les établissements du GHT des ALPES du SUD .

L'article 1 prévoit également l'élaboration, sous un an, d'un PMP complet permettant de décliner ces grandes orientations par filière et par fonction support afin de bénéficier d'une stratégie de coopération commune, finalisée et partagée entre tous. Cet article dispose également qu'un PSP devra être décrit d'ici le 1^{er} juillet 2017 en complémentarité des éléments du PMP.

C'est pourquoi, dès le second semestre 2016, les acteurs du GHT des ALPES du SUD se sont impliqués dans une nouvelle phase de travail qui a consisté en :

- La définition d'une méthodologie de travail et l'articulation de celle-ci avec un accompagnement extérieur financé par l'ARS PACA
- La définition d'un calendrier prévisionnel pour disposer du PMP dans des délais adéquats

¹ Les orientations et les actions liées au DIM territorial sont traitées à part du PMP en raison de la spécificité de cette fonction

- Les modalités de validation des orientations et des actions définies dans le PMP par le biais, notamment, de la création d'un comité de pilotage et d'une procédure de validation par les instances du GHT

Dans ce cadre, il paraît important de noter qu'en parallèle de l'élaboration du PMP, le GHT des ALPES du SUD a progressivement mis en œuvre ses modalités propres de gouvernance. A ce titre, les communautés médicales des établissements membres ont fait le choix ambitieux de se doter d'une commission médicale de groupement en lui attribuant pour mission principale de coordonner l'élaboration, la validation et le suivi de la déclinaison sur le terrain du PMP.

Le début de l'année 2017 a été consacré à un important travail d'élaboration du PMP avec la tenue de multiples groupes de travail mobilisant les acteurs médicaux du territoire avec l'objectif de définir les actions concrètes à mettre en œuvre à court, moyen et long terme.

Ces actions ont été déterminées en tenant compte des enjeux de coordination que sous-tend le PMP. Elles s'attachent à considérer tous les aspects de prise en charge des patients, à savoir : les activités de consultation, consultations avancées, de permanence des soins, d'activité ambulatoire, d'hospitalisation partielle ou conventionnelle, du fonctionnement et de l'accès aux plateaux techniques, les urgences non programmées, les activités d'hospitalisation à domicile et les activités de prise en charge médico-sociale.

Validé par la commission médicale de groupement (CMG) et le Comité stratégique (CoStrat) du GHT des ALPES du SUD, le PMP ainsi présenté est le résultat concret d'une démarche engagée il y a plus d'un an entre les acteurs de santé du territoire. Il est la traduction de leur engagement et matérialise la dynamique positive qui considère le GHT des ALPES du SUD comme une opportunité.

Ce PMP est une première étape. Il permet de structurer l'action des cinq établissements hospitaliers et de dessiner les contours de leur stratégie commune.

Mais tout reste à faire dans les cinq prochaines années pour décliner ces actions sur le territoire pour que celles-ci trouvent, pour le patient, une traduction et un effet directs, concrets et facilitant dans son parcours de soins.

A ce titre d'ailleurs, les établissements partenaires médico-sociaux et sanitaires publiques ou privés à but non lucratif ainsi que les professionnels de santé libéraux seront rapidement sollicités pour venir enrichir et compléter les premières réflexions de ce PMP pour définir des parcours de prise en charge coordonnés.

3. Synthèse

CONTENUS DU DECRET DU 27 AVRIL 2016	FICHES-ACTION DU PMP
Solutions de télémédecine	FA n°3 : Développer la télémédecine et son usage sur le territoire
Organisation de la permanence des soins	FA n°33 : Renforcer la pédopsychiatrie de liaison
Activités de consultations externes et des consultations avancées	FA n°10 : Développer l'activité programmée par le biais de consultations avancées, d'échanges et d'harmonisation de connaissances et de compétences FA n°30 : Renforcer les consultations d'oncogériatrie FA n°31 : Développer l'activité de chirurgie gynécologique, notamment dans le cadre de la cancérologie, en lien avec l'IPC FA n°35 : Renforcer la consultation gynécologique et l'échographie
Activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle	FA n°11 : Développer l'activité programmée par le biais des techniques innovantes FA n°12 : Demander une autorisation pour la cancérologie ORL FA n°13 : Pérenniser la cardiologie sur le territoire FA n°14 : Renforcer l'endoscopie digestive et la gastroentérologie FA n°15 : Renforcer l'oncologie FA n°17 : Proposer une offre de soins complète en addictologie sur le territoire FA n°18 : Développer l'endocrinologie FA n°19 : Revisiter l'offre de soins pour les adolescents et jeunes adultes FA n°20 : Réorganiser l'offre de soins ambulatoire de psychiatrie à BRIANCON FA n°21 : Créer une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie FA n°22 : Développer la prise en charge du vieillissement et du handicap FA n°25 : Etudier la possibilité de créer une équipe mobile gériatrique à BRIANCON FA n°28 : Créer un service de post-urgence gériatrique FA n°29 : Organiser le parcours du patient âgé nécessitant une chirurgie FA n°32 : Développer l'activité obstétricale et favoriser l'attractivité des maternités sur le territoire
Plateaux techniques	FA n°37 : Créer un système informatisé de laboratoire, SIL commun FA n°38 : Coordonner les équipements biomédicaux FA n°39 : Etablir un circuit de ramassage des échantillons biologiques FA n°40 : Mener l'accréditation de la biologie médicale FA n°41 : Mettre en place la métrologie FA n°43 : Agir sur l'hygiène environnementale de biologie FA n°44 : Développer la clientèle externe de la biologie FA n°45 : Délocaliser les examens de biologie FA n°47 : Former des MER en échographie d'acquisition FA n°48 : Organiser les activités des radiologues du GHT FA n°49 : Etendre le PACS de territoire FA n°50 : Créer une politique d'achats pour le renouvellement des matériels radiologiques FA n°51 : Construire une PUI de territoire FA n°52 : Acquérir deux modules de préparation des doses à administrer FA n°53 : Organiser des activités pharmaceutiques transversales FA n°54 : Organiser des activités pharmaceutiques de proximité
Prise en charge des urgences et soins non programmés	FA n°7 : Réactiver la fédération inter-hospitalière des urgences FA n°8 : Mettre en place une équipe médicale territoriale pour les urgences FA n°9 : Intégrer la saisonnalité dans les organisations des SAU FA n°16 : Fluidifier les semi-urgences FA n°27 : Fluidifier les urgences gériatriques dont les lits d'aval
Equipes médicales communes / relations avec les médecins de ville libéraux	FA n°24 : Renforcer les liens ville-hôpital de la filière psychiatrique FA n°36 : Améliorer les relations avec les centres de références – maternité de niveau 3, pour fluidifier les parcours des nouveaux nés
Gradation des soins	FA n°4 : Développer une plateforme d'éducation thérapeutique sur le territoire FA n°26 : Renforcer l'offre de soins SSR
Autres	FA n°1 : Fidéliser et attirer les médecins FA n°2 : Structurer la démarche qualité du GHT FA n°5 : Participer à la formation des professionnels médicaux FA n°6 : Standardiser les protocoles thérapeutiques FA n°23 : Partager les compétences paramédicales entre les secteurs de psychiatrie FA n°34 : Favoriser l'attractivité des postes en gynécologie et pédiatrie FA n°42 : Favoriser l'attractivité des postes de biologistes sur le territoire FA n°46 : Améliorer l'attractivité médicale en imagerie médicale sur le GHT

4. Présentation du GHT des ALPES du SUD

Conscient de ses spécificités territoriales, les acteurs du GHT des ALPES du SUD ont travaillé à l'élaboration du PMP en tenant compte de l'intégration du CHU de référence et des liens à renforcer, à terme, avec les structures médico-sociales et sanitaires publiques et privées à but non lucratif et les professionnels libéraux.

Les spécificités du territoire des ALPES du SUD

Défini dans le préambule de la convention constitutive, le périmètre géographique du GHT des ALPES du SUD présente des spécificités notables qui conditionnent les orientations du PMP et les actions qui y sont décrites.

A ce titre, il est utile de rappeler que ce périmètre géographique correspond au département des Hautes Alpes en réponse aux propositions de l'ARS PACA². Dans un souci de cohérence, ce périmètre a été étendu au nord du département des Alpes de Haute Provence pour trois raisons :

- Le positionnement du site de Sisteron, rattaché au CHICAS
- La vallée de l'Ubaye intégrée au secteur de régulation du Centre 15 Hautes Alpes
- La compétence du CHBD pour les hospitalisations d'enfant mineur du département 04

Le territoire des ALPES du SUD est très montagneux. Le département des Hautes Alpes est le département le plus haut en moyenne en France (altitude moyenne la plus élevée, plus du tiers de la surface dépasse 2 000 m). C'est aussi le département avec le réseau routier le plus élevé, avec une altitude moyenne de l'ordre de 1 000 m. GAP est la préfecture la plus élevée de France (740 m) et BRIANCON (1 326 m) l'une des villes les plus élevées de l'Union Européenne. La zone nord du département est également frontalière de l'Italie. Quant au département des Alpes de Haute Provence, le nord du territoire est caractérisé par un environnement pré-alpin avec des zones de montagne intermédiaire aux vallées encaissées et aux villages très enclavés et des zones de haute montagne, notamment en Haute-Ubaye, où les sommets dépassent 3 000 m d'altitude et où les cols avoisinent ou dépassent les 2 000 m d'altitude.

Dans ce contexte, les temps de déplacement entre deux établissements peuvent varier de 40 minutes à 2h, hors état des routes (neige, trafic important liée à la saisonnalité...).

En outre, le territoire du GHT des ALPES du SUD est marqué par une activité saisonnière très importante (période de vacances scolaires été et hiver), liée principalement à l'économie axée sur le tourisme de montagne qui s'y est développée. A titre d'illustration, les activités touristiques

² Sur la base des éléments transmis par la Fédération hospitalière de France (FHF), l'ARS PACA a proposé que le périmètre des GHT en région PACA soit conforme aux délimitations départementales

occupent 6,8 % des actifs en 2010 contre 1,8 % en Paca. Dans la zone d'emploi de BRIANCON , elles emploient même 13,4 % des actifs³.

Cette spécificité impacte directement les activités des établissements de santé et nécessite d'anticiper et d'adapter les organisations aux pics d'activité constatés.

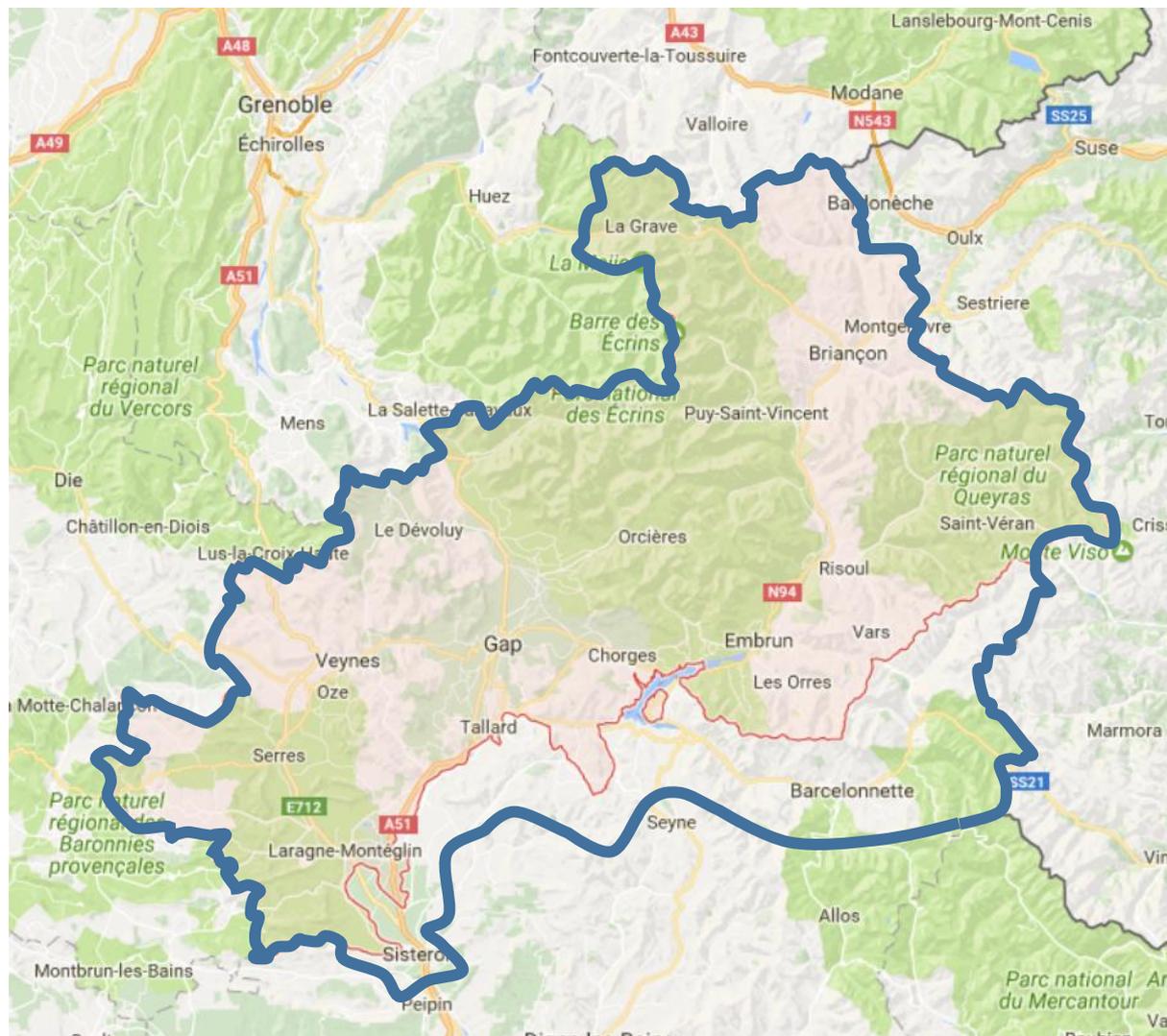
Enfin, ces caractéristiques sont d'autant plus à prendre en compte que la démographie médicale sur le département évolue défavorablement. Cette situation se rencontre dans des vallées isolées, difficiles d'accès mais tend aujourd'hui à s'intensifier, notamment dans des zones géographiques largement fréquentées pendant les périodes touristiques, la vallée de Serre-Chevalier (Guisane) étant ici un exemple emblématique. Ces difficultés se retrouvent également pour des spécialités médicales pour lesquelles les tensions de démographie médicale sont telles que la permanence des soins sur certains secteurs est difficilement couverte, la création d'équipe commune ou d'astreinte partagée ne pouvant être valablement envisagée du fait du réseau routier et des distances à parcourir.

Comme cela a été souligné sur le plan géographique, le caractère frontalier avec l'Italie est une spécificité importante du territoire également sur le plan sanitaire. Depuis plusieurs années, des acteurs du territoire des Hautes Alpes ont effectué des démarches d'échanges dans le domaine médical et médico-social avec des partenaires homologues en Italie. Ces initiatives ont été effectuées le plus souvent pour répondre au besoin médical partagé de nombreuses vallées qui risqueraient d'être défavorisées par les contraintes financières et les obligations d'efficacité ainsi que par la désertification médicale. Plus récemment, des projets financés par le programme européen INTERREG-ALCOTRA ont été sollicités avec la finalité de construire des réseaux de coopération sanitaire spécifiques au contexte alpin, en particulier pour favoriser la recherche de protocoles communs et pour fournir une réponse équitable et équilibrée aux besoins de la population et proportionnée aux ressources disponibles. Les travaux de coopération sont actuellement menés sur le plan médical, mais ont vocation également à la recherche d'un dispositif juridique qui puisse consolider une organisation de l'offre territoriale de soins adaptée aux besoins communs des habitants des Alpes, en particulier des vallées les plus éloignées qui pourraient profiter de l'introduction de parcours partagés avec les territoires frontaliers italiens.

Le Centre hospitalier de BRIANCON est actuellement l'acteur principal de ces démarches de coopération transfrontalière sanitaire avec l'Italie. Toutefois cette coopération concernera l'ensemble du GHT, qui pourra bénéficier de l'expérience des modèles de groupements hospitaliers

³ Chiffres de l'INSEE

déjà existants en Italie, coopérer au développement de la médecine de montagne, profiter des modèles d'organisation de l'offre médicale au profit des territoires les plus éloignés et enfin participer au développement de réseaux transfrontaliers avec les centres de références locales et nationales.



Carte représentant le territoire d'action du GHT des ALPES du SUD

Durée des trajets à titre indicatif en conditions normales de circulation (source : Google Map)

- BRIANCON – Sisteron : 1h46 (par autoroute)
- BRIANCON – Laragne Montéglin : 1h45
- BRIANCON – GAP : 1h18
- BRIANCON – EMBRUN : 45 minutes
- BRIANCON – AIGUILLES : 1h02
- GAP – Barcelonnette : 1h06
- GAP – EMBRUN : 40 min
- AIGUILLES – EMBRUN : 50 min
- LARAGNE-MONTEGLIN – GAP : 40 min

Les acteurs du GHT des ALPES du SUD

Les établissements membres du GHT des ALPES du SUD

Le GHT des ALPES du SUD est composé des établissements suivants :

- **Centre hospitalier intercommunal des ALPES du SUD, dont le siège est situé 1, place Auguste Muret BP 101 05007 GAP Cedex**
- **Centre hospitalier des Escartons de BRIANCON, dont le siège est situé 24, avenue Adrien Daurelle, 05100 BRIANCON**
- **Centre hospitalier Buech Durance, dont le siège est situé Route d'Arzeliers, 05300 Laragne-Montéglin**
- **Centre hospitalier d'EMBRUN, dont le siège est 8 Rue Pierre et Marie Curie, 05200 EMBRUN**
- **Centre hospitalier d'AIGUILLES, dont le siège est situé rue Saint-Jacques, 05470 AIGUILLES**

Etablissement	Carte d'identité de l'établissement
CH Intercommunal des ALPES du SUD	<p>2 sites d'hospitalisations et 2 EHPAD</p> <p>236 lits de médecine</p> <p>74 lits de chirurgie</p> <p>36 lits de gynécologie obstétrique</p> <p>50 lits d'USLD</p> <p>85 lits d'hébergement</p> <p>6 pôles médicaux et médico-techniques pour le CH :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pôle de chirurgie• Pôle de médecine (médecine polyvalente, médecine interne, gastroentérologie, pneumologie, addictologie, cardiologie etUSIC,• Pôle femme enfant (maternité IIA, néonatalogie, pédiatrie, gynécologie)• Pôle urgences et soins critiques (urgences, réanimation, activité de CHPOT)• Pôle géronto-pharmacie (activités de court, moyen, long séjour en gérontologie, EHPAD, EMG et activité de pharmacie)• Pôle prestataire (imagerie, laboratoire, DIM, hémovigilance, hygiène)

CH de Buech Durance	<p>11 sites</p> <p>147 lits et places en psychiatrie adulte 18 lits et places en pédo-psychiatrie 20 lits et places d'addictologie 20 places en MAS 25 lits et places en Unité de soins longue durée 17 lits et places en SSR et MCO 5 lits de médecine 75 lits d'EHPAD</p>
CH EMBRUN	<p>3 sites (CH + 2 EHPAD)</p> <p>26 lits de médecine 34 lits de SSR 146 lits d'hébergement 30 lits d'USLD 38 places en SSIAD 3 pôles pour le CH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pôle polyvalent (service des urgences, service de médecine polyvalente, service de soins de suite et de réadaptation polyvalent, unité de rééducation et réadaptation fonctionnelle, consultations externes) • Pôle gériatrique (service de médecine gériatrique, unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique, unité de soins longue durée) • Pôle médico-technique (service imagerie, Centre périnatal de proximité, service de consultation spécialisé, laboratoire, plateau technique de rééducation) <p>+ 1 pôle finance (DIM, service social, service technique et logistique)</p>
CH AIGUILLES	<p>Service de court séjour et médecine Service dédié à l'accueil de la personne handicapée vieillissante 23 lits pour les personnes polyhandicapées 22 lits d'EHPAD SSIAD</p>
CH BRIANCON	<p>2 sites (CH + Centre gériatrique)</p> <p>41 lits et places de médecine 29 lits et places de chirurgie 9 lits de gynécologie obstétrique 35 lits de psychiatrie 30 lits d'USLD 54 lits d'hébergement</p>

Le CHICAS GAP-Sisteron est l'établissement support du GHT des ALPES du SUD .

Une direction commune et une culture de la coopération entre les établissements

Fort de collaborations déjà existantes, le GHT des ALPES du SUD s'est construit sur la base d'une culture de coopération partagée entre les établissements. L'existence de conventions de partenariat entre les centres hospitaliers du territoire et, plus encore, la création des fédérations médicales inter hospitalière (FMI) que sont la FMI des urgences, le FMI des soins palliatifs ou encore le Centre mémoire des Hautes Alpes traduisent l'ancienneté des relations collaboratives entre les acteurs de

santé du territoire. Les discussions initiées dès 2014 autour de la mise en commun d'activité de biologie ou de pharmacie s'inscrivent également dans une dynamique similaire d'échanges et d'association vers un fonctionnement coordonné et partagé.

Dans ce contexte, l'extension et la consolidation d'une direction commune entre le CHICAS, le CHE, le CHA et le CHEB au 1^{er} juin 2016 a constitué une nouvelle étape permettant de favoriser la coordination et l'articulation entre les établissements pour améliorer les parcours de soins des patients sur le territoire. Cette direction commune facilite ainsi les rapprochements entre les acteurs hospitaliers et participe à l'élaboration du projet du GHT des ALPES du SUD .

[Le lien avec le Centre hospitalier universitaire de référence – l'APHM](#)

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (APHM) est le Centre hospitalier universitaire (CHU) de référence du GHT des ALPES DU SUD. A ce titre, le PMP tient compte des relations et partenariats établis avec l'APHM dans les missions pour lesquelles le CHU est référent, à savoir les missions de recours, de recherche et de formation.

Les projets communs sont décrits dans une convention de partenariat rédigée en parallèle du PMP. Par ailleurs, le GHT des ALPES du SUD consolide les partenariats effectifs qu'il a établis avec les autres centres universitaires et de référence que sont le CHU de GRENOBLE et le Centre de lutte contre le cancer Institut Paoli Calmette (IPC). Ainsi, les orientations du PMP et ses déclinaisons opérationnelles intègrent et consolident les coopérations.

[Le lien avec les établissements partenaires médico-sociaux et sanitaires publics et privés à but non lucratif](#)

Elaboré initialement entre les cinq centres hospitaliers du territoire, le PMP du GHT des ALPES du SUD a vocation à être élargi aux structures sanitaires et médico-sociales publiques et privées à but non lucratif afin d'enrichir les réflexions élaborées et de compléter les parcours patients et les filières décrites dans le respect de l'intérêt du groupement.

En effet, le GHT des ALPES du SUD est conscient du rôle majeur joué par les établissements partenaires en amont et en aval des prises en charge hospitalières. A ce titre et s'inscrivant dans une approche globale de la prise en charge, l'apport des structures médico-sociales et sanitaires publiques et privées à but non lucratif est considérable, notamment pour faciliter les interfaces et l'articulation des parcours.

[Le lien avec les professionnels de santé libéraux](#)

Porte d'entrée principale du système de santé, les professionnels libéraux sont incontournables. Référents dans la prise en charge des patients, ils encadrent les parcours de santé, sont à l'origine

des hospitalisations ou de demande de soins spécifiques et suivent leurs patients tout au long de la prise en charge.

Dans ce cadre, les professionnels libéraux entretiennent des liens multiples et étroits avec les établissements hospitaliers membres du GHT des ALPES du SUD qu'ils sollicitent à des occasions diverses : nécessité d'hospitaliser un patient, demande d'examen complémentaire, demande d'un avis spécialisé...

Dans ce contexte, les établissements hospitaliers se doivent d'apporter une réponse rapide, efficace et pertinente aux besoins des professionnels libéraux.

De même, un travail facilitant l'articulation entre les prises en charge en ville et à l'hôpital doit être engagé pour que les parcours des patients soient plus fluides et que la communication et les échanges entre les professionnels libéraux et hospitaliers soient facilités.

Ainsi, les professionnels libéraux bénéficient d'une attention particulière dans le cadre de la constitution du GHT des ALPES DU SUD. Ils seront rapidement amenés à se prononcer sur les propositions qui sont faites dans le PMP afin d'enrichir et de compléter les orientations et les actions définies.

5. La méthode d'élaboration du PMP

L'élaboration du PMP a été organisée sur la base d'une méthodologie participative et concertée, coordonnée par un comité de pilotage réunissant l'ensemble des acteurs et suivi par ailleurs par les communautés médicales de chaque établissement. Enfin, un lien clair de complémentarité a été établi avec le projet de soins partagé.

Une méthodologie participative et concertée

Dès les premières réflexions, les acteurs hospitaliers ont eu le souhait de décrire le PMP dans le cadre d'une démarche participative et concertée permettant de faire émerger, au fil des réunions et des discussions, les meilleurs projets et orientations pour la prise en charge des patients.

Coordonnée par un comité de pilotage⁴ constitué par les Présidents de CME, les Présidents de CSIRMT et les Directeurs, la démarche a été suivie par les CME et par la CMG qui se sont investies dans l'élaboration des orientations et des actions pour chaque filière et fonction support identifiée. Les communautés médicales se sont ainsi accordées sur l'opportunité que la constitution du GHT représente pour la définition des parcours de prise en charge permettant de respecter la spécificité et le rôle de chaque établissement et des prises en charge qu'il met en œuvre que ce soit dans le domaine somatique comme psychiatrique.

Cette méthodologie participative favorisant la concertation a motivé l'organisation d'un premier séminaire en avril 2016 qui a réuni plus de 80 acteurs hospitaliers.

Ces premières réflexions ont permis de produire un document complet, annexé à la convention constitutive décrivant pour chaque filière et fonction support :

- L'état des lieux des coopérations
- Les forces/faiblesses et les menaces/opportunités
- Les premières orientations

A cette première phase de travail a suivi un travail plus approfondi bénéficiant de l'accompagnement d'un cabinet extérieur – SPH Conseil, financé par l'ARS PACA – permettant d'apporter un appui méthodologique pour encadrer la rédaction du PMP.

Dans ce cadre, de nombreux groupes de travail ont été constitués permettant de réunir les professionnels hospitaliers. Chaque groupe de travail a été chargé d'élaborer un plan d'action et d'identifier les indicateurs de suivi nécessaires à son évaluation, selon un modèle proposé en amont. Les fiche-actions présentées en annexe reprennent tous ces éléments.

Tout au long des travaux, les réflexions ont permis de questionner les actions à mettre en œuvre

⁴ La composition du comité de pilotage figure en annexe

pour garantir une gradation des soins efficiente. A l'issue, les propositions faites ont permis de cibler les opportunités de collaboration en précisant les modalités concrètes de mise en œuvre en explicitant le positionnement des acteurs et des moyens sur le territoire : consultations avancées, recours à la télémédecine, équipements spécifiques...

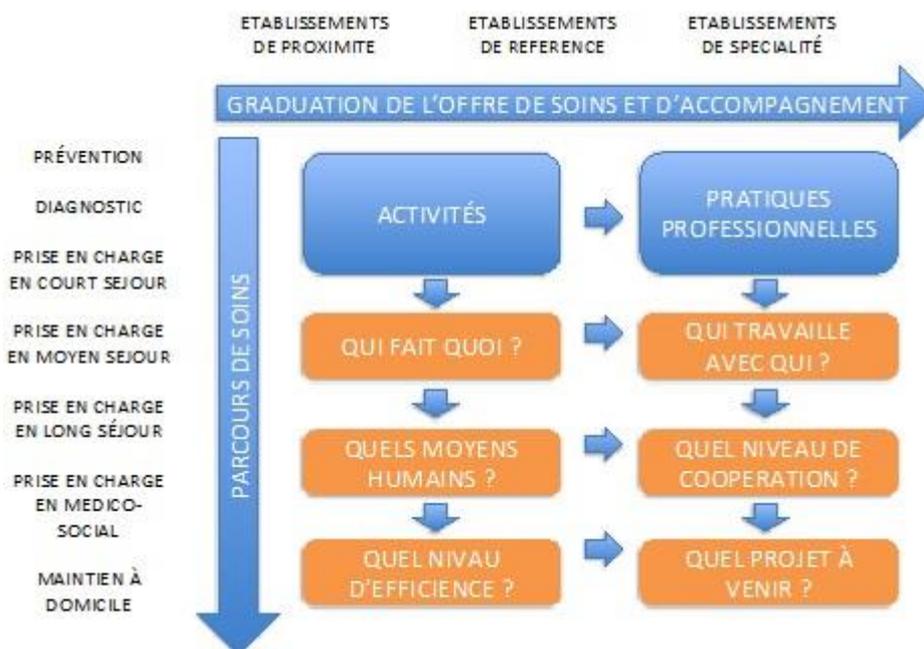


Schéma représentant la logique employée au sein des groupes de travail

Ainsi, chaque participant s'est mobilisé avec conviction et a pu porter l'expression de sa représentation. La mise en commun de toutes les idées émises par les groupes de travail a nécessité un traitement de synthèse important.

Il convient de relever que plusieurs actions proposées par les groupes de travail ont été identiques comme la télémédecine, le système d'information ou la fluidité des parcours. Ceci témoigne non seulement d'une concertation anticipée mais bien d'une dynamique commune qui repose sur des constats partagés.

Les étapes d'élaboration du PMP

L'élaboration du PMP, initiée il y a plus d'un an, a suivi plusieurs étapes qui sont rappelées ci-après :

Mars 2016 <ul style="list-style-type: none">• 1ère réunion d'un comité de pilotage préfigurant le comité stratégique• Définition d'une méthodologie de travail	Avril 2016 <ul style="list-style-type: none">• Organisation d'un séminaire réunissant plus de 80 acteurs hospitaliers• Définition pour chaque filière et fonction support du diagnostic et des premières orientations	Juin 2016 <ul style="list-style-type: none">• Rédaction, validation et signature de la Convention constitutive• Approbation de la CC par le DG de l'ARS PACA le 1er juillet 2016
Septembre 2016 <ul style="list-style-type: none">• Mise en route des instances du GHT des ALPES du SUD• Définition des attentes de chaque établissement pour l'accompagnement pour la seconde phase de réflexion et de rédaction du PMP et PSP	Octobre 2016/Novembre 2016 <ul style="list-style-type: none">• Définition d'un cahier des charges précis• Choix du cabinet accompagnant la démarche	Décembre 2016 <ul style="list-style-type: none">• Premier comité de pilotage pour l'accompagnement et lancement de la seconde phase de travail pour le PMP et PSP• Définition d'une méthodologie claire et d'un calendrier d'exécution de l'accompagnement
Janvier/février 2017 <ul style="list-style-type: none">• Premiers groupes de travail pour les filières de soins	Mars 2017 <ul style="list-style-type: none">• Deuxièmes groupes de travail• Troisièmes groupes de travail• Début des groupes de travail des fonctions médico techniques	Avril/Mai 2017 <ul style="list-style-type: none">• Rédaction du PMP et PSP• Séminaire de présentation et de validation du 19 mai 2017
Juin 2016 <ul style="list-style-type: none">• 1er juin : présentation aux instances du GHT des ALPES du SUD• 2 juin - 28 juin : présentation devant les instances de chaque établissement		

PMP et PSP : deux projets complémentaires au service des patients du territoire

En parallèle du PMP, le GHT des ALPES du SUD se dote d'un projet de soins partagé. Ce PSP, prévu à l'article 2 de la convention constitutive, décrit les grandes orientations paramédicales et définit une stratégie commune et partagée entre les acteurs soignants, sociaux et médico-techniques du territoire.

Si le PSP présente des spécificités propres aux pratiques paramédicales et tenant compte de l'évolution de leurs métiers, il s'inscrit en complémentarité du PMP.

Plus encore, les deux projets partagent les mêmes valeurs et s'inscrivent tous deux dans l'objectif d'une gradation des soins et de parcours de soins coordonnés au bénéfice du patient.

Les deux projets présentent également des orientations stratégiques communes avec, notamment :

- **La nécessité d'un dossier du patient informatisé unique pour le territoire**
- **L'intérêt d'instaurer une dynamique commune pour la fidélisation et le recrutement des professionnels du groupement, notamment par le biais de la formation continue**
- **L'organisation de temps de travail collaboratifs : staffs, réunions cliniques, séminaires, analyses de pratiques, etc.**
- **La perspective de transferts de compétences entre les médecins et les paramédicaux avec un double objectif : répondre aux manques de disponibilités médicales et développer les métiers paramédicaux.**

Fiche-action n°1 : Fidéliser et attirer les médecins

Page 107

Fiche-action n°2 : Structurer la démarche de qualité du GHT

Page 110

Fiche-action n°5 : Développer la télémédecine et son usage sur le territoire

Page 115

Fiche-action n°6 : Standardiser les protocoles thérapeutiques

Page 116

6. Les fondements du GHT

Une stratégie de groupe public renforcée

S'appuyant sur des coopérations et partenariats existants, la création du GHT ALPES du SUD a constitué un pas supplémentaire déterminant pour la stratégie de groupe public, notamment dans un contexte concurrentiel avec l'offre de soins privée.

Elle représente une réelle chance de renforcer le service public hospitalier, avec une attention à la population du territoire qui est confrontée à de réelles inégalités sociales. Celles-ci se traduisent par des difficultés d'accès aux soins, des recours tardifs, voire des renoncements à se soigner.

Le PMP permet de répondre ensemble et de manière encore plus coordonnée aux enjeux de santé publique. L'objectif commun est de progresser dans l'organisation de parcours de soins gradués, plus lisibles et plus accessibles pour les patients.

Cette gradation des soins a d'autant plus de sens à l'échelle du territoire que les cinq établissements publics réunissent des équipes de recours, de référence et de proximité déjà très complémentaires, qu'il s'agit de conforter ensemble, notamment pour répondre solidairement aux difficultés de démographie médicale et pour conforter le maillage territorial actuel.

Des valeurs communes

Les acteurs hospitaliers du GHT des ALPES du SUD se sont accordés, dès les premières réflexions, sur la nécessité de l'élaboration d'une charte regroupant les valeurs partagées entre tous. Ces valeurs traduisent le sens poursuivi par le GHT des ALPES du SUD et l'environnement dans lequel chacun s'engage à travailler. Elles sont également le reflet d'un respect mutuel entre les structures qui s'attachent à répondre à l'intérêt général, au service de la population du territoire.

Enoncées comme des fondamentaux incontournables, les valeurs partagées par les professionnels du GHT pour une qualité de la prise en charge, sont les suivantes :

- **La confiance réciproque de l'ensemble des professionnels de santé** : quelques soient leurs qualifications, leurs responsabilités, leurs établissements de rattachement du GHT ou du territoire, leur modalité d'exercice.
- **La confiance réciproque entre les professionnels et les usagers**
- **Le partage** : des expériences, des pratiques professionnelles, des compétences, des expertises, des informations
- **Le respect des professionnels** : entre eux, pour eux, vers les autres
- **La reconnaissance mutuelle**
- **La solidarité**

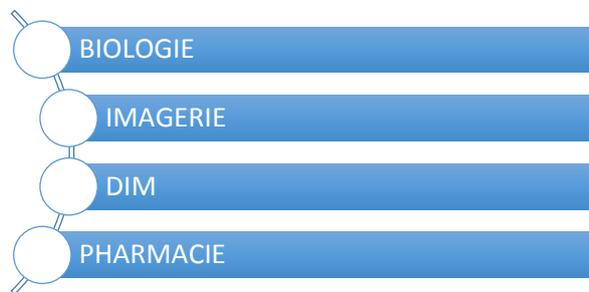
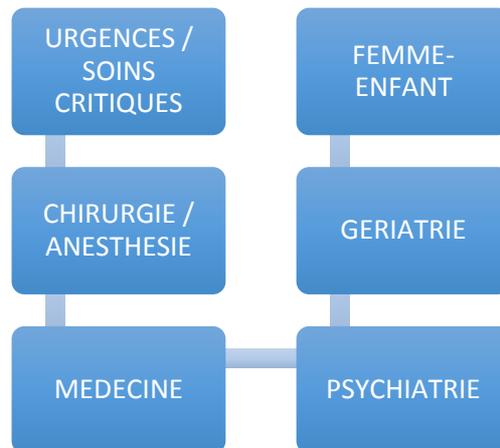
Les objectifs médicaux du GHT

Rappel des orientations stratégiques

Définies à l'article 1 de la convention constitutive, les orientations stratégiques sont au nombre de six :

1. **Structurer sur le territoire des filières identifiées et reconnues de prise en charge des patients permettant un parcours de soins gradué et cohérent sur le plan somatique et psychiatrique**
2. **Disposer de fonctions supports efficaces bénéficiant à tout établissement du territoire**
3. **Favoriser une organisation efficace de la permanence des soins sur le territoire**
4. **Garantir l'attractivité du territoire pour faciliter les recrutements médicaux, en particulier dans les spécialités particulièrement concernées par les évolutions de la démographie médicale**
5. **Mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins, commune à tous les établissements**
6. **Développer les liens de partenariat avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) référent du GHT – l'APHM - tout en conservant les collaborations existantes avec le CHU de GRENOBLE et le Centre de lutte contre le cancer régional (CLCC) l'Institut Paoli Calmette**

Les filières et les fonctions supports retenues sont ainsi :



Les sujets transversaux

Au cours des différents groupes de travail, plusieurs thématiques transversales ont émergé parmi lesquelles :

- **Le déploiement de la télémédecine et de son usage sur le territoire**
- **La définition d'une plateforme d'éducation thérapeutique territoriale**
- **La garantie d'une permanence des soins efficace sur l'ensemble du territoire**
- **La participation à la formation des professionnels médicaux (internat, formation continue, rôle du CESU)**

7. Le projet médical partagé

Les thématiques transversales

Le déploiement de la télémédecine et de son usage sur le territoire

La télémédecine est une composante de la télésanté. Selon le code de la santé publique (art. L.6316-1), elle est une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ».

Il existe d'ores et déjà des expériences menées de télémédecine sur le territoire des ALPES du SUD comme :

- La prise en charge des AVC au service d'accueil des urgences du CHICAS à GAP en lien avec l'unité neuro-vasculaire (UNV) d'Aix en Provence, projet élaboré avec le soutien de l'Observatoire régional des Urgences (ORU)
- Les dispositifs de télémédecine établis entre les CH d'EMBRUN et d'AIGUILLES
- La téléexpertise développée depuis le second semestre 2016 par l'équipe mobile de gériatrie (EMG) du CHICAS en lien avec les Etablissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le territoire présente des spécificités (caractère montagneux, isolement des structures et des professionnels) qui motivent le déploiement de la télémédecine en répondant à des besoins de santé identifiés.

En parallèle, il est à noter que le territoire se prête facilement à des expérimentations en télémédecine, celle-ci pouvant ensuite être généralisées sur la région PACA.

Ainsi, la télémédecine constitue un objectif spécifique du projet du système d'information du GHT.

Dans ce présent PMP, il est fait état des domaines de développement de la télémédecine suivants :

- Le renforcement de la télé-expertise pour le service d'accueil des urgences (SAU) du CHICAS avec l'unité neuro-vasculaire (UNV) d'Aix en Provence et le développement vers les autres SAU, en lien avec l'APHM ainsi que le CHU de GRENOBLE
- La consolidation de la télé-expertise pour la filière gériatrique et, notamment, pour le soutien du secteur médico-social. Un développement permettrait de soutenir les soins réalisés par les professionnels libéraux (pour exemple, les pansements assurés par les Infirmier diplômé d'Etat libéraux (IDEL)) ou encore les soins de l'hospitalisation à domicile (HAD)
- Le développement de la numérisation des électrocardiogrammes (ECG) pour la filière cardiologique avec transmission possible au SAMU d'Aix en Provence ou de Marseille.
- Le développement de l'échographie dont cardiaque. Par le biais de la télé-expertise,

l'échographie cardiaque pourrait faire l'objet d'un protocole de coopération entre professionnels de santé. Plus globalement, la télé-imagerie est à développer fortement.

- La téléconsultation et le développement de l'échographie cervicale pour la filière d'endocrinologie.
- La téléconsultation pour la filière de dermatologie.
- Le développement de l'électro-rétinographie non mydriatique ambulatoire (consolidation du projet avec la Mutualité Française et la CRAM).
- La téléconsultation pour le bilan endo-buccal dans le cadre d'un projet de recherche avec les facultés de Nice et Montpellier.
- Le soutien aux activités pré et post chirurgicales pour l'ensemble des établissements par un dispositif de télémédecine développé et permettant une meilleure fluidité des parcours de prise en charge chirurgicaux.
- La consultation pré-anesthésique ; possible en télé expertise
- La télésurveillance au domicile des patients en post hospitalisation, que ce soit pour les paramètres physiologiques, la géolocalisation, la surveillance lors des situations exceptionnelles, etc.
- La liaison entre les stations de montagne et les pisteurs.
- La poursuite des dispositifs de télémédecine entre CH AIGUILLES et CH EMBRUN

En outre, un système d'information plus performant servira des modes de collaboration et de communication entre établissements lors de staffs de spécialité (Réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP), par exemple). Son rôle sera primordial également pour la formation continue.

La fiche-action précise les objectifs prioritaires :

1. La transmission numérisée des ECG et explorations fonctionnelles à visée diagnostique
2. L'échographie
3. La couverture des territoires isolés
4. La sécurisation des pratiques en coopération
5. La télésurveillance dans la continuité des soins

Fiche-action n°3 : Déployer la télémédecine et son usage sur le territoire

Page 111

L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie comme l'aide apportée aux patients et/ou à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en

charge leur état de santé, afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie. C'est un processus par étape, intégré aux soins et mis en œuvre par différents acteurs. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient (OMS, 1998).

Selon les dispositions de la loi HPST, du 22 juillet 2009 : « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie* ».

Les textes réglementaires définissent les domaines de compétences et précisent les compétences requises pour dispenser et coordonner l'ETP (arrêté du 31 mai 2013). Les annexes de l'arrêté présentent les référentiels de compétences afférents. Il y est précisé que les formations s'appuient sur les référentiels de compétences.

Sur le territoire des ALPES du SUD, un constat peut être établi : les programmes d'ETP sont en nombre insuffisants et ne répondent que partiellement aux besoins identifiés et ce alors que cette modalité de prise en charge est indispensable pour le patient afin qu'il détienne une bonne compréhension de sa maladie et du traitement associé. Cette situation est particulièrement prégnante dans la spécialité médicale de cardiologie puisque le seul programme d'ETP en cardiologie est proposé par l'hôpital de SISTERON, en parallèle de la réadaptation cardiaque. Cette offre est, de fait, restreinte aux seuls patients qui peuvent faire une réadaptation cardiaque en externe sur ce site, ce qui ne représente finalement que 5 à 10% des patients. Par ailleurs, les modalités d'obtention d'une autorisation de programme d'ETP, définies par l'ARS PACA, sont restreintes et sont peu adaptables sur le territoire des ALPES du SUD du fait de file active réduite sur chaque site, de l'éloignement des patients, des centres hospitaliers entre eux et des difficultés de transport.

Par conséquent, les acteurs médicaux du GHT des ALPES DU SUD relèvent la nécessité de créer un groupe de travail pour analyser cette problématique et inventer un modèle d'ETP qui puisse être proposée en alternance sur les divers sites du département seule manière d'y intégrer le plus grand nombre. Ils entendent ainsi créer une plateforme d'ETP territorial permettant de valoriser les compétences déjà existantes sur les différents sites en proposant ainsi une offre d'ETP complète et accessible à tous. Cette plateforme s'adressera à toutes pathologies chroniques que ce soit en cardiologie mais également pour les pathologies métaboliques.

L'organisation précise de cette plateforme reste à définir finement mais une réelle volonté existe pour faire émerger cette modalité de prise en charge qui permet de répondre aux exigences de prévention et d'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques.

Cette démarche aura un impact significatif sur l'adhésion thérapeutique avec un effet direct sur la santé des malades et favorisera le contrôle des facteurs de risques.

En parallèle, un volet dépistage et prévention devra être développé.

Fiche-action n°4 : Développer une plateforme d'éducation thérapeutique sur le territoire

Page 113

La permanence des soins

La permanence des soins constitue l'une des missions de service public que remplissent les établissements hospitaliers en lien avec l'ARS chargée de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire.

Marquée par des difficultés de recrutement et une évolution de la démographie médicale défavorable, le GHT des ALPES du SUD fait face, dans plusieurs disciplines et sur des zones variées de son territoire, à des carences en permanence des soins déjà identifiées et subies. Il est prévisible que cette situation actuelle, rencontrée dans les spécialités d'ophtalmologie et d'ORL sur le bassin GAPençais, par exemple, concerne progressivement d'autres spécialités sur des secteurs du BRIANCON nais, de l'EMBRUNais, etc... La garantie d'une permanence des soins efficace sur l'ensemble du territoire constitue ainsi une thématique transversale aux différentes filières de soins qu'il convient d'étudier et de prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du PMP.

Plusieurs fiches actions recouvrent cette notion dans les différentes filières de soins et fonctions support.

La participation à la formation des personnels médicaux

Le GHT des ALPES DU SUD déploie d'ores et déjà un panel significatif de formations initiales et continues des personnels médicaux, caractérisé notamment par un accueil croissant d'internes de médecine générale et de spécialité, la création de postes d'assistants spécialistes, la consolidation d'un centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) à l'offre diversifiée et un développement professionnel continu (DPC) actif.

Le GHT prévoit le renforcement de cette politique, notamment concernant l'accueil des internes par le partenariat avec l'APHM, CHU de référence, et l'Université d'Aix-Marseille. Par ailleurs, la formation continue constitue une fonction support du GHT et représente ainsi l'opportunité de consolider les outils existants et de permettre leur accès pour l'ensemble des acteurs concernés.

Le Département d'Information Médicale (DIM)

Au sein du GHT, une des fonctions support identifiée par le décret concerné est la constitution d'un Département d'Information Médicale (DIM) du GHT.

Chaque établissement du GHT dispose d'un service DIM qui traite les informations médicales rattachées aux séjours produits dans chaque champ concerné : MCO, SSR, HAD et PSY. Chaque établissement dispose d'une organisation propre pour le codage des séjours (centralisé, décentralisé). Le DIM de GHT a vertu à coordonner et à faciliter le travail au sein de chacun des DIM des établissements membre du GHT dans le respect de l'organisation de chacun.

Les deux axes principaux de travail sont :

- D'une part, d'assurer ensemble la production de données PMSI de qualité (formations, conseils de codage et contrôles qualité) et de partager la veille réglementaire ;
- D'autre part, d'aider au pilotage médico-économique du GHT, ce en s'appuyant sur l'analyse des données médicales et économiques anonymisées partagées, en lien avec les affaires financières et les contrôle de gestion de chaque établissement membre. L'objectif poursuivi est d'éclairer les décisions ou questions se posant au niveau du GHT et aussi d'aider à l'évaluation des actions mises en œuvre, entre autres par le biais des fiches actions du PMP.

Enfin, le DIM du GHT participe avec les autres acteurs concernés aux travaux d'évolution du SIH et du DPI sur le territoire.

Le projet qualité et gestion des risques du GHT

Contexte

La mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins commune à tous les établissements est l'une des 6 orientations définies dans la convention constitutive du GHT, reprise dans ce PMP.

Cet objectif est également clairement identifié dans le PSP à travers un axe stratégique fort : « Contribuer à la qualité des soins et la prévention des risques tout au long du parcours patient ».

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au sein de notre territoire doit être pensée de façon transversale, prendre en compte l'ensemble des risques avec l'objectif d'être parfaitement intégrée à nos pratiques de soins.

A compter de 2020, la certification conjointe des établissements dans le cadre des GHT s'imposera à tous et dans cette perspective, un travail de réflexion a déjà été engagé par les responsables qualité. Cet engagement dans le processus de synchronisation des démarches de certification, c'est-à-dire faire resserrer le calendrier des visites et faire progressivement converger les comptes qualité en travaillant sur des thématiques partagées, est un élément important, fédérateur.

Ce projet qualité et gestion des risques peut s'appuyer sur le retour d'expérience d'établissements déjà bien engagés dans la démarche de certification des groupements et transmis par la HAS.

Plusieurs facteurs-clefs de réussite ont été identifiés dont

- le respect des identités locales et de leur autonomie ;
- une impulsion et une implication fortes de la gouvernance ;
- un pilotage robuste de la démarche qualité
- une communication régulière, interne et externe ;

Pilotage et Organisation

Ce projet doit obligatoirement être porté par une démarche qualité et gestion des risques structurée permettant de faire émerger une culture partagée en s'appuyant sur des orientations claires, accompagnant les projets médicaux, de soins et transversaux.

L'organisation et la structuration du pilotage au niveau territorial exigera la création d'un COFIL dont la composition, les missions et rôles seront à définir en lien avec la gouvernance.

L'identification de référents thématiques, de référents des différentes vigilances voire d'un coordonnateur des risques au niveau territorial pourra être proposée.

Cette organisation va bien entendu bénéficier de l'expertise des services qualité des établissements parties du groupement qui ont déjà commencé à réfléchir à la mise en commun de leurs outils (échelles de cotation des risques, PAQSS, cartographies etc.); les compétences probablement diversifiées au sein de ces services pourraient permettre d'envisager l'identification de pôles de référence au sein d'une équipe territoriale.

Des pistes de réflexion ont d'ores et déjà émergées à travers les groupes de travail des différentes filières mais aussi dans le PSP:

- Partage, mise en commun, convergence des protocoles et procédures avec pour corollaire la mise en œuvre d'une gestion documentaire efficace et dont la construction devra être envisagée dans le projet de SIH.
- Mise en place moyens d'évaluation partagés : audits, staff, démarches EPP, patients traceurs, RMM , REX, REMED etc....
- Intégration (mutualisation) des sous-commissions des CME et autres groupes de travail existants (CREX, CLUD, CLIN etc.....)
- Sécurisation des parcours de soins en identification les risques émergents au regard des interfaces qui vont se développer
- Définition d'indicateurs de qualité de prise en charge

Cette structuration constitue la première étape indispensable de la démarche décrite dans la fiche action n°2

Thématiques à prioriser

Ces orientations devront être reprises dans chacune des thématiques qu'il conviendra d'analyser à l'échelle territoriale puis déclinées dans un programme qualité partagé, tout en respectant les spécificités locales (Identifier ce qui peut être partagé, convergent et ce qui reste spécifique à chaque structure).

Compte tenu de l'ampleur du projet, il semble raisonnable d'envisager de cibler certaines thématiques qui pourraient être jugées « prioritaires », soit par les enjeux qu'elles sous-tendent soit par leur caractère particulièrement structurant.

Ainsi, le processus « Management de la qualité et de gestion des risques » apparaît comme celui qu'il convient d'engager immédiatement, pour accompagner la structuration de la démarche.

Le DPI commun a été d'emblée identifié comme un pré-requis à la réussite du projet médical de territoire. Les processus « dossier patient » et « identification du patient » constituent donc un enjeu majeur dans ce contexte et leur analyse viendra de facto accompagner celle de la « gestion du système d'information » dans la mise en œuvre du projet SIH.

La thématique « parcours » est bien entendu intimement liée à la mise en œuvre du projet médical partagé et du projet de soins partagé. Il sera intéressant d'identifier précocement les indicateurs à la fois de filières mais aussi de qualité de la prise en charge évoqués dans le PSP afin de pouvoir mesurer l'impact des actions proposées. La réalisation d'audit type « patient traceur » à l'échelle du territoire sera riche d'enseignements.

Les objectifs en matière de lutte contre les infections associées aux soins et actions de coopération en hygiène hospitalières devront être prioritairement définis au regard des enjeux en matière de prévention des risques.

La lecture des politiques respectives des établissements parties du groupement laisse d'ores et déjà apparaître des convergences « évidentes » :

- Améliorer la prévention des infections associées aux soins au sein du GHT
- Assurer la maîtrise de la prévention croisée et des BMR, notamment lors des transferts
- Assurer la rédaction et la diffusion des bonnes pratiques en matière d'hygiène
- Participer à la maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement
- Rédiger et diffuser des recommandations communes sur le bon usage des antibiotiques pour préserver l'écologie bactérienne

La standardisation des recueil d'indicateurs (bilan LIN) facilitera sans aucun doute le partage des outils et méthodes.

Le projet des différentes fonctions support (pharmacie-laboratoire-imagerie) intègre dès à présent à des degrés divers, l'aspect qualité et gestion des risques. Ces démarches seront à intégrer dans le PAQSS.

Enfin, l'instance des usagers devra être largement associée à la réflexion concernant la thématique « droits des patients » avec une attention particulière sur l'information des usagers mais plus largement, elle sera consultée sur la politique commune d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins et l'évaluation de leur satisfaction.

Car au final, c'est bien l'évaluation de la satisfaction des usagers qui nous permettra de mesurer la réussite de ce projet médical qui doit permettre « aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée ».

Mais aussi du projet de soins construit autour de « de trois attentes indissociables dont celles de la personne soignée ou du résident qui se veut co-acteur de son projet de soins, projet de vie, ou de prise en charge et qui exige l'assurance de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins pendant et après son séjour ».

LES FILIERES DE SOINS

- Urgences et soins critiques
 - Chirurgie
 - Médecine
 - Psychiatrie
- Femme enfant
 - Gériatrie

LES URGENCES ET SOINS CRITIQUES

Les urgences et soins critiques

Le GHT dispose d'un réseau de structures d'urgence cohérent et complémentaire composé de 4 SAU, 3 implantations SMUR et 1 Centre de Réception et de Régulation des appels. Par ailleurs, le territoire possède une couverture sanitaire hélicoptérée assurée par 1 HéliSMUR et par un hélicoptère d'état. Ce réseau assure la prise en charge des urgences dans un territoire chargé de contrastes et de spécificités.

En effet, si le nombre de SAU pour 100 000 habitants est le plus important de la région (2,1 SAU pour 100.000 habitants – Source Panorama 2016 d'activité des services d'urgences – ORU PACA), la densité en structure d'urgence (SAU – SMUR) par rapport à la superficie couverte est la plus faible de la région se traduisant par un accès en moins de 30 minutes non assuré principalement pour la périphérie du territoire du GHT. La géographie des territoires avec ses aléas climatologiques mais aussi sa fluctuation populationnelle saisonnière doit être prise en compte dans les difficultés d'accès aux différents sites d'urgences.

Ces spécificités rendent le maillage territorial actuel cohérent et adapté en termes d'implantation (SAU et SMUR). Ce constat est renforcé par une offre ambulatoire en soins non programmés de plus en plus fragile dans le territoire du GHT. Les taux de recours aux structures d'urgences, les plus importants de la région PACA (respectivement 46,7% pour les Hautes Alpes et 42,3% pour les Alpes de Haute Provence), illustrent parfaitement ce phénomène. Ainsi, les structures d'urgence du GHT sont et demeureront les acteurs principaux dans la réponse à la demande de soins non programmés du nord de la région PACA et, par défaut, prendront une place non négligeable dans l'offre de premier recours.

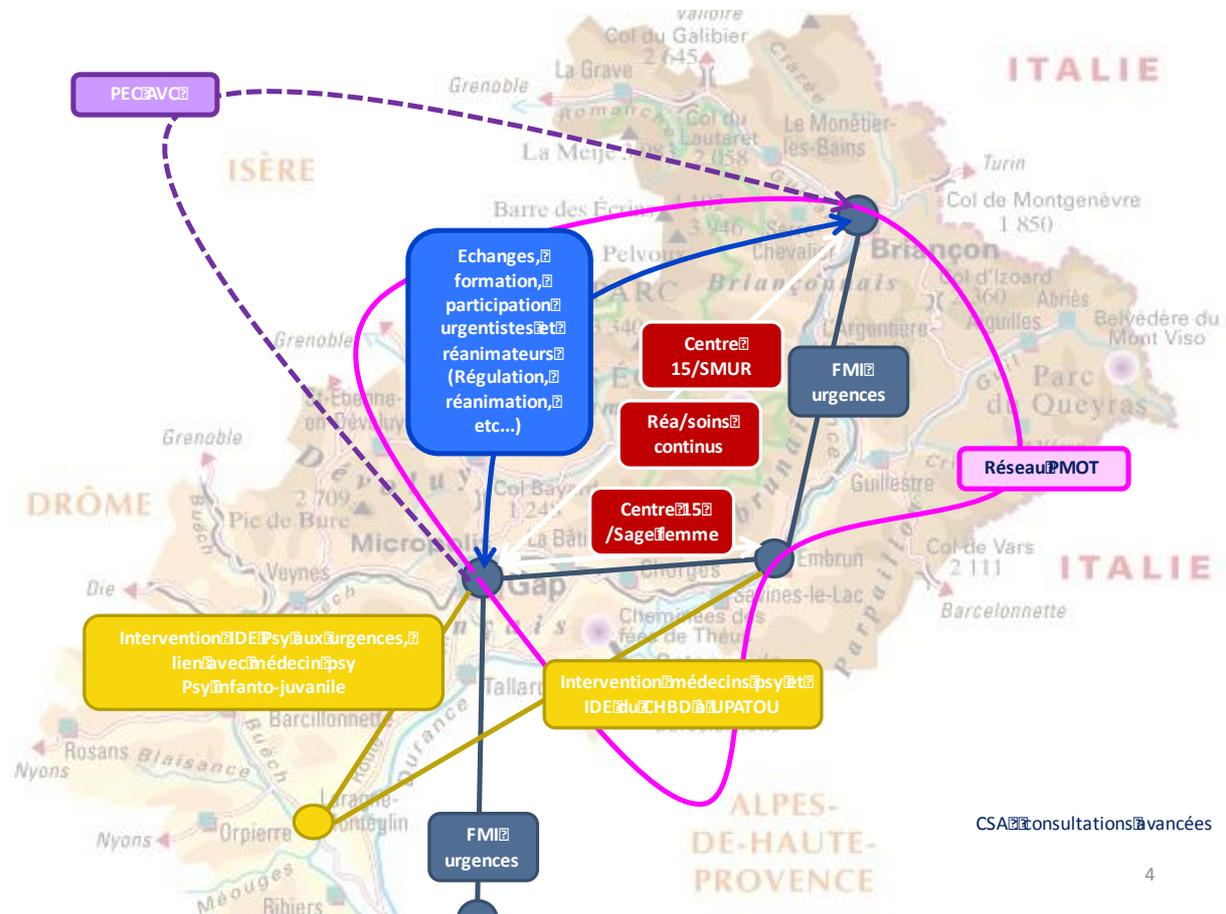
Ce rôle central se traduit par une croissance continue d'activité des structures d'urgence avec plus de 4% d'activité supplémentaire entre 2015 et 2016. Seul le site d'EMBRUN se démarque avec une activité globalement stable ces dernières années, la forte progression a eu lieu en 2013, année « charnière ».

La variation saisonnière de l'activité, liée principalement à la fluctuation populationnelle due au tourisme, est à l'origine d'une montée en charge des différentes structures d'urgence du GHT induisant un défi organisationnel récurrent notamment au niveau des SAU. Ce phénomène peut-être source de réelles difficultés dans les structures, notamment celles qui sont moins attractives en ressources humaines.

Ces difficultés doivent trouver des solutions au sein du GHT. En effet, compte tenu de la géographie, des aléas climatiques et de la fragilité actuelle de l'offre de soins non programmée ambulatoire, l'évolution de l'organisation de la prise en charge de l'urgence sur le territoire ne pourrait être envisagée qu'avec la plus grande prudence et sans grande marge de manœuvre, notamment en

termes de stratification des niveaux des structures d'accueil des urgences et d'amplitudes d'ouvertures horaires.

Coopérations existantes



CSA consultations avancées

Dans une optique de renforcement des coopérations, une fédération inter-hospitalière des urgences existe depuis 2008. Pour autant, les échanges actuels entre les équipes du CHICAS, du CHEB et du CH d'EMBRUN sont limités à l'organisation de staffs communs et à quelques échanges entre praticiens du CHE et du CHICAS.

Au regard du niveau des enjeux, la formalisation actuelle des coopérations sur ce plan s'avère sans doute insuffisante.

Sur les soins critiques, le territoire dispose d'un service de réanimation positionné sur le de GAP et de deux services de soins continus positionnés sur GAP et BRIANCON.

Enjeux et potentiels de réussite

L'indéniable avantage de la filière est l'attractivité globale du territoire pour les praticiens urgentistes, attirés probablement par le cadre géographique mais aussi et surtout par une activité

professionnelle variée et enrichissante. C'est le cas, notamment, pour les sites de GAP et de BRIANCON. Les opportunités de mutualisation du temps de travail entre des activités aussi variées que le SMUR, le SAMU, les Urgences et le secours hélicoptéré (Helismur ou secours en montagne) sont autant de facteurs d'attractivité pour ces sites.

Néanmoins, l'attractivité des structures d'Urgence est inhomogène au sein du territoire. La fragilité en termes de ressources humaines médicales constitue un point de vigilance important pour le GHT. La création d'une dynamique homogène d'attractivité est sans doute l'enjeu majeur des prochaines années afin de consolider les équipes et les structures. La présence d'équipes médicales encore investies et motivées représente un facteur de réussite primordial.

En soins critiques, du fait de la situation de l'offre de soins, les coopérations inter établissement, qui doivent être bilatérales, dépendent d'un certain nombre de particularités géographiques, saisonnières et climatiques, justifiant un partenariat clair entre établissement, et prenant en compte la filiarisation mise en place par l'ARS PACA pour les principales pathologies rencontrées.

Orientations stratégiques 2017-2021

L'objectif majeur du projet médical partagé des services d'urgence du territoire est de consolider les équipes existantes au sein des 4 sites, de favoriser les coopérations entre elles et d'homogénéiser leur fonctionnement au bénéfice de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins. Il semble nécessaire de transformer l'attractivité localisée en une attractivité globale du GHT permettant à chaque site de trouver une place spécifique dans l'offre de soins.

Ces objectifs nécessitent des pré-requis basés sur des engagements des responsables de structures pour des objectifs communs de qualité et de sécurité. En effet, chaque patient, quel que soit le mode d'entrée et le site d'entrée sur le territoire, doit trouver la même qualité de prise en charge, sans aucune perte de chance. Ces engagements pourront prendre la forme de critères de qualité communs (temps d'attente, délai infirmière d'orientation et d'accueil (IOA),...), le cas échéant.

Fiche-action n°7 : Réactiver la fédération médicale inter-hospitalière des urgences

Page 117

La redynamisation de la fédération médicale inter-hospitalière des urgences et la révision de la définition de ses missions permettront de créer un environnement attractif tant sur le plan professionnel et scientifique que sur le bien-être au travail.

La réactivation de la FMI des urgences s'accompagne de la mise en place d'une gouvernance lisible et transparente. Dans ce dispositif général, chaque équipe doit avoir sa place, son rôle et la garantie de

la prise en compte de ses spécificités éventuelles. Sur le plan pratique, la constitution d'un bureau composé des responsables de chaque structure semble être une orientation à prendre. La présidence de la fédération pourrait être tournante pour une durée de 2 à 3 ans afin de favoriser le rôle d'animation territoriale.

Plusieurs dynamiques ou missions pourraient être confiées à la fédération inter-hospitalière

- Harmonisation progressives des pratiques médicales et paramédicales de prise en charge au sein des structures (procédures, protocoles,...). A termes, cette action permettra de favoriser une activité multi-site pour les praticiens attirés par ce type d'exercice.
- Entretenir et développer une dynamique d'enseignement GHT avec une attractivité pour les internes DESC de médecine d'urgence et les futurs DES de cette spécialité. Cette démarche pourrait s'associer au développement d'une dynamique de recherche avec une participation active à des protocoles de recherche nationaux et internationaux et une intégration dans un réseau de recherche national soutenu par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU).
- Entretenir et développer une dynamique de formation et d'amélioration des compétences pour le personnel médical et paramédical des différentes structures (staffs, revue de morbi-mortalité (RMM), enseignement post universitaire (EPU), retour d'expérience (RETEX),...) par le biais d'une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques communes mais également par le biais de formation commune ou de recours aux actions de formation du CESU 05. Le développement des outils de collaboration à distance (moyens de visioconférence, par exemple) et leur mise à disposition aisée semble capital pour améliorer la coopération des équipes sans altérer leur bien-être au travail.

La FMI des urgences pourra également être le lieu de discussions et d'élaboration de nouvelles modalités d'organisation dans un objectif de fonctionnement coordonné entre les différents sites de SAU :

- Développement d'une culture d'anticipation des tensions au niveau des structures d'urgences du territoire, notamment en termes de ressources humaines. L'analyse anticipée et partagée de l'activité des structures permettra d'adapter et de rendre plus flexible les organisations au plus proche du besoin dans un territoire soumis à une grande variabilité saisonnière. L'appui spécifique de l'ORU PACA dans cette approche pourra être envisagé. L'anticipation des pics d'activité et des difficultés de planning permettra d'organiser à l'avance les entre-aides éventuelles entre sites, toujours dans un objectif de qualité et d'amélioration des conditions de travail.

- Développer l'harmonisation progressive des conditions de travail dans les structures d'urgences du GHT. Dans un premier temps, l'harmonisation progressive du temps de travail des urgentistes et la détermination commune des effectifs cibles médicaux peuvent constituer un premier objectif. Dans un second temps, la mise en place d'une politique commune de recrutement sur le territoire et d'une politique commune partagée d'accompagnement des parcours professionnels basé sur les spécificités de chaque structure pourront être étudiées. En parallèle, le développement de la mise en place des avis spécialisés à distance notamment aux horaires de la permanence des soins semblent essentiels afin d'améliorer les conditions de travail.

Fiche-action n°8 : Mettre en place une équipe médicale territoriale pour les urgences

Les soins critiques

En soins critiques, l'activité actuelle et les relations établies entre les deux structures permet d'envisager des coopérations sur plusieurs aspects :

- La mutualisation de moyens et de procédure afin d'avoir une cohérence de prise en charge, et de faciliter les échanges inter établissements. Cela concerne tout autant les achats et consommables utilisées que les protocoles de prises en charge commun (Ex : en fonction des pathologies : pneumopathies, états de chocs..., en fonction du matériel : montage des VVC, ou des cathéters artériels..., en fonction de protocoles à valider en commun : pansements, soins...)
- Echanges inter établissements : Afin de rendre cohérente et vivante cette coopération, des échanges peuvent être envisagés, sur la base du volontariat pour les équipes médicales et soignantes entre les établissements, à l'échelle d'une journée ou plus, afin de partager nos savoir-faire respectifs. A ce propos, une convention existe déjà permettant aux anesthésistes-réanimateurs du CHICAS de venir prendre des gardes a BRIANCON , sur la base du volontariat et des besoins du CHEB. La réanimation de GAP reste disposée à accueillir les médecins du CHEB, anesthésistes réanimateurs ou urgentistes, désirant mieux connaître son fonctionnement, sous forme de journées ou plus.

- La filiarisation des soins : l'ARS PACA a lancé un grand programme de filiarisation des soins critiques, afin d'orienter au mieux les patients en fonction de leur gravité et du plateau technique des établissements. La mise en place du GHT doit tenir compte de cette filiarisation, mais la situation géographique de BRIANCON , et sa proximité avec le CHU de GRENOBLE, implique un fonctionnement particulier, avec possibilité de travailler simultanément avec GRENOBLE ou/et Marseille comme centre expert (de niveau 1) . Cependant, la filiarisation implique le recours à la réanimation de référence pour les USC isolées, i.e. la réanimation de GAP pour l'USC de BRIANCON , afin de ne pas surcharger les réanimations de niveau 1 (GRENOBLE, Marseille) avec des patients pouvant être pris en charge à GAP. Plusieurs filières ont été retenues aux réunions préliminaires, et seront explicitées après validation par l'ARS-PACA au courant de l'année 2017. Sont concernées par le GHT les filières suivantes : les traumatisés, les défaillances respiratoires, les PMO, les patients neurolésés et hématologiques.

L'absence de plateau technique pour la cardiologie interventionnelle, la radiologie et l'endoscopie interventionnelle impose le recours direct à un centre de référence pour les pathologies nécessitant ces moyens.

Pour les autres filières, l'orientation des patients devra répondre au schéma qui sera édité prochainement, avec un recours à la réanimation de GAP en priorité pour l'USC de BRIANCON, ou à une réanimation de niveau 1 si la réanimation de GAP n'a pas les moyens techniques de prendre en charge le patient, ou si aucune place n'est disponible.

- Transferts de patients de BRIANCON vers GAP : une convention entre les deux structures (réanimation de GAP et USC de BRIANCON) a été signée. Ainsi, les patients pris en charges à l'hôpital de BRIANCON et nécessitant des soins de réanimation sont transférés vers la réanimation du CHICAS, si le plateau technique GAPençais permet une prise en charge optimale du patient. Sont concernés :
 - Les patients intubés–ventilés plus de 48 h
 - Les états de chocs nécessitant des amines plus de 24 h
 - Les patients nécessitant une hémofiltration ou une hémodiafiltration pendant plus de 24 h.

- Les patients entrant dans les filières ci-dessus, nécessitant des soins de réanimation (ventilation invasive, hémodiafiltration, amines...) et ne nécessitant pas un centre de niveau 1 en première intention.

La réanimation de GAP ne peut être tenue responsable de l'évolution des patients de l'USC du CHEB, même après avis téléphonique. Les médecins de chaque structure sont seuls responsables de leur patient, les avis donnés ne peuvent être que consultatifs.

Les modalités de transport de ces patients doivent être clairement définies

De plus, les conditions météorologiques et les contraintes liées à notre géographie montagneuse peuvent ponctuellement rendre un transfert difficile et obliger le CHEB à garder transitoirement des patients relevant de la réanimation. Cependant, il semble souhaitable que la réanimation de GAP soit mise au courant des transferts en attente, afin d'anticiper au mieux et de discuter conjointement de la prise en charge du patient.

- Transfert de patients de GAP vers BRIANCON : les patients nécessitant une prise en charge en USC peut être envisagée du CHICAS (site de GAP et de Sisteron) vers l'USC de BRIANCON dans plusieurs cas de figure :
 - Retour des patients adressés à la réa du CHICAS par BRIANCON, excepté les patients désirant se rapprocher de leur lieu de vie habituel (touristes...)
 - Absence de lit disponible en USC à GAP
 - Patient domicilié ou suivi à BRIANCON

L'utilisation des lits d'USC doit privilégier le fonctionnement dans le GHT. Il faut toutefois que le plateau technique de l'établissement d'accueil soit en mesure de prendre en charge de façon optimale la pathologie du patient.

- Des échanges organisés permettant des temps de travail collaboratif avec la possibilité de mettre en place :
 - Des EPP communes
 - Des RMM sur les patients pris en charge conjointement sur les deux établissements
 - Des journées de formations
 - Discussion conjointe pour les LATA

Ces orientations pour les soins critiques tiennent compte des limites possibles au fonctionnement en réseau, en particulier :

- Les problèmes organisationnels inhérents à chaque établissement de santé,

- Le suivi chirurgical : il semble légitime de favoriser le suivi chirurgical des patients par l'équipe qui a opéré. Néanmoins une coopération chirurgicale inter établissement semble souhaitable .
- La pertinence thérapeutique : une des particularité du CHEB est d'être entouré de nombreux centres de rééducation et de SSR, et donc de recevoir un nombre non négligeable de patients ayant été pris en charge dans des grands centres (GRENOBLE, Marseille, Aix...). L'orientation de ces patients en cas de nouvelle acutisation de leur pathologie ou d'une dégradation secondaire peut être sujet à discussion. A ce titre, l'USC de BRIANCON n'a jamais refusé de prendre en charge ces patients

Projet GHT réanimation GAP- USC BRIANCON

Les mises en place des projets médicaux commun de territoire concernent également les soins critiques. Dans le cadre du GHT 05, les choses semblent assez simples a envisager, du fait de la présence d'une seule réanimation, au CHICAS et de 2 services de soins continus, un au CHICAS, l'autre au CHEB.

Cependant, les coopérations inter établissement, qui doivent être bilatérales, dépendent d'un certain nombre de particularité géographiques, saisonnières et climatiques, justifiant un partenariat clair entre établissement, et prenant en compte la filiarisation mise en place par l'ARS PACA pour les principales pathologies rencontrées.

La mutualisation des moyens

Il semble logique de mutualiser un certain nombre de moyens et procédure afin d'avoir une cohérence de prise en charge, et de faciliter les échanges inter établissements.

Plusieurs aspects peuvent être envisagés dans ce domaine :

- Groupement d'achat pour le matériel lourd et les consommables : Utilisation des mêmes matériels afin de ne pas avoir a tout changer lors de mutations inter-établissements. A l'heure actuelle, chaque établissement fait ses propres choix, il serait peut-être licite de se concerter.
- Réalisation de protocoles de prises en charges communs :
 - En fonction des pathologies : pneumopathies, états de chocs.
 - En fonction du matériel : par exemple montage des VVC, ou des cathéters artériels....
 - En fonctions de protocoles à valider en commun : pansements, soins....
- Echanges inter établissements :

- Afin de rendre cohérente et vivante cette coopération, des échanges devraient être possible pour les IDE et les AS entre établissements par permutation de personnel, à l'échelle d'une journée ou plus, afin de partager nos savoir-faire respectifs.
- Une convention existe déjà permettant aux anesthésistes-réanimateurs du CHICAS de venir prendre des gardes a BRIANCON, sur la base du volontariat et des besoins du CHEB.
- La réanimation de GAP reste disposée à accueillir les médecins du CHEB, anesthésistes réanimateurs ou urgentistes, désirant mieux connaître son fonctionnement, sous forme de journées ou plus.

Filiarisation des soins

L'ARS PACA a lancé un grand programme de filiarisation des soins critiques, afin d'orienter au mieux les patients en fonction de leur gravité et du plateau technique des établissements. La mise en place du GHT doit tenir compte de cette filiarisation, mais la situation géographique de BRIANCON, et sa proximité avec le CHU de GRENOBLE, implique un fonctionnement particulier, avec possibilité de travailler simultanément avec GRENOBLE ou/et Marseille comme centre expert (de niveau 1) . Cependant, la filiarisation implique le recours à la réanimation de référence pour les USC isolées, donc à la réanimation de GAP pour l'USC de BRIANCON, afin de ne pas surcharger les réanimations de niveau 1 (GRENOBLE, Marseille) avec des patients pouvant être pris en charge à GAP.

Plusieurs filières ont été retenues aux réunions préliminaires, et seront explicitées après validation par l'ARS-PACA au courant de l'année 2017. Les filières retenues sont :

- Polytraumatisé
- Défaillance respiratoire et SDRA
- Assistance circulatoire et cardiologie interventionnelle
- PMO (prélèvement multi-organes)
- Neurolésés
- Patients hématologiques
- Radiologie interventionnelle et endoscopie interventionnelle

L'organisation du GHT autour de ces différentes filières ne concerne finalement que les traumatisés, les défaillances respiratoires, les PMO, les patients neurolésés et hématologiques.

L'absence de plateau technique pour la cardiologie interventionnelle, la radiologie et l'endoscopie interventionnelle impose le recours direct à un centre de référence pour les pathologies nécessitant ces moyens.

Pour les autres filières, l'orientation des patients devra répondre au schéma qui sera édité prochainement, avec un recours à la réanimation de GAP en priorité pour l'USC de BRIANCON, ou à une réanimation de niveau 1 si la réanimation de GAP n'a pas les moyens techniques de prendre en charge le patient, ou si aucune place n'est disponible.

Transferts de patients de BRIANCON vers GAP

Les patients pris en charges à l'hôpital de BRIANCON et nécessitant des soins de réanimation devraient être transférés vers la réanimation du CHICAS, si le plateau technique GAPençais permet une prise en charge optimale du patient. Un avis de principe doit être demandé à la réanimation de GAP pour les patients suivants, et une décision de transfert opérée après discussion au cas par cas, et tenant compte de la charge de travail de l'USC de BRIANCON, de la charge de travail de la réa de GAP et de la disponibilité des lits, du profil de médecin ayant en charge le patient (urgentiste, anesthésiste ou réanimateur), des moyens nécessaires pour le patient, et de la durée prévisible de la défaillance. Sont concernés :

- Les patients intubés–ventilés plus de 48 h
- Les états de chocs nécessitant des amines plus de 24 h
- Les patients nécessitant une hémofiltration ou une hémodiafiltration pendant plus de 24 h.
- Les patients entrant dans les filières ci-dessus, nécessitant des soins de réanimation (ventilation invasive, hémodiafiltration, amines...) et ne nécessitant pas un centre de niveau 1 en première intention.

La réanimation de GAP ne peut être tenue responsable de l'évolution des patients de l'USC du CHEB, même après avis téléphonique. Les médecins de chaque structures sont seuls responsables de leur patient, les avis donnés ne peuvent être que consultatifs.

Les modalités de transport de ces patients doivent être clairement définies

De plus, les conditions météorologiques et les contraintes liées à notre géographie montagnaise peuvent ponctuellement rendre un transfert difficile et obliger le CHEB à garder transitoirement des patients relevant de la réanimation. Cependant, il semble souhaitable que la réanimation de GAP soit mise au courant des transferts en attente, afin d'anticiper au mieux et de discuter conjointement de la prise en charge du patient.

Transfert de patients de GAP vers BRIANCON

Le transfert de patients nécessitant une prise en charge en USC peut être envisagée du CHICAS (site de GAP et de Sisteron) vers l'USC de BRIANCON dans plusieurs cas de figure :

- Retour des patients adressés à la REA du CHICAS par BRIANCON, excepté les patients désirant se rapprocher de leur lieu de vie habituel (touristes...)
- Absence de lit disponible en USC à GAP
- Patient domicilié ou suivi a BRIANCON

L'utilisation des lits d'USC doit privilégier le fonctionnement dans le GHT. Il faut toutefois que le plateau technique de l'établissement d'accueil soit en mesure de prendre en charge de façon optimale la pathologie du patient.

Analyse conjointe d'activité

Afin de mieux coordonner tous les professionnels et afin d'améliorer les prises en charges, il semble important d'inclure à ce projet des réunions communes qui pourraient être :

- Des EPP communes
- Des RMM sur les patients pris en charge conjointement sur les deux établissements
- Des journées de formations
- Des rencontres informelles
- Discussion conjointe pour les LATA

Limites du projet de GHT en soins critiques

Plusieurs éléments peuvent limiter ou perturber un fonctionnement en réseau, comme préconisé dans la mise en place du GHT :

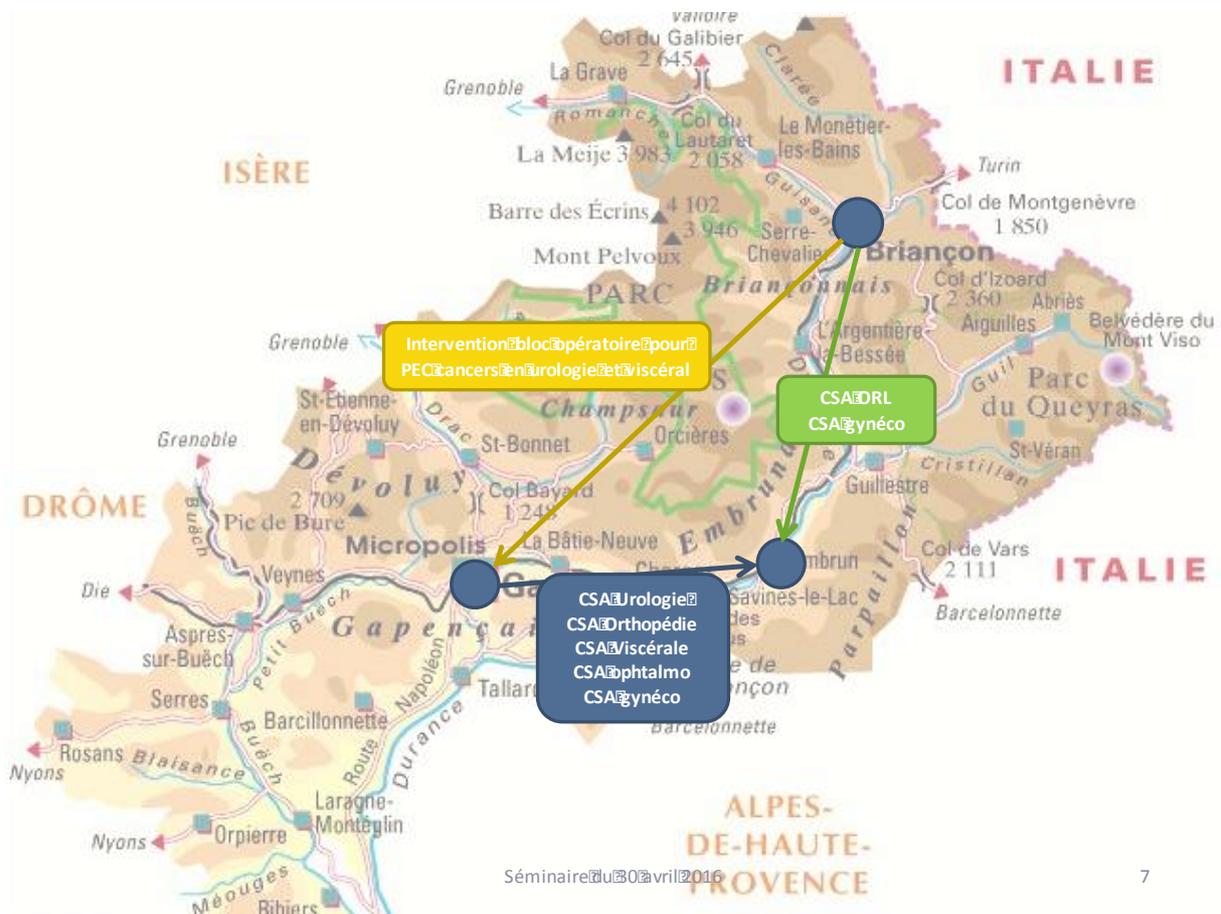
- Les problèmes organisationnels inhérents à chaque établissement de santé,
- Le suivi chirurgical : il semble légitime de favoriser le suivi chirurgical des patients par l'équipe qui a opéré. Néanmoins une coopération chirurgicale inter établissement semble souhaitable
- La pertinence thérapeutique : une des particularités du CHEB est d'être entouré de nombreux centres de rééducation et de SSR, et donc de recevoir un nombre non négligeable de patients ayant été pris en charge dans des grands centres (GRENOBLE, Marseille, Aix). L'orientation de ces patients en cas de nouvelle acutisation de leur pathologie ou d'une dégradation secondaire peut être sujet à discussion. Il faut bien reconnaître que l'USC de BRIANCON n'a jamais refusé de prendre en charge ces patients... dont personne ne veut le plus souvent et dont la prise en charge impose pourtant des moyens assez lourds !

Plusieurs orientations sont possibles pour la filière soins critiques dans le GHT, avec une réanimation de référence et 2 USC. Elle est soumise à des contraintes géographiques, des contraintes saisonnières, des problèmes propres à chaque établissement, avec des politiques et des visions parfois différentes, une certaine logique de répartition des soins lourds, mais n'intégrant pas tous les cas de figures rencontrés par les praticiens au quotidien. Les projets sont en cours et les réflexions actuelles permettront de les ajuster.

LA CHIRURGIE

La chirurgie

Coopérations existantes



Il existe déjà des coopérations entre les établissements publics de santé du département, par exemple dans l'activité de consultation (consultations avancées sur le site d'EMBRUN dans les différentes spécialités chirurgicales) ou dans celle des blocs opératoires (dans le cadre de la prise en charge des cancers en chirurgie viscérale et en urologie). Mais ces coopérations méritent d'être renforcées et surtout développées pour d'autres parcours de soins en chirurgie.

Le point de difficulté principal, et difficilement contournable, est l'éloignement géographique entre GAP et BRIANCON, dont les établissements disposent tous deux d'une autorisation en chirurgie, avec des délais de déplacement, notamment routier, rendant difficile la mise en œuvre de ces coopérations. A contrario, c'est cet éloignement qui justifie pleinement le maintien de deux pôles d'activité chirurgicale dans ce territoire : l'un au nord à BRIANCON et l'autre au sud à GAP.

Les autres points de difficulté à surmonter peuvent être déclinés par spécialité chirurgicale :

- Chirurgie viscérale (environ 7,6% des séjours hors hépato-gastro-entérologie) : si le CHICAS détient l'agrément en cancérologie viscérale, le CH de BRIANCON prend en charge 80% des

pathologies viscérales « communes ». En cancérologie viscérale, comme pour les cas les plus complexes (foie, pancréas...), les patients de BRIANCON peuvent être redirigés vers le CHICAS mais sont surtout orientés vers les CHU de MARSEILLE et GRENOBLE et l'IPC de MARSEILLE.

Il convient de pérenniser toutes les activités de circuit court à BRIANCON. Pour les activités ne pouvant être réalisées à BRIANCON, les collaborations avec GAP doivent être consolidées et pérennisées. Urologie : La coopération entre le CHICAS, qui détient l'autorisation en cancérologie, et le CHEB, qui traite également dans cette spécialité environ 80% des pathologies communes, mérite d'être renforcée. C'est également le cas pour ce qui concerne l'utilisation du laser. Avec en toile de fond, une concurrence forte sur GAP avec la Polyclinique des ALPES du SUD, qui dispose, de plus, de l'autorisation d'un cabinet avancé à BRIANCON.

- Orthopédie (7,5% des séjours) : on note une activité en orthopédie « chaude » très saisonnière à GAP et, surtout, à BRIANCON. On observe également une fuite de l'orthopédie « froide » du CHEB vers la Polyclinique des ALPES du SUD, qui dispose de consultations de ville avancées à BRIANCON. Par ailleurs, on constate pour le CHEB une absence de « retours » des patients sur l'établissement public en matière de consultation de médecine du sport. Au sein de la spécialité orthopédique, la collaboration GAP/BRIANCON apparaît perfectible, en fonction des constats faits à ce jour. Pour y remédier, il convient de réaliser une cartographie approfondie des activités et des compétences assurées par chacun des deux établissements afin d'éviter les doublons et d'endiguer efficacement les fuites de patients vers le privé. Enfin, on note sur le GHT une évolution démographique chirurgicale dans la spécialité globalement défavorable, la pyramide des âges vieillissante représentant un point de fragilité certain. Une amélioration sur ces points proviendra d'une communication plus pertinente et plus structurée pour que les patients bénéficient pleinement de l'offre de soins publique et l'identifient plus nettement.
- ORL : le GHT ne dispose pas d'agrément en cancérologie et la démographie médicale (2 départs en retraite proches) est actuellement défavorable. En cancérologie, les délais de prise en charge sont légitimement jugés trop longs au sein des structures marseillaises (parfois jusqu'à 3 mois). Faute de ressources et d'organisation adéquates, cela induit une perte de chance pour les patients alors qu'il faudrait les prendre en charge localement pour les cas pouvant être traités au sein du GHT. Une autre difficulté de la filière ORL est celle de la permanence des soins (PDS), notamment sur le GAPençais où les effectifs médicaux sont restreints. Sur ce plan, il faut signaler que les discussions avec les praticiens libéraux n'ont pas permis d'aboutir. Par ailleurs, on observe la difficulté d'envisager une astreinte

commune entre le CHICAS et le CHEB, notamment du fait de la gravité des urgences qui peuvent être amenées à se présenter dans cette spécialité. Ainsi, une orientation supposant le recrutement d'un assistant ORL, financé à 80% par l'ARS, a été validée en CMG et en CoStrat (mars 2017). Cette solution doit permettre de répondre aux enjeux de la PDS. Une réflexion avec les ORL libéraux devra également être envisagée pour compléter le dispositif et permettre de consolider et pérenniser la réponse à cet enjeu sur le bassin GAPençais.

- Autres spécialités chirurgicales : L'activité de chirurgie infantile n'est pas développée en tant que telle sur le territoire. En effet, il n'existe pas de service de chirurgie pédiatrique à proprement parlé. Toutefois, les interventions de traumatologie, de viscéral, d'urologie et d'ORL qui peuvent être réalisées sur le territoire le sont, dans le respect des indications et des possibilités anesthésiques (critère d'âge). La chirurgie vasculaire (essentiellement la chirurgie des varices) est réalisée dans le privé. En ophtalmologie, la problématique est centrée sur la permanence des soins et la pyramide des âges. Le pôle tête/cou et ophtalmologie le plus actif est à BRIANCON et cela va se consolider, ce qui constitue de forts enjeux et potentiels de réussite.

Les deux établissements publics, le CHICAS avec ses sites de GAP et de SISTERON et l'hôpital de BRIANCON, réalisent la majorité (52%) des séjours de chirurgie du département. Le secteur concurrentiel, représenté par la Polyclinique des ALPES du SUD, ne réalise en chirurgie que 23% des séjours. Le GHT dispose ainsi, dès sa constitution, d'un très bon positionnement pour sa filière chirurgie au sein de l'offre départementale. Il peut donc envisager l'avenir avec une relative sérénité car existent de bonnes chances de réussite dans son développement, pour peu qu'une organisation partagée, bien adaptée aux spécificités des parcours de soins dans chaque spécialité chirurgicale, soit mise en place. Le recrutement transfrontalier peut également représenter une opportunité, notamment au regard de la nature de l'offre du Val de Suse.

Orientations stratégiques 2017-2021

On observe donc dans le GHT ALPES du SUD des points forts et des opportunités de réussite. Pour que s'exprime tout le potentiel du GHT dans ces spécialités chirurgicales, il est impératif que les équipes soignantes puissent disposer au départ d'une bonne visibilité de leur activité au niveau des outils de pilotage par établissement et au sein de chacun d'entre eux (compte de résultat analytique et tableaux de bord) en disposant de données complètes. Il convient aussi d'identifier clairement les mouvements de la patientèle et d'en déduire les évolutions ou adaptations nécessaires à leur adéquation avec l'offre de soins dans chaque spécialité. Cela peut nourrir concrètement, par

exemple, une réflexion sur les horaires des consultations et les modalités de prises de rendez-vous permettant d'en écourter les délais.

Dans ce contexte de collaboration inter-établissement, un effort doit être porté sur la pré et la post-réhabilitation : développement de méthodes comme la Réhabilitation Anticipée Après Chirurgie(RAAC), exploitation du projet expérimental d'hôtel hospitalier sur le CHEB en lien avec les SSR d'EMBRUN pour pré et post-opératoire (ex : pour prise en charge en cancérologie et préparation lourde avec le souci pour les patients de la proximité du domicile). Les patients italiens constituent quant à eux un axe à développer, notamment sur un parcours de santé pouvant, au-delà de BRIANCON, les conduire jusqu'à GAP pour des prises en charge spécifiques restant à déterminer.

Il convient également d'étudier la possibilité de faire venir des chirurgiens GAPençais sur BRIANCON pour la réalisation de techniques chirurgicales spécifiques ou encore de faire des consultations avancées dans cette spécialité (voire des interventions) à BRIANCON.

Par ailleurs, il faut identifier, spécialité par spécialité, les interventions pour lesquelles les hôpitaux publics du territoire pourraient être mieux positionnés (comme la pose de prothèse de hanche ou de genou, l'arthroscopie d'épaule) pour reprendre de l'activité au secteur privé et en ciblant, notamment, les interventions à fort potentiel de reprise de permanence des soins. Cet objectif peut s'atteindre par la mise en place de collaborations fortes en matière de formation et de compagnonnage entre les établissements haut-alpins et les CHU partenaires (cf infra cette thématique).

La stratégie globale repose, plus particulièrement, sur un repositionnement de l'activité programmée pour l'ensemble des établissements du GHT des ALPES du SUD. Quelques exemples : prothèse de hanche, de genou, arthroscopie d'épaule, etc.

En outre, une évolution de l'équipement entre autres par la mise à disposition d'un robot chirurgical offrirait tant une sécurisation de certaines pratiques au bénéfice de la qualité des soins qu'un élément d'attractivité chirurgicale.

En amont de la chirurgie, il est nécessaire de développer des consultations d'anesthésie délocalisées, avec une bonne connaissance des techniques chirurgicales de part et d'autre pour délivrer une information précise et exacte aux patients sur BRIANCON, GAP, SISTERON et EMBRUN. Ceci s'avère être d'un grand intérêt pour une prise en charge au plus près du domicile du patient. Un autre intérêt majeur est de permettre d'organiser des consultations d'anesthésie dans un délai raccourci par rapport à l'existant, réduisant ainsi les délais de prise en charge au bloc opératoire.

Ensuite, il faut absolument que les équipes soient en capacité, dans les meilleurs délais possibles, d'utiliser au sein du GHT un dossier médical électronique partagé (avec, par exemple, pour l'anesthésie la création d'une interface HM Bloc/Timewise ou, à défaut, au moins la possibilité d'un

accès à distance sécurisé, permettant de partager des protocoles d'anesthésie, d'analgésie ou d'antibiothérapie).

A ce sujet, le développement des nouvelles technologies (tablettes, visioconférences, transmission électronique d'images, de résultats biologiques, de données cliniques, télémédecine...) facilitera la diffusion des informations et résoudra, en bonne partie, la question des délais de transport entre le CHICAS et le CHEB.

L'outil informatique commun pourra également favoriser l'activité de recherche (constitution de « big data »), les réunions scientifiques, et les staffs entre les spécialistes d'une même discipline chirurgicale. Cet outil fédérateur consolidera chaque filière de soins et permettra aux compétences des équipes de s'exprimer dans un projet commun.

A terme plus ou moins proche, ces coopérations renforcées et mieux coordonnées ont vocation à permettre dans chaque spécialité de davantage structurer les filières de soins, éventuellement médico-chirurgicales comme en pathologie digestive, sous la forme, par exemple, de « Fédérations Hospitalières de Territoire ». Celles-ci, regroupant les équipes d'une même spécialité dans le CHICAS et le CHEB, seraient ainsi en mesure de constituer des masses critiques conséquentes, équilibrées grâce à un partage toujours plus concerté des compétences et efficaces vis-à-vis de la concurrence du secteur privé.

Notons que l'attractivité des meilleures compétences médicales aussi bien que soignantes passe désormais par une communication globale et territoriale sur les activités (nature, volume, équipements, organisations, etc...), toute communication « individuelle » (par établissement, par équipe...) s'avérant désormais contre-productive pour le GHT.

Ainsi, un point fondamental pour les participants du groupe de travail sur les spécialités chirurgicales est la nécessité de porter un effort particulier sur une communication mettant en avant les activités de chirurgie du GHT (en intra et extra-GHT) et les techniques spécifiques portées par chaque chirurgien sur GAP et BRIANCON.

Celle-ci repose sur la mise en place d'un plan de communication construit. Il doit viser, notamment, les médecins traitants (déjà établis et nouveaux arrivants, comme sur EMBRUN) et annoncer, par exemple, un seul numéro de téléphone par spécialité pour dispatcher sur le GHT les rendez-vous de consultations ou les demandes de renseignement.

Une campagne d'information sur la chirurgie du GHT et la réflexion sur les délais trop longs de rendez-vous de consultation constituent deux fiches action pour cette filière.

Par ailleurs, il est utile de s'interroger dans le cadre du PMP du GHT sur l'opportunité de partager des autorisations et agrément en cancérologie. Cette réflexion s'opère dans le strict respect de la réglementation actuelle et des indications portées par l'ARS PACA et l'Institut National du Cancer (INCA). Elle est particulièrement prégnante dans le cadre de la chirurgie carcinologique en ORL en

l'absence d'un tel agrément sur les deux établissements hospitaliers CHICAS et CHEB. A ce propos, une des orientations de la filière chirurgie prévoit le développement possible d'une activité de cancérologie ORL sur le CHEB, en lien avec l'ARS PACA.

L'anesthésie

L'anesthésie doit faire l'objet d'une attention particulière pour ce premier PMP. Outre l'harmonisation de protocoles d'anesthésie, d'antalgiques et d'antibiothérapies, notamment entre les établissements, il conviendra de développer des consultations délocalisées.

De façon plus synthétique, deux aspects guideront le sujet de l'anesthésie :

- La rationalité des procédures partagées

Par le biais de l'anesthésie, l'expérience de la mutualisation des compétences, des techniques, du système d'information et des pratiques peut préparer une évolution plus globale de l'offre de soins au sein du groupement, tant conventionnelle qu'ambulatoire. La création d'un numéro d'appel unique à disposition des libéraux renforcera la simplicité des liens entre ces deux secteurs d'activité. Ce point est traité dans le projet du système d'information.

Au terme des réflexions engagées par les professionnels de la filière « chirurgie », il apparaît opportun de retenir quatre actions prioritaires :

- Le développement de l'activité programmée par le biais de consultations avancées, d'échanges et d'harmonisation de connaissances et de compétences

Fiche-action n°10 : Développer l'activité programmée par le biais de consultations avancées, d'échanges et d'harmonisation de connaissances et de compétences

Page 124

- Le développement de l'activité programmée par le biais de techniques innovantes

Fiche-action n°11 : Développer l'activité programmée par le biais de techniques innovantes

Page 127

- La prise en compte des besoins en permanence des soins

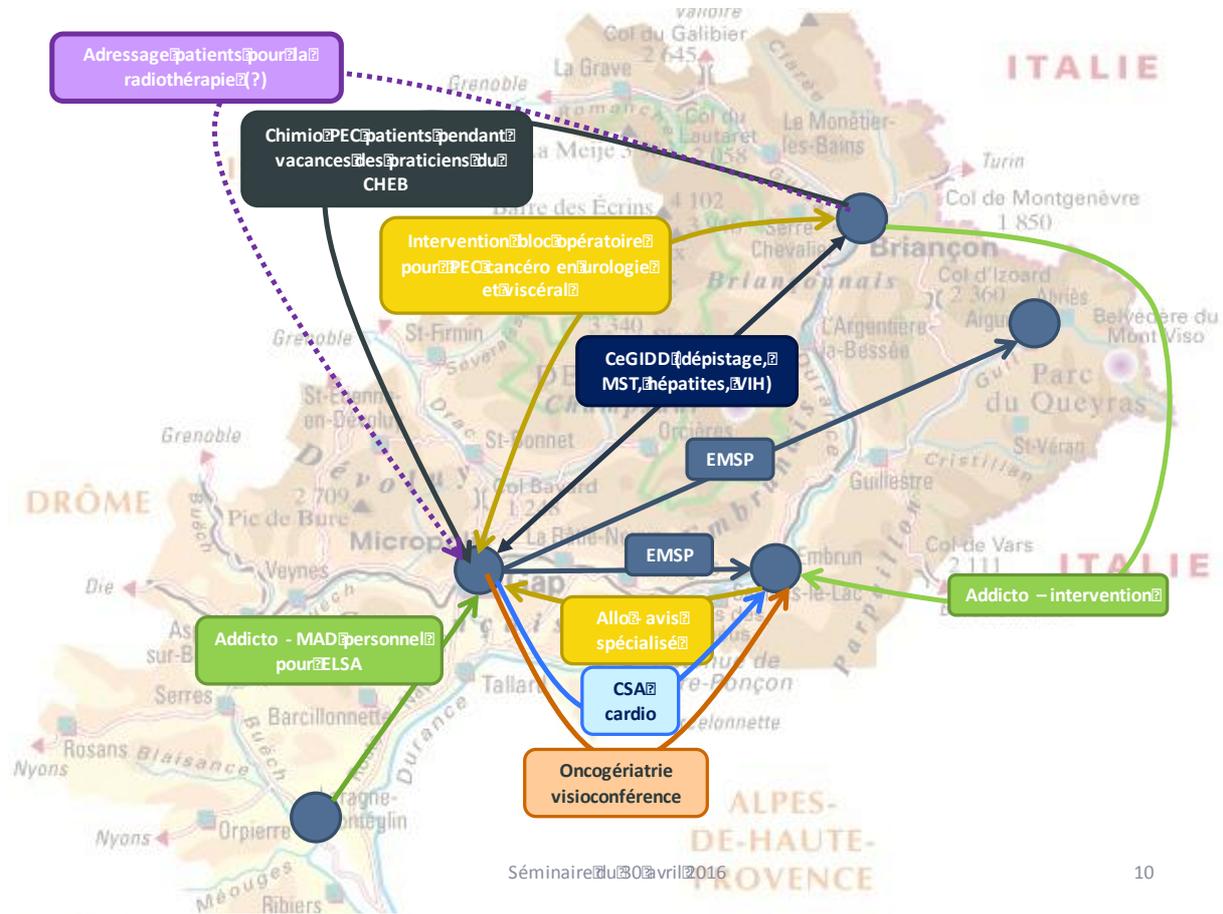
Fiche-action n°12 : Développer une activité pour la cancérologie en ORL

Page 128

- Le développement de l'activité d'anesthésie

LA MEDECINE

Coopérations existantes



La prise en charge des patients en médecine bénéficie d'un maillage territorial de qualité dans plusieurs spécialités. Cette qualité est tempérée par un manque de médecins de spécialité malgré l'apport transalpin.

Le travail en réseau est courant dans le département, la visio-conférence et la télémédecine sont en activité, cela non seulement entre établissements sanitaires mais également avec ceux du secteur médico-social.

Enjeux et potentiels de réussite

Pour la médecine, les débats des groupes de travail préparatoires du PMP ont permis d'identifier clairement le besoin de « parcours patient » partagés entre les établissements pour répondre non seulement à un maillage de spécialités fragiles mais aussi à une nécessité de rationaliser les soins dans le contexte géographique du territoire. Il s'agira au cours de ce premier PMP de mettre en œuvre différentes actions visant à fluidifier et à optimiser les parcours aux différentes étapes de la prise en charge. Cela suppose d'améliorer ces prises en charge dès l'accueil des urgences (en visant une réduction des hospitalisations par un manque d'offre ambulatoire, par exemple) mais également d'adapter les capacités d'hospitalisation à l'évolution des modes de prise en charge, induisant nécessairement un accroissement des places ambulatoires avec, pour corollaire, une réduction des capacités en hospitalisation complète.

L'organisation de la filière de médecine revêt un enjeu majeur pour le GHT, compte tenu de son caractère structurant, gage d'efficacité sur le territoire. Le recours aux services de soins de suite et de réadaptation doit être facilité, une véritable réflexion étant engagée quant au recours à l'hospitalisation à domicile.

Orientations stratégiques 2017-2021

La filière médecine présente 6 orientations stratégiques :

- L'identification de parcours de prise en charge en cardiologie avec pour objectif de consolider l'activité de cardiologie publique sur le territoire
- La définition d'une collaboration étroite en endoscopie digestive et gastroentérologie
- La création d'une activité d'endocrinologie publique (services d'endocrinologie) sur le territoire des ALPES du SUD
- Le renforcement de la filière oncologie
- La définition d'une filière de prise en charge coordonnée pour les semi-urgences
- Le déploiement d'une activité en addictologie sur le territoire des ALPES du SUD notamment sur les secteurs actuellement non couverts

Ainsi, au cours des discussions au sein du groupe de travail médecine, l'identification de parcours de prise en charge et la mise en œuvre de collaboration entre médecins spécialistes apparaissent comme une priorité de la filière. Cette orientation concerne : la cardiologie, la gastroentérologie par le biais de l'endoscopie digestive et l'endocrinologie. Il est également à noter que la mise en œuvre de dynamique telle suppose un important travail de communication entre praticiens.

Par conséquent, en cardiologie, la pérennisation de l'activité de cardiologie publique doit être envisagée prioritairement, celle-ci est réalisée par le biais de la mise en place de consultations avancées sur le territoire d'EMBRUN et Sisteron ou encore par le partage de protocoles communs. Le développement de nouvelles modalités de prise en charge comme les T2IH est à favoriser également pour répondre aux prises en charge qui peuvent être transférées aux soignants paramédicaux. Enfin, l'hémodialyse et l'HDJ d'oncologie constituent deux points de fragilité sur le territoire. Ils doivent être analysés et pourront faire l'objet d'un avenant sous forme de fiche action à ce PMP.

Fiche-action n°13 : Pérenniser la cardiologie sur le territoire

Page 130

En endoscopie digestive et en gastro entérologie, le constat est fait :

- de l'absence d'une collaboration coordonnée
- de postures souvent concurrentielles des établissements de santé

La coopération entre les deux services, initiée de manière informelle au mois de janvier 2017, a permis de cibler les lacunes et le potentiel de la filière gastroentérologique dans le département.

Du fait de l'environnement contraint dans lequel les médecins exercent leurs responsabilités, en particulier en termes de démographie médicale, il paraît incontournable d'outiller les établissements du GHT des ALPES du SUD de dispositifs permettant de passer à une véritable stratégie de groupe. Cette stratégie doit permettre de soigner les patients :

- mieux
- au meilleur moment
- au meilleur endroit
- à moindre coût économique et social

La définition du projet médical partagé dans le secteur de la gastroentérologie et endoscopie est basée sur :

- La collaboration bilatérale entre la gastroentérologie de BRIANCON et celle de GAP
- La valorisation des compétences distinctives et des excellences présentes dans les deux établissements
- La définition des parcours et des protocoles clairs et partagés pour la gestion du patient des pathologies digestives
- L'optimisation du processus d'acquisition des technologies endoscopiques et la prévention ruptures d'activité

L'objectif étant de garantir, par des synergies entre deux services de gastroentérologie, un égal accès à des soins sécurisés et de qualité et surtout en proximité du domicile pour les patients.

C'est dans cette perspective partagée, centrée sur les besoins des patients plutôt que sur les structures, que se situe la démarche projet qui permet de garantir à chacun des patients le droit de pouvoir accéder aux meilleurs soins, au meilleur moment et au meilleur endroit par rapport à son domicile.

Pour rendre efficace et efficient ce projet, il pourra être institué une cellule de pilotage du GHT en matière de gastro-endoscopie et son siège sera défini par les deux responsables des services de Gastroentérologie et Endoscopie du CHB et du CHICAS.

Cette structure se chargera de :

- élaborer les stratégies
- définir de manière prévisionnelle les activités
- valider les projets et initiatives
- évaluer et communiquer les résultats

Une adaptation du plateau technique et le développement d'une réelle stratégie de groupe, la mise en place d'une politique efficace de fidélisation des spécialistes et enfin l'institutionnalisation de la collaboration transfrontalière avec l'Italie permettront de :

- garantir et pérenniser un service public complet et de proximité sur le territoire des ALPES du SUD
- offrir des soins de recours aux populations sur le groupement et éviter ainsi des longs déplacements qui sont très coûteux pour le système de santé local et préjudiciables pour le patient
- drainer une patientèle de patients italiens
- améliorer les résultats économiques et sociaux

Fiche-action n°14 : Renforcer l'endoscopie digestive et la gastro-entérologie

Page 133

Fiche-action n°18 : Développer l'endocrinologie

Page 140

En endocrinologie, la proposition d'une collaboration effective entre les différents établissements du territoire est issue de nombreux échanges entre les praticiens dans la phase initiale afin de développer des vrais services d'endocrinologie sur le territoire sur les pathologies du métabolisme et sur celles d'endocrinologie générale.

Pour rendre efficace et efficient ce projet, il pourra être institué une cellule de pilotage du GHT en matière d'endocrinologie avec son siège au CHB. Cette structure se chargera de :

- élaborer les stratégies
- définir de manière prévisionnelle les activités
- valider les projets et initiatives
- évaluer et communiquer les résultats

Par ailleurs, la filière médecine s'intéresse de manière rapprochée au renforcement des prises en charge en oncologie sur le territoire. Il convient notamment d'organiser le parcours de soins. Cela doit permettre de favoriser le recours aux établissements du GHT des ALPES du SUD qui disposent de l'ensemble des modalités de traitement nécessaires contre le cancer.

Pour rappel, le CHICAS est autorisé pour les traitements par chimiothérapies, radiothérapies (en partenariat étroit avec l'IPC), de chirurgie des cancers et des soins de support. De même, sur le CHEB, la chimiothérapie est administrée grâce au statut d'établissement associé accordé par l'ARS PACA.

Par conséquent, le renforcement de la filière oncologique doit permettre de proposer au patient les traitements les plus efficaces à proximité la plus grande de son domicile. La mise en place d'une infirmière de coordination propre au GHT ou encore le partage de protocoles et la facilitation des contacts entre les équipes doivent être favorisés dans le cadre du GHT.

Fiche-action n°15 : Renforcer l'oncologie

Page 135

En parallèle de l'identification de prise en charge pour des spécialités subissant des difficultés liées à une démographie médicale défavorable et une forte concurrence avec l'offre privée, il convient d'organiser sur le territoire les prises en charge des semi-urgences. Ces semi-urgences sont définies sous deux modalités.

La première désigne la prise en charge de patient, orientés par un professionnel libéral, dont l'examen ou la consultation peut attendre 48 à 72h et pour lequel un passage par les urgences ne représente pas la solution adéquate. Dans ce cadre, il appartient aux établissements de s'organiser pour faciliter la prise en charge de ce patient hors filière classique des urgences (admission directe dans le service de soins, consultation en urgence...).

La seconde recouvre des situations dans lesquels, un patient pris en charge dans un service d'hospitalisation de spécialité sur GAP ou BRIANCON ne se trouvent plus en situation aiguë et peut être transféré vers un service de médecine polyvalente sur Sisteron ou EMBRUN où si les plateaux techniques et les moyens sont moindres et ne permettent pas de prendre en charge des patients sur des épisodes aigus, s'avèrent parfaitement adaptés pour des prises en charge en post aigu nécessitant néanmoins une surveillance plus étoffée qu'en SSR. Dans cet objectif, une fiche-action spécifique est proposée.

Enfin, l'addictologie a été intégrée à la filière médecine avec une contribution des médecins addictologues du territoire. Ainsi, il convient de souligner l'importance et l'ancienneté des travaux menés par les acteurs d'addictologie du groupement pour construire une filière addictologique sur le territoire des ALPES du SUD, antérieurement à la création du GHT. Ainsi les premières orientations décrites suite au séminaire du 30 avril 2016, regroupées sous le titre « *Focus sur l'addictologie* » dans l'annexe à la convention constitutive consacrée à la filière médecine, restent le fondement du projet. L'addictologie pourrait constituer une filière à part entière. Elle est, en outre, structurellement et fonctionnellement assez proche de la filière gérontologique.

Cette individualisation est apparue au niveau régional dans le cadre du deuxième Programme Régional de Santé de l'ARS PACA qui va définir le cadre d'orientation stratégique à cinq ans. Dans cette démarche, les « *Addictions* » sont repérées comme un parcours prioritaire et font l'objet de travaux d'une Instance Collégiale Régionale intitulée « *Parcours : Addictions* ».

La situation hospitalière actuelle de la filière addictologique est très nettement structurée par les circulaires de 2007 et 2008 relatives à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Ce volet sanitaire est déjà articulé avec les autres volets du dispositif (le médico-social et la ville) et ce PMP valorise cette expertise :

- Un niveau 1 de proximité sous forme d'une consultation hospitalière d'addictologie polyvalente et d'une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) dans chaque établissement du GHT
- Un niveau 2 de recours par le centre d'expertise reconnu le Centre d'Addictologie d'Arzeliers au CHBD.

Le projet d'addictologie prévoit ainsi de déployer sur le territoire une offre plus complète et répondant aux besoins identifiés. En effet, depuis leur création en 2009-2010, les consultations d'addictologie ont connu très peu de croissance de moyens malgré une activité soutenue et de plus en plus diversifiée.

A BRIANCON, un projet d'ELSA mobile est défendu pour répondre à une spécificité locale qui place de nombreux SSR autour de l'hôpital. Cette expertise en addictologie doit être maintenue et même se développer dans les SSR.

Ce déploiement de la filière addictologie est réalisé par le biais de nouvelles activités sur des territoires non couverts à ce jour et par le biais de l'acquisition d'un matériel (FIBROSCAN) pouvant être mutualisé sur le territoire des ALPES du SUD .

A ce propos, Le FIBROSCAN® peut illustrer la volonté de placer le GHT au service du territoire. Cet appareil utilise les ultrasons pour mesurer l'élasticité du foie. Son emploi est simple sous réserve de former (quelques heures) les opérateurs du territoire. Il a remplacé des gestes diagnostiques invasifs et/ou coûteux (ponction biopsie de foie, réduction des gastroscopies de dépistage). Ses indications sont nombreuses et en croissance (maladie alcoolique du foie, approche motivationnelle de la prise en charge des hépatopathies en milieu addictologique, repérage et suivi des hépatites chroniques virales, en particulier chez l'usager de drogue, maladies métaboliques du foie liées au surpoids et à l'obésité...).

Aujourd'hui, sur le territoire des ALPES du SUD, soit les patients ne bénéficient pas de ce test, soit ils sont adressés à GRENOBLE, MARSEILLE ou AIX-en-PROVENCE. A l'inverse, aucun professionnel du groupement n'a le recrutement suffisant pour amortir cet investissement à lui seul. Le projet est donc une mutualisation d'un FIBROSCAN® pour l'ensemble des patients relevant du GHT, mis à disposition des sites suivant une rotation prédéfinie et partagée entre les spécialistes suivants : addictologues, hépatologues, nutritionnistes et internistes..., mais aussi entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux (CSAPA, SSR addictologique, hépatologique, nutritionnel...).

Fiche-action n°17 : Proposer une offre de soins complète en addictologie sur le territoire

Page 138

LA PSYCHIATRIE



La situation de la psychiatrie mérite un traitement particulier au sein du PMP pour plusieurs raisons qui tiennent à l’organisation qui prévaut dans cette discipline depuis plusieurs décennies d’une part, et à la spécificité de l’organisation territoriale en vigueur sur le département des Hautes Alpes d’autre part.

La faible densité de population du département, sa géographie, son étendue, son caractère montagneux, les difficultés de circulation en particulier l’hiver, et les flux naturels de la population en fonction des vallées ont conduit à la création de deux secteurs adultes et un secteur infanto-juvénile. Comme dans de nombreux territoires une partition a été opérée entre un établissement de santé mentale (CH de BUECH DURANCE) et le CH de BRIANCON qui s’est vu confié la gestion d’un secteur adulte ainsi qu’un secteur de pédopsychiatrie qui a été secondairement rattaché au CHBD en 1998. Cependant, les soins sous contrainte ont été confiés exclusivement au CH de BUECH DURANCE.

Le CH de BRIANCON a donc en charge un secteur adulte pour la prise en charge de la file active dans ses composantes ambulatoire et d’hospitalisation avec consentement. La pédopsychiatrie n’entre plus dans les missions du CH de BRIANCON. Mais les patients de pédopsychiatrie de ce secteur se présentant aux urgences sont régulièrement gérés le temps de l’urgence par le secteur psy adulte, faute d’autre interlocuteur possible.

Il convient de relever que si la partition existante ne constitue pas un obstacle en elle-même, les pratiques constatées, c'est à dire le manque parfois de travail médical collégial et une communication minimale à travers l'échange du dossier médical, interrogent sur la continuité des prises en charge des patients les plus lourds qui sont amenés à alterner des soins sous contrainte et une prise en charge « libre ». Il semble que cette question mérite une vigilance continue même si la communication se fait de façon satisfaisante entre les deux services. La solution consistant à accorder une dérogation aux PH de BRIANCON pour qu'ils aient la responsabilité du suivi des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPTD) à domicile et la possibilité de rédiger les certificats légaux a jusqu'ici été refusée par les tutelles. Peut-être que les coopérations du groupement pourront aider à résoudre ce point.

En outre, pour la prise en compte des soins somatiques reconnus comme priorité de santé publique pour la population psychiatrique, il est à noter que le CHBD dispose d'une équipe dédiée de somaticiens. Par ailleurs, la proximité que procure l'implantation des équipes psychiatriques au sein des établissements MCO favorise d'une part l'accès aux soins somatiques pour les patients psychiatriques, le déploiement de la psychiatrie de liaison et d'autre part la présence psychiatrique au sein du service des urgences. Ceci se vérifie notamment au CHEB.

A ce stade, il apparaît évident que la psychiatrie du GHT des ALPES du SUD poursuit ses projets pour consolider son offre de soins. Pour cela, deux orientations sont à poursuivre :

- Le renforcement des transferts de certaines compétences médicales à des paramédicaux par des protocoles de coopérations pour suppléer la disponibilité des psychiatres sur le territoire et contribuer à l'évolution des pratiques professionnelles au service de réponses plus rapides et plus territoriales ;
- Le décloisonnement des compétences soignantes entre les secteurs de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie mais aussi pour certaines prises en charge entre la psychiatrie et le MCO.

La légalisation de l'exercice en pratique avancée depuis janvier 2016, et même si au moment de la rédaction du PMP les décrets d'applications ne sont pas encore disponibles, est une opportunité pour la santé mentale de mieux coordonner les parcours de soins complexes de certains patients aux pathologies psychiatriques et somatiques associées et dans des situations sociales peu favorables. Finalement, ce premier PMP des ALPES du SUD pourrait être l'occasion de positionner la psychiatrie un peu différemment sur le territoire en ne la confortant pas uniquement dans ses organisations spécifiques mais en la rendant plus transversale et mobile au service de prises en charges globales.

Les supports techniques comme la téléconsultation ou le déploiement d'équipes mobiles polyvalentes permettront de traiter certaines problématiques plus en proximité, dans des délais plus courts, sans saturer des places ambulatoires.

Coopérations existantes

Les coopérations existantes et mentionnées en annexe de la convention constitutive du GHT méritent d'être complétées comme suit :

- Etablir les modalités de prise en charge des personnes adultes sur le territoire de santé 05, ayant besoin de soins sans consentement au CHBD, adressés par le CHEB depuis le service de psychiatrie. A ce jour les patients partent en hospitalisation sous contrainte depuis le service de psychiatrie et non du service des urgences, non adapté à leur accueil. L'organisation du transport réglementé quand il s'agit de contraintes, la non circulation des ambulances et les difficultés pour le CHBD de détacher 2 infirmiers pour l'accompagnement aller-retour la nuit et les WE, conduit à ce que des patients soient accueillis de façon transitoire dans le service de psychiatrie du CHEB avant leur transfert.
- Etablir les modalités de prise en charge sur le territoire de santé 05 des enfants et des adolescents (convention en cours de validation). Pour les WE les déplacements d'ambulance sont possibles mais avec le délai nécessaire pour trouver les infirmiers accompagnant le transfert.
- Une convention existe entre le CHEB et l'hôpital local d'AIGUILLES.
- Lien avec les maisons de retraites du secteur ainsi que les établissements médico-sociaux.
- La convention avec le SSR de Chant' Ours (lits de SSR psychiatriques)
- La convention avec le secteur médico-social pour le développement d'une consultation CMP avancée, aux limites du secteur.
- Une convention entre le CHBD et CHEB est en cours en psychiatrie générale pour les admissions des hospitalisations sans consentement, leur transport, et leur suivi.

Enjeux et potentiels de réussite

La psychiatrie est territorialisée depuis 1960. Ses modes de fonctionnement sont déjà ouverts aux coopérations avec des acteurs sanitaires ou médico-sociaux, institutionnels ou libéraux. L'exercice pluridisciplinaire est acquis et tout autant les régulations et coordinations de toutes les étapes d'un parcours de soins. La psychiatrie l'expertise du territoire doit davantage aujourd'hui sortir de sa spécialité pour s'insérer dans les spécialités de la médecine générale.

Le secteur MCO doit pouvoir mobiliser des compétences en santé mentale dans des délais courts et suivant des modalités au besoin dématérialisées.

Les équipes de psychiatrie et de MCO doivent pouvoir se rencontrer pour se connaître. Pour ce faire, des séminaires ou staffs seraient à même de produire des décisions concertées et préparées la mise en œuvre d'opportunités comme :

- L'équipe mobile de géronto-psychiatrie qui pourrait avoir des responsabilités partagées par l'équipe mobile de gériatrie. Ces deux équipes pourraient même le cas échéant ne faire qu'une.
- L'extension d'une structure ambulatoire polyvalente à BRIANCON pouvant tant accueillir des patients en crise (en alternative à l'hospitalisation complète) qu'assurer le suivi de résidents des structures médico-sociales.
- Le renforcement des liens actuellement informels avec le CHU de Grenoble et la création de relations avec l'AP-HM autour des centres experts, et du recours à la sismothérapie.

Orientations stratégiques 2017-2021

Fortes de leurs valeurs partagées, des expertises acquises et des constats de l'existants élaborés collectivement, les orientations stratégiques sont :

Fiche-action n°19 : Revisiter l'offre de soins pour les adolescents et jeunes adultes
Page 143

Fiche-action n°20 : Réorganiser l'offre ambulatoire de psychiatrie à BRIANCON
et le cas échéant ajuster l'offre ambulatoire du territoire
Page 145

Fiche-action n°21 : Etudier la possibilité de créer une équipe mobile de géronto-psychiatrie
Page 145

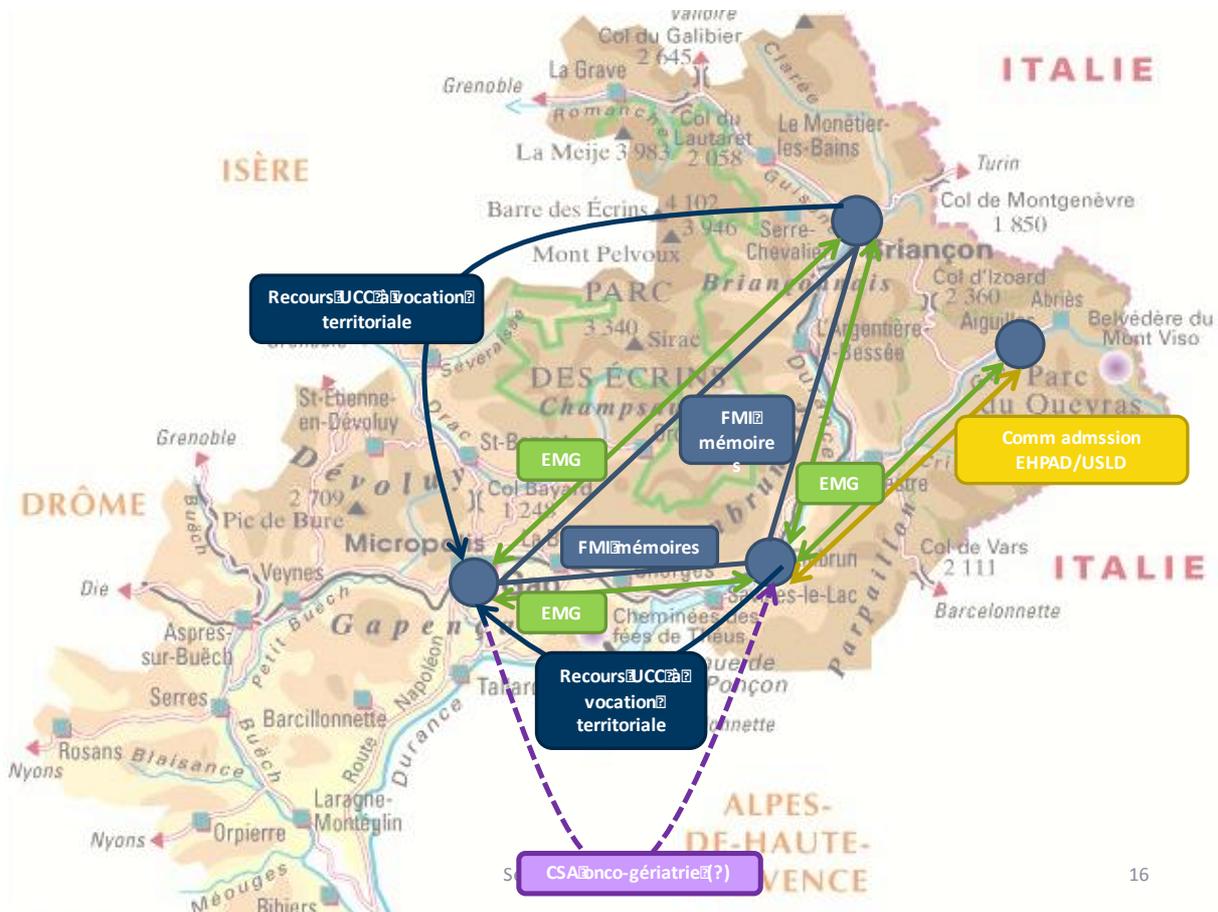
Fiche-action n°22 : Développer la prise en charge du vieillissement et du handicap
Page 147

Fiche-action n°23 : Partager les compétences paramédicales entre les secteurs de psychiatrie
Page 149

Fiche-action n°24 : Renforcer les liens ville-hôpital de la filière psychiatrique
Page 151

LA GERIATRIE

Les coopérations existantes



La prise en charge des personnes âgées dépendantes, en risque de rupture d'autonomie dans un objectif de parcours, est un objectif prioritaire. Il existe déjà une coopération active entre tous les médecins gériatres du territoire. La pérennisation de cette coopération passe cependant par des ajustements incontournables : concilier les soins de proximité et faciliter l'accès aux plateaux techniques efficacement et rapidement ou proposer des solutions alternatives adaptées.

Le projet médical territorial gériatrique se constitue sur la base du parcours de soin du patient âgé, il a fait l'objet de nombreuses réunions et discussions et a été élaboré dès 2016. Il a, depuis, fait l'objet d'ajustements.

Néanmoins, le socle commun, validé par tous, est une prise en charge graduée des patients âgés au plus proche de chez eux en articulant les nécessaires complémentarités et/ou spécificités sur le territoire.

Il est indispensable de définir et de réaffirmer la zone de proximité comme le niveau d'expertise en gérontologie avec, sur le territoire de santé, trois bassins principaux autour des villes de GAP,

EMBRUN et BRIANCON et deux bassins associés autour des villes de BARCELONNETTE et de SISTERON.

Sont définis comme gériatriques, les patients âgés de soixante-quinze ans et, plus, caractérisés par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque majeur de dépendance. Une caractéristique est également l'intrication fréquente de pathologies neurodégénératives et/ou somatiques et de problèmes sociaux surajoutés.

Il existe ainsi une volonté de travailler en commun de la part des gériatres du groupement, ce qui a déjà permis d'optimiser les coopérations :

- Sur la médecine gériatrique sur le CHICAS, sur EMBRUN et sur BRIANCON par le biais du service de médecine
- Une possibilité d'accès aux urgences est également pérenne
- L'apport stratégique d'une unité mobile gériatrique à EMBRUN et AIGUILLES
- Des consultations mémoire existent sur GAP, EMBRUN, SISTERON, BRIANCON... (Centre Mémoire des Alpes du Nord)

Le parcours de soin des patients âgés nécessite parfois l'accès à des filières spécifiques. Une organisation en parcours est déjà en place pour les patients présentant des maladies neurodégénératives et la neurologie comportementale. Elle s'appuie sur le Centre Mémoire Alpes Nord (consultations sur BRIANCON, EMBRUN, AIGUILLES, BARCELONNETTE, GAP, SISTERON), un service de neuro-psycho-gériatrie avec un secteur court séjour, une unité cognitivo comportementale, une RCP territoriale de neuropsychogériatrie en visioconférence.

Il existe également des coopérations avec les autres spécialités : cardiologie, oncologie, néphrologie, neurologie, hépato-gastro-entérologie ainsi qu'avec les diverses spécialités chirurgicales du territoire. Enfin, l'offre de SSR et d'USLD maille le territoire d'une manière cohérente.

Ainsi, le système hospitalier territorial doit pouvoir répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, polypathologiques et fragiles dans un continuum de prise en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis. Il intègre cette particularité territoriale populationnelle articulée avec le secteur médico-social reposant sur des coopérations déjà existantes de longue date et formelles (Centre Mémoire Alpes Nord, réseau...) ou informelles (oncologie gériatrique, soins de suite gériatrique...).

Enjeux et potentiels de réussite

Afin d'optimiser la filière gériatrique, il convient de renforcer les coopérations médicales entre les établissements et les liens avec les structures médico-sociales publiques, partenaires incontournables d'une prise en charge complète des personnes âgées dépendantes ou en fragilité.

Pour ce faire, il faut :

- Intensifier le décloisonnement entre les différents secteurs
- S'efforcer de fluidifier les flux de malades âgés
- Structurer la complémentarité des acteurs de territoire
- Proposer des outils communs de communication

Orientations stratégiques 2017-2021

Au cours des discussions et groupes de travail, plusieurs orientations ont pu être mises en évidence pour la filière GERIATRIE, à savoir :

- La nécessité de renforcement l'activité des équipes mobiles de gériatre et la création d'une équipe mobile de gériatrie sur le nord du territoire du GHT des ALPES DU SUD
- La prise en compte des urgences gériatriques dans un cadre de prise en charge coordonnée et fluidifiée
- L'articulation entre les services de chirurgie et de gériatrie pour une collaboration étroite et adaptée aux patients âgés
- Les propositions pour une recomposition du paysage de soins de suite et de réadaptation sur le territoire
- Le développement de la prise en charge du vieillissement et du handicap
- Le renforcement des consultations en oncogériatrie sur le territoire

Il faut par ailleurs noter ici que la filière de la gériatrie s'intéresse de près à tout dispositif de télémédecine permettant de faciliter les prises en charge et de répondre aux besoins des partenaires qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux. Ces éléments sont détaillés dans la thématique transversale télémédecine. Le groupe de travail associé a d'ailleurs été coordonné par deux médecins gériatres.

Actuellement identifié sur le CHICAS et sur EMBRUN, il existe un secteur gériatrique au sein du service de médecine sur le CH de BRIANCON.

En amont du court séjour gériatrique, les équipes mobiles de gériatrie doivent consolider ou développer certaines actions : organiser des interventions au sein des services d'urgence pour dépister et limiter les chutes et les fractures, réduire la dénutrition et dépister les affections bucco-

dentaires, réduire la iatrogénie et la polymédication dans les établissements de soins et en ambulatoire, dépister précocement les troubles cognitifs et accompagner les familles (articulation avec le Centre Mémoire Alpes Nord), prévenir et dépister les actions de maltraitance, les situations d'isolement médicosocial.

L'absence d'équipe mobile de gériatrie sur le nord du territoire questionne aujourd'hui et constitue un manque auquel il convient de répondre.

On peut enfin noter que la volonté des Pharmaciens serait de participer à la fluidification des urgences gériatriques par la présence d'un praticien hospitalier (pharmacien) dans ce service par le biais de la conciliation médicamenteuse.

Fiche-action n°25 :

Etudier la possibilité de créer une équipe mobile gériatrique à BRIANCON

Page 152

L'hospitalisation des personnes âgées au sein des hôpitaux constituent des moments difficiles qui peuvent générer des conséquences multiples pour le patient tant sur le plan individuel qu'organisationnel et ce d'autant plus que la majorité des hospitalisations débutent par un passage aux urgences, au sein duquel les conditions de prise en charge sont régulièrement impactées par des pics d'activité importants, des difficultés de régulation en l'absence de solution de lits d'aval d'hospitalisation et des temps d'attente majorés.

Dans ces conditions, l'hôpital représente un univers hostile pour les personnes âgées dans lequel le passage par le service des urgences est un facteur aggravant de confusion ou de désorientation temporo-spatiale, mais également de perte d'autonomie et de perte d'acquis. A ce titre, une action doit être déployée pour fluidifier les passages aux urgences et limiter le recours à cette modalité de prise en charge pour les personnes âgées.

Fiche-action n°27 : Fluidifier les urgences gériatriques dont les lits d'aval

Page 155

Fiche-action n°28 : Créer un service de post-urgence gériatrique à GAP

Page 158

Dans une dynamique similaire, il apparaît que les hospitalisations des personnes âgées dans des services d'hospitalisations traditionnelles, disposant de compétences non spécifiques à la PEC des patients âgés, peuvent poser problèmes. Cette situation d'inadéquation entre les soins proposés et la prise en charge réellement nécessaire s'observe plus particulièrement dans le cadre de prise en

charge chirurgicale où les équipes médicales et paramédicales, compétentes pour prodiguer les soins nécessaires en post opératoires, s'avèrent moins qualifiées pour prendre en charge l'ensemble des complexités et des poly pathologies liées à l'âge de la personne âgée. Dans ce cadre, un lien étroit entre services de chirurgie et soins de suite et de réadaptation gériatrique ou court séjour gériatrique pourrait être établi afin de faciliter les prises en charge et de proposer des parcours de soins cohérent et adaptés en pré et post opératoire. L'anticipation des hospitalisations et la programmation et la coordination des séjours sont des facteurs de réussite de cette fiche action.

Dans ce cadre notamment, il semble intéressant de mettre en place un secteur d'orthogériatrie, SSRG spécialisé sur le postopératoire immédiat 10 lits rattachés au SSRG au CHICAS ainsi que des admissions très précoces dans les deux autres SSRG. Cela pourrait constituer un début de réponse.

Fiche-action n°29 : Organiser le parcours du patient âgé nécessitant une chirurgie

Page 159

Par ailleurs, une action doit être envisagée en lien avec les équipes psychiatres sur le vieillissement du handicap et la prise en compte des pathologies psychiatriques vieillissantes. A ce titre, une fiche action rattachée à la filière psychiatrie sur la constitution d'une équipe mobile de psycho-gériatrie doit pouvoir apporter une réponse aux difficultés soulevées lors du groupe de travail.

En oncogériatrie, l'intérêt de la prise en charge repose sur l'évolution connue du vieillissement de la population et la tendance de l'incidence du cancer qui augmente avec l'âge. Les cancers les plus fréquents pour les patients âgés sont, par ordre de fréquence : le cancer de la prostate, les cancers colorectaux, le cancer du sein et le cancer bronchique . Enfin, le risque de décès lié au cancer est plus élevé chez les sujets de plus de 75 ans.

Malgré l'importance du problème et les particularités des prises en charge en oncogériatrie, peu de filières de soins identifiées existent en France. Autre contradiction majeure : alors qu'ils constituent une fraction non négligeable des patients atteints de cancer, jusqu'à ces dernières années, les plus de 75 ans étaient peu représentés dans les essais thérapeutiques. Il en résulte des référentiels de traitement élaborés à partir d'études où ils sont sous-représentés et un manque notoire de références validées pour cette population spécifique.

La prise en charge d'un malade âgé cancéreux ne pourra jamais se limiter au strict soin du cancer : elle doit intégrer le patient dans une globalité bien plus importante que pour un adulte plus jeune, dans ses dimensions médicales, psycho cognitives et sociales. Il s'agit bien d'une démarche globale de soins à visée curative ou palliative et pas seulement d'une démarche de prise en charge de fin de vie. Elle n'aura d'efficacité que grâce à la multidisciplinarité.

Les patients âgés souhaitent une prise en charge efficace et leur souhait de guérir est le même que chez les patients plus jeunes. Chez les patients trop âgés, gériatriques fragiles, une prise en charge oncologique est aussi importante que pour les sujets plus jeunes mais requiert une expertise gériatrique spécifique qui ne se limite pas à la seule évaluation pré-thérapeutique. Cela nécessite l'organisation de l'ensemble du parcours de soins qui intègre le traitement spécifique du cancer et son suivi.

Actuellement, les patients âgés fragiles atteints de cancer sont moins souvent traités que les patients plus jeunes et reçoivent un traitement fréquemment allégé. La crainte des toxicités et les données scientifiques limitées expliquent en partie cette prise en charge hétérogène.

L'évaluation gériatrique a prouvé son intérêt en réduisant le taux de mortalité et la mise en institution dans la population âgée générale. Pour autant, le soin oncologique gériatrique n'est pas la simple application de protocoles d'adultes à des malades âgés. Par ailleurs, si le phénomène de vieillissement n'est pas une maladie, il entraîne chez l'individu une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme.

Dans l'ensemble des séjours de gériatrie, la part de ceux affectés à la cancérologie est de 22,9 % en hospitalisation complète, de 38,3 % en hospitalisation ambulatoire.

Le développement de la prise en charge de patients âgés fragiles atteints de cancer au sein de la filière complète de gériatrie est pertinent pour de multiples raisons :

- La prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, plus vulnérables sur le plan physique mais souvent également sur le plan social et économique, reste insuffisante et nécessite une approche multidisciplinaire coordonnée.
- Il est indispensable de dépister par une évaluation pré-thérapeutique spécialisée les patients qui ont le plus de risques d'avoir une évolution défavorable sous traitement.
- L'adaptation des traitements aux caractéristiques de chaque patient est nécessaire.
- L'accompagnement des patients est rendu optimal avec les moyens de la filière gériatrique.
- Il est nécessaire de structurer la trajectoire personnalisée de soins des patients âgés atteints de cancer en s'appuyant sur les aidants naturels comme sur les réseaux existants.

La prise en charge des patients complexes et fragiles (dépistés) sont assurés au sein même de la filière gériatrique. Il s'agit d'évaluer, prescrire et administrer des traitements spécifiques du cancer (chimiothérapies, thérapies ciblées), de suivre et d'accompagner la tolérance, la toxicité, de prévenir les décompensations et de soutenir les aidants.

Ainsi, la prise en charge des patients âgés atteints de cancer se structure progressivement. Les coopérations avec BRIANCON et EMBRUN, embryonnaires, peuvent se consolider pour permettre

l'accès à une prise en charge spécifique et adaptée au patient gériatrique fragile. Elle s'appuie sur les courts séjours gériatriques des trois hôpitaux pour les soins généraux, le court séjour gériatrique et l'hôpital de jour gériatrique du CHICAS pour les soins spécifiques (soumis à des critères d'autorisation). Une RCP territoriale d'oncologie gériatrique hebdomadaire en visioconférence sera à mettre en place. En outre, une RCP UCOG PACA régionale d'oncologie gériatrique est formalisée, ainsi qu'une consultation avancée mensuelle d'oncologie gériatrique sur EMBRUN.

Fiche-action n°30 : Renforcer l'activité d'oncogériatrie

Page 161

Les soins de suite et de réadaptation gériatriques permettent la prise en charge de patients complexes. Le centre hospitalier de BRIANCON ne dispose pas de lits de SSR mais a engagé un rapprochement de locaux avec l'UGEAM qui dispose de lits sur ses sites de GAP et BRIANCON .

Le groupe de travail médico-administratif dans le cadre de la préparation du schéma régional SSR a défini les orientations souhaitées par les établissements pour la révision du SROS.

Ces orientations sont les suivantes :

- Le projet d'établissement 2012-2016 du CHICAS prévoit une orientation sanitaire du pôle de gérontologie sur le site de GAP, avec l'abandon progressif des capacités médico-sociales au bénéfice d'opérateurs spécialisés dans ce type de prise en charge. 40 lits de SSR gériatriques étaient souhaités. L'établissement en dispose de 30 et est donc demandeur de 10 lits supplémentaires pour couvrir des prises en charge dites « lourdes » non effectuées à ce jour, y compris par les ESPIC existants sur le bassin GAPençais (neurologie-AVC, onco-hématologie...). Le CHICAS peut renoncer à 32 lits d'EHPAD en contrepartie.
- Une augmentation des capacités SSR sur le sud du département au détriment de la concentration historique dans le nord (BRIANCON) est souhaitée de façon générale pour se conformer à la répartition géographique de la population , sous couvert des orientations du futur PRS 2 et du SROS
- Sur le site de SISTERON, le maintien des capacités existantes d'un SSR polyvalent (27 ou augmentation à 30) est souhaité.
- Le CHBD a une autorisation pour création d'une unité dérogatoire de 12 lits de SSR polyvalent à orientation psychogérontologique avec adossement à la filière psychiatrique.
- Le centre hospitalier d'EMBRUN souhaite conserver 34 lits de SSR. Un projet médical est en cours d'élaboration modifiant l'adossement de ces lits aux deux filières existantes, l'une polyvalente (passage souhaité de 20 à 17 lits), l'autre gérontologique (passage souhaité de 14 à 17 lits).

FEMME ENFANT

Femme enfant

Coopérations existantes



Il existe déjà un bon réseau périnatal couvrant tout le territoire, avec de bons échanges entre les équipes gynéco-obstétricales du CHICAS et du CHEB et une gradation des soins entre les deux maternités. De plus, il existe des consultations avancées en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie sur le site d'EMBRUN dans le cadre du Centre Périnatal de Proximité. Enfin, un réseau de prise en charge psycho-médicosociale périnatale (réseau D2P) a été mis en place. Ces coopérations doivent cependant être renforcées.

Le point de difficulté majeur réside, comme pour toutes les filières de soins du département, dans les durées de transport et la géographie avec ses aléas climatologiques. Mais c'est également ce qui justifie le maintien d'une maternité au moins de niveau 1 à BRIANCON.

Les autres points de difficulté, en dehors de l'éloignement géographique du CHU de MARSEILLE, le CHU de référence, tandis que le CHEB privilégie le relationnel estimé plus facile avec le CHU plus proche de GRENOBLE, sont plus susceptibles d'évolution. Tels les effectifs médicaux insuffisants au

CHEB en pédiatrie et en gynéco-obstétrique, l'absence de dossier clinique commun entre le CHICAS et le CHEB, l'insuffisance de consultations avancées sur EMBRUN, une articulation pédopsychiatrique améliorable au CHEB pour les soins d'urgence et un besoin de recrutement d'un pédiatre allergologue. On note également comme points de difficulté sur EMBRUN une installation d'un gynécologue en libéral, source de recrutement pour le secteur privé au détriment du GHT. Enfin, on constate les retours des nouveau-nés depuis les centres de référence (maternité de niveau III) jugés trop rythmés par des considérations administratives (délais d'entente préalable).

Par ailleurs, de façon plus générale, le groupe de travail met l'accent sur la faible attractivité des postes de la filière, notamment sur BRIANCON (y rendant par exemple souhaitable la contribution de GAP à la formation des gynéco-obstétriciens, notamment sur le volet des prises en charge en cancérologie).

Pour la chirurgie gynécologique, il apparaît nécessaire de consolider cette activité. A termes, l'augmentation de cette activité chirurgicale est attendue, notamment sur le volet de la cancérologie gynécologique.

En obstétrique, l'activité des maternités est bonne bien que des fuites de patientèles soient observées sur Aix en Provence. Par ailleurs, les prises en charge des femmes relevant de niveau 3 sont parfois problématiques avec une possibilité de repenser la filière de prise en charge des grossesses pathologiques, notamment pour prévenir le risque hémorragique. Le projet d'hôtel hospitalier sur BRIANCON pourrait être utile pour héberger transitoirement ces grossesses à risques, cette éventualité pourrait être étudiée.

Enjeux et potentiels de réussite

L'indéniable avantage de la filière Femme – Enfant pour le GHT ALPES du SUD est qu'il n'existe pas de concurrence en gynéco-obstétrique avec le secteur privé. Le département dispose, en effet, d'une maternité de niveau 2 A de 22 lits au CHICAS sur GAP et d'une maternité de niveau 1 de 12 lits au CHEB sur BRIANCON. Avec le CH d'EMBRUN, il dispose également d'un centre périnatal de proximité (CPP).

Il existe également un quasi-monopole en gynécologie. Le GHT peut donc envisager l'avenir avec une relative sérénité dans cette filière et avec de bonnes chances de réussite dans son développement, pour peu que son actuelle organisation en réseau, bien adaptée aux spécificités des parcours de soins dans la spécialité de gynéco-obstétrique compte-tenu de la géographie et des difficultés de transport, soit renforcée et amplifiée.

Orientations stratégiques 2017-2021

On observe également dans le GHT ALPES du SUD des points forts et des opportunités de réussite, très bien résumés dans la convention de constitution du GHT :

- Intégration des équipes concernées du GHT dans le réseau périnatal Méditerranée regroupant PACA Est et Ouest et la Corse.
- Dispositif de prévention précoce périnatale mis en place au CHICAS comme au CHEB pour des prises en charge multidisciplinaires de situations médico-psycho-sociales complexes.
- Expérience réussie de formation commune de sage-femmes entre les deux ES publics.
- Effectifs de gynéco-obstétriciens et de sages-femmes plutôt satisfaisants au CHICAS et à consolider au CHEB.
- Maintien de consultations avancées en gynéco-obstétrique au CPP d'EMBRUN réalisées par les équipes du CHICAS et du CHEB.
- Formations aux échographies obstétricales de sages-femmes du CHICAS et du CHEB pour remplacer alternativement sur site le départ d'un praticien du CPP d'EMBRUN et collaborations entre les sages-femmes du CHICAS ou du CHEB avec celles du CPP d'EMBRUN pour des remplacements de congés.
- Renouvellement des formations in situ communes.
- Réalisations de RMM communes.

Ainsi, la filière femme-enfant-périnatalité du GHT ALPES du SUD dispose-t-elle de nombreux atouts avec, dans cette spécialité et dans les établissements constituant ce GHT, des équipes soignantes s'entendant particulièrement bien.

L'objectif est maintenant de renforcer ces collaborations avec, notamment, la mise en œuvre plus fréquente de protocoles communs, de staffs pré et post-thérapeutiques communs par visio-conférence (par exemple, un staff d'obstétrique-pédiatrie commun au moins 6 fois/an, des staffs de néonatalogie concernant les transferts et les re-transferts, ...), de réunions scientifiques, de RMM, de formations communes et d'activités de recherche clinique (constitution de big data).

Dans cette perspective, dans cette filière comme pour d'autres, il est fondamental que les équipes puissent bénéficier de dossiers (cliniques, biologiques et d'imagerie) électroniques communs et d'outils de télémédecine (tablettes, smartphones, ordinateurs dédiés, objets connectés...) adaptés à leurs besoins et à la spécificité de leur activité.

A terme plus ou moins proche, ces coopérations renforcées et mieux coordonnées ont vocation à permettre dans la spécialité de davantage structurer l'offre de soins, sous la forme, par exemple, d'une « Fédération Hospitalière de Territoire en gynéco-obstétrique et périnatalité ». Celle-ci, regroupant les équipes du CHICAS, du CHEB et du CH d'EMBRUN, serait ainsi en mesure de constituer

une masse critique d'effectifs médicaux et non médicaux suffisamment importante, équilibrée grâce à un partage toujours plus concerté des compétences et encore plus performante.

Un autre axe prioritaire serait de revoir la coopération dans ce domaine avec l'IPC de MARSEILLE dans le respect de l'accord-cadre existant entre le CHICAS et l'IPC, de façon à favoriser le développement des compétences des gynéco-obstétriciens du GHT et de revoir également la répartition de certaines activités pour éviter des fuites de patientèle du GHT.

Le point qui paraît néanmoins particulièrement prioritaire est celui de l'attractivité de la filière et doit faire l'objet d'une fiche action.

Les orientations retenues pour les acteurs de la filière à l'issue des groupes de travail sont :

- Renforcer l'attractivité de la filière et fidéliser les professionnels qui y travaillent. Il s'agit véritablement de mettre en place, à plus long terme, une stratégie de renforcement des postes médicaux. Cette orientation peut notamment s'opérer par un renforcement de l'attractivité des postes et la possibilité pour des chirurgiens gynécologiques de BRIANCON de bénéficier d'une collaboration avec les équipes de GAP pour la prise en charge de patients en cancérologie. A ce propos, l'accord cadre actuel avec l'IPC pourrait permettre de développer l'accompagnement et la formation des compétences en chirurgie gynécologique (notamment sur BRIANCON). Il s'agirait de mettre en place un dispositif tutoriel interne au GHT pour l'accompagnement des compétences afin que des chirurgiens puissent assurer la continuité des soins d'un autre chirurgien. La fiche-action précise les moyens alloués à GAP pour accompagner les chirurgiens de BRIANCON. Des PH de BRIANCON pourraient également opérer à GAP sous réserve des moyens alloués à l'activité. Cette action se situera dans la perspective d'un « GHT de la gynécologie obstétricale » pour améliorer une vision globale tant des besoins en soins que de l'offre à mettre en place pour y répondre avec pertinence.
- Renforcer l'échographie à EMBRUN et la consultation gynécologique, voire à termes la consultation pédiatrique. La fiche-action présente de façon synthétique les modalités de suppléance de la sage-femme d'EMBRUN. Si l'opérationnalité en est simple (un tableau partagé des absences prévisionnelles, notamment), il n'en demeure pas moins que l'organisation globale doit être partagée et nécessitera quelques expérimentations. Il s'agira, en outre, de répondre aux difficultés qu'a la sage-femme d'EMBRUN de réaliser des prises en charge d'urgence hors le site de l'établissement (une convention avec le Centre 15 est à prévoir).
- La chirurgie gynécologie en cancérologie fait l'objet d'interrogations en particulier concernant la prise en charge de patientes réalisées sur des sites de référence comme l'IPC

alors qu'elles pourraient être organisées au CHICAS en lien avec les établissements du GHT des ALPES du SUD , puisque cet hôpital dispose des compétences médicales nécessaires et du plateau technique adéquat. Dans ce cadre, une discussion peut être envisagée avec les centres de référence afin de définir les modalités de prise en charge de ces patientes.

- Renforcer la pédopsychiatrie de liaison : c'est une action en cours par l'augmentation d'un temps de psychologue pour les patients ou les équipes de GAP ainsi qu'un temps d'IDE pour la psychiatrie de liaison à BRIANCON.

De ces orientations, il est proposé 6 fiche-actions :

Fiche-action n°31 : Développer l'activité de chirurgie gynécologique

Page 164

Fiche-action n°32 : Développer l'activité obstétricale et favoriser l'attractivité des maternités sur le territoire

Page 165

Fiche-action n°34 : Favoriser l'attractivité des postes en gynécologie et pédiatrie

Page 167

Fiche-action n°33 : Renforcer la pédopsychiatrie de liaison

Page 166

Fiche-action n°35 : Renforcer la consultation gynécologique et l'échographie SUR EMBRUN

Page 168

Fiche-action n°36 : Améliorer les relations avec les centres de référence (maternité de niveau 3) pour fluidifier les parcours des nouveaux nés

Page 169

LES FONCTIONS SUPPORT

LA BIOLOGIE



Le projet de biologie ci après décrit résulte des discussions ayant eu lieu lors des groupes de travail mais également des travaux engagés entre les équipes des deux laboratoires publics depuis 2014 sur la mise en place progressive d'un laboratoire de biologie médicale unique de territoire.

Ainsi, le projet de biologie s'accorde avec le programme médical, les disciplines médicales impactant à des degrés divers sur le panel des examens prescrits et le délai de résultats attendu par les prescripteurs.

Une attention est portée aux disciplines ayant besoin d'examen spécialisés coûteux, sous traités (hématologie clinique, génétique moléculaire ou constitutionnelle...) ou au contraire de spécialités nécessitant des examens courants permettant de rentabiliser le plateau technique (Dialyse, médecine interne...).

Le laboratoire a prévu de développer des tests de biologie moléculaire à visée de diagnostic infectieux, point qualitativement important en terme de diagnostic, de prise en charge rapide du patient et durée de séjour.

Les équipements coordonnés relevés pour la préparation du PMP sont :

- Trois plateaux techniques fonctionnels sur les sites de GAP, SISTERON et BRIANCON.

- La collaboration entre les biologistes des deux structures du CHB et du CHICAS permet d'harmoniser le parc d'équipements biomédicaux au fur et à mesure de leur renouvellement.
- Chaque site a un service biomédical, à conserver (service support) : une attention particulière sera portée sur la coordination entre les services biomédicaux pour les équipements faisant partie d'un marché commun aux deux structures.
- La cellule des marchés serait commune mais chaque CCTP serait rédigé par les services concernés.

Logistique et changement de sous-traitant

Des navettes régulières et exceptionnelles (taxis) sont envisagées entre les différents sites du GHT et l'AP-HM.

Ce schéma implique une modification des sous traitants des laboratoires : BRIANCON a des relations régulières avec le CHU de GRENOBLE (Biologistes mais également praticiens médicaux), BIOMNIS (devenu EUROFINIS) est le sous traitant principal pour le CHICAS et BRIANCON , avec la logistique incluse dans le marché pour une somme de 100 000 €/an.

La direction a prévu de répertorier tous les besoins pour l'ensemble des établissements (Blanchisserie, papeterie, pharmacie, biologie) de manière à mutualiser certaines prestations. Dans le cadre du projet de collaboration avec l'AP-HM, des établissements se trouvant sur le trajet (EMBRUN, DIGNE, MANOSQUE, AIX en PROVENCE) pourraient être intéressés. La question de l'intégration d'EMBRUN dans le projet biologique est posée.

La biologie impose de fortes contraintes.

- Les examens de biologie nécessitent des conditions de transport à température dirigée (ambiante, réfrigéré, congelé) et donc un équipement de chaque véhicule en compartiments dûment contrôlés en température. La mutualisation avec le transport d'autres fournitures paraît difficile (volumétrie différente, contraintes de délais....)
- La traçabilité des conditions de transport est un impératif (sondes de température, délais) : un logiciel de colisage peut être nécessaire pour disposer des éléments de traçabilité et gagner du temps grâce à l'utilisation de code barres pour les coursiers, les boites de transport, sites de prise en charge/dépôt...
- Eviter les doublons de navettes : voir les prestataires ayant des tournées sur les mêmes trajets (bioservice, TSE...)
- Les échantillons pour la biologie seraient déposés en un point unique à l'AP-HM (hôpital Nord) : être vigilant sur les horaires et délais de ré acheminement jusqu'au site analytique de

manière à garantir les exigences pré analytiques et ne pas pénaliser le délai de rendu des résultats

- Etre attentif aux modalités de facturation des examens transmis à l'AP-HM : la vérification des factures et le traitement des non conformités dans ce domaine est particulièrement complexe et chronophage.

Examens de Biologie Médicale Délocalisée (EBMD)

Le CHICAS a une bonne expérience de la biologie délocalisée : gestion des EBMD du service des Urgences à Sisteron, EBMD sur le site de GAP. Les équipements analytiques sont harmonisés (gazométrie SIEMENS), avec concentrateur de résultats permettant visualisation des CIQ, validation et intervention à distance (Middelware SIEMENS) :

- Une commission pour les EBMD avec participation des cliniciens concernés doit être mise en place
- L'accréditation est à demander (selon la norme NF EN ISO 22870)
- L'intégration des EBMD réalisés sur le site d'EMBRUN serait ainsi facilitée, même s'il ne faut pas négliger l'investissement nécessaire du laboratoire pour la formation, habilitation et maintien des compétences des opérateurs, qui peuvent être nombreux.

SIL

Les deux sites sont équipés différemment : Technidata à BRIANCON, Amadeus à GAP.

C'est un point critique pris en compte, le SIL de GAP étant obsolète ; un appel d'offres est en cours pour 2017.

Ce projet est très structurant et demandera un investissement financier important et une forte mobilisation des équipes de biologie.

De nombreux problèmes sont à résoudre : patientèles différentes (n° d'identification patient), confidentialité pour l'accès au dossier médical, protection des données, responsabilité du serveur, hébergement des données....

La prescription connectée, qui permet d'optimiser la prescription (redondances évitées, « juste prescription ») reste un objectif difficile à atteindre à partir de deux dossiers patients informatisés. Des demandes d'examens sur bons scannés pourraient être une alternative permettant un enregistrement des demandes plus rapide pour les établissements externes EPAHD, UGECAM...

Démarche qualité – accréditation

Le laboratoire a des obligations d'objectifs vis à vis de l'accréditation.

Après l'accompagnement initial réalisé, la mise en place en pratique des dispositions prises par le laboratoire implique tous les personnels à la fois par l'évolution des pratiques et pour les tâches supplémentaires permettant d'assurer toute la traçabilité nécessaire. Le management de la qualité est un point important et nécessite une équipe commune entre les différents sites, réduite et motivée.

Au-delà de l'intégration dans les tâches quotidiennes, la gestion de l'accréditation et l'évolution des exigences nécessitent des ressources propres : démarche processus avec évaluation et maîtrise des

risques, gestion du COFRAC (échanges de documents, suivi du plan de résolution des écarts, ajouts et extension des lignes de portées), établissement et suivi du plan d'audits internes, préparation de la Revue de Direction, réévaluation annuelle de la criticité des étapes de chaque processus. Ce point se prête à une mutualisation.

Métrologie

Les besoins en métrologie vont être de plus en plus importants au fur et à mesure des secteurs accrédités.

Il serait souhaitable de faire le point sur ce sujet :

- Les besoins, actuels et à venir, avec définition des exigences « juste nécessaires » de manière à éviter la « surqualité »
- Coût global, en incluant les autres services hospitaliers concernés
- Internalisation éventuelle (service biomédical)

Développer d'autres sources de recettes

Patientèle externe

Les sites de BRIANCON et GAP réalisent des prélèvements pour les patients externes.

Le personnel de BRIANCON est prêt à faire des prélèvements à domicile.

Cette activité externe est à encourager.

Analyses environnementales

Le site de BRIANCON, intéressé par les analyses environnementales, pourrait développer cette activité de pouvoir répondre aux besoins du CHICAS et à des appels d'offres d'établissements extérieurs (recherche de légionnelles) Les compétences sont particulières, une accréditation selon la norme NF EN ISO 17025 s'impose.

Attractivité des postes de biologistes sur le territoire des ALPES du SUD

Le laboratoire est très conscient que l'attractivité des postes de biologistes est indispensable pour le recrutement : dans cette optique, deux postes d'internes sont présents sur le site de GAP, mais non pourvus systématiquement. Le choix de conserver une activité analytique intéressante sur le site de SISTERON répond à cet objectif.



Coopération entre les biologistes de CHICAS et de BRIANCON
Maîtrise des EBMD
Quelques possibilités d'augmentation de l'activité : consultations externes, analyses environnementales
Développement des analyses en biologie moléculaire à visée diagnostique infectieux (Malditoff en bactériologie)

Projet de renouvellement du SIL
Accréditation des examens

RH : attractivité des postes pouvant pénaliser le recrutement de biologistes
Ressources pour la gestion de l'accréditation, qualité
Rentabilité difficile à accroître en raison du bassin de population contraint et de l'augmentation de la technicité de l'appareillage
Suppression de postes : ne peut intervenir qu'après un délai permettant au laboratoire de disposer d'un SIL commun et la mise en route du GCS

Fiche-action n°37 : Créer un système informatisé de laboratoire, SIL commun
Page 170

Fiche-action n°38 : Coordonner les équipements biomédicaux
Page 172

Fiche-action n°39 : Etablir un circuit de ramassage des échantillons biologiques
Page 175

Fiche-action n°40 : Mener l'accréditation de la biologie médicale
Page 177

Fiche-action n°41 : Mettre en place la métrologie
Page 180

Fiche-action n°42 : Favoriser l'attractivité des postes de biologistes sur le territoire des ALPES du SUD
Page 181

Fiche-action n°43 : Agir sur l'hygiène environnementale de la biologie
Page 182

Fiche-action n°44 : Développer la clientèle externe de la biologie
Page 184

Fiche-action n°45 : Délocaliser les examens de biologie
Page 186

LA PHARMACIE

La pharmacie

Le périmètre pharmaceutique concerne les 5 Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) des établissements composant le GHT Alpes Sud : CHICAS, BRIANCON , EMBRUN, Buech Durance et AIGUILLES. Ces PUI assurent les missions pharmaceutiques pour la prise en charge d'environ 1700 patients en hospitalisation complète.

	CH Aiguilles	CH Briançon	CH Buech Durance	CH Embrun	CHICAS Gap	CHICAS Sisteron	RHONE AZUR Briançon	RHONE AZUR Gap	TOTAL	
Médecine	4	63	5	26	123	52			273	15,9%
Chirurgie		50			60				110	6,4%
Gynéco/Obst.		18			33				51	3,0%
Réanimation / Surv. continue		6			12				18	1,1%
Soins Intensifs ± Cardio		2			6				8	0,5%
Hémodialyse		8			11				19	1,1%
Places/HJ/Chimio		10					30		40	2,3%
Places/Chir Ambu		3			10	4			17	1,0%
URGENCES		Oui		Oui	Oui	Oui				
UHCD		Oui		Oui	Oui	Oui				
SSR			12	34	17	27	138	25	253	14,8%
USLD		84	25	30	50				189	11,0%
PSY		23	148						171	10,0%
autres PSY		14	30						44	2,6%
MAS	23		20	25					53	3,1%
EHPAD	28		75	146	60	53			362	21,1%
FAM	30								30	1,8%
Total Ets	85	263	315	246	439	138	172	55	1713	

Les activités pharmaceutiques réalisées au sein de ces PUI regroupent :

- La gestion des produits de santé
 - Achat, approvisionnement et distribution de médicaments et dispositifs médicaux stériles
 - Traçabilité des médicaments dérivés du sang et des dispositifs médicaux implantables
 - Contrat de bon usage et fichcomp
 - Management de la qualité et gestion des risques
 - Dispensation aux patients ambulatoires
- La pharmacotechnie :
 - Préparation de médicaments cytotoxiques
 - Préparation de radio pharmaceutiques
 - Réalisation de préparations magistrales et hospitalières
- La stérilisation
- Les activités de pharmacie cliniques
 - Analyse pharmaceutique des prescriptions
 - Conseils pharmaceutiques
 - Conciliation médicamenteuses
 - Education thérapeutique

- Les activités transversales :
 - o COMEDIMS
 - o CLIN
 - o CLAN
 - o CLUD
 - o Vigilances : pharmacovigilance et matériovigilance
 - o Astreinte et permanence des soins

Hormis certaines activités spécialisées comme la stérilisation, la reconstitution des médicaments cytotoxiques ou radio pharmaceutiques, les activités sont communes entre les établissements.

Ces missions sont assurées par les personnels pharmaceutiques :

- Pharmaciens
- Cadres de santé
- Préparateur en pharmacie
- Magasiniers
- Agents administratifs

Coopérations existantes



Depuis 2001, un groupement d'achat a été constitué pour les Alpes Sud. Il compte à ce jour 24 établissements adhérents répartis sur l'ensemble du quart Sud-Est de la France (de Fréjus à Hyères) comportant 8 000 lits. Les PUI du GHT Alpes Sud ont donc un historique important de collaboration inter établissements.

Par ailleurs certaines activités pharmaceutiques sont réalisées par le CHICAS et BRIANCON pour le compte d'autres structures au travers de conventions inter établissements.

Ces coopérations illustrent :

- D'une part, l'intérêt de mutualiser des compétences et savoir-faire pour la réalisation d'activités communes
- D'autre part, la mutualisation de plateaux techniques au travers la réalisation d'activité de sous-traitance.

La création du GHT Alpes Sud invite les établissements à approfondir les collaborations. D'un point de vue pharmaceutique, ce territoire offre des perspectives permettant d'uniformiser les pratiques et d'améliorer la sécurisation de la prise en charge thérapeutique des patients.

Enjeux et potentiels de réussite

Le GHT ouvre la dimension collective pour les hôpitaux concernés. La filière pharmacie ne fait pas exception.

La vision territoriale pourra permettre aux PUI actuelles de moderniser leur plateau technique, de centraliser certains processus productifs, d'uniformiser certaines activités pharmaceutiques et renforcer des actions à valeur ajoutées pour la prise en charge des patients.

1. Centralisation des activités pharmaceutiques de production

a. Automatisation de la dispensation à délivrance nominative

Avec la création du GHT Alpes Sud, le circuit du médicament doit être repensé en collaboration pluri-professionnelle.

La délivrance des médicaments vers ces unités est actuellement globalisée depuis la pharmacie pour certains établissements ou certaines unités alors qu'il est nominatif pour une partie du territoire. La préparation des piluliers de médicaments est souvent réalisée de façon manuelle et hebdomadaire par les équipes soignantes des différentes unités de soins concernées. Cette étape, réalisée à partir du stock des médicaments présents dans les unités de soins, est chronophage et est décrite comme une source d'erreurs importantes sur le circuit des médicaments, dont les conséquences peuvent être délétères pour le patient.

Le projet GHT Alpes Sud constitue une opportunité de mise en place d'une dispensation nominative automatisée des médicaments.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés est un enjeu important en santé publique. La réglementation et les démarches actuelles de contractualisation et de certification incitent chaque hôpital à définir une politique de maîtrise des risques notamment liés aux erreurs médicamenteuses. La mise en place d'une dispensation à délivrance nominative (DDN) est fortement incitée par les autorités et la réglementation. Elle doit s'accompagner d'une analyse pharmaceutique des prescriptions.

Le recours aux technologies d'automatisation est la piste de sécurisation et d'optimisation maximale puisqu'elles limitent les erreurs humaines de préparations. La DDN automatisée est rendue possible aujourd'hui par l'acquisition d'un automate de conditionnement de doses unitaires et de préparation de piluliers nominatifs. Toutefois, leur implémentation est complexe, et nécessite de revoir le circuit

du médicament en profondeur. L'automatisation d'une dispensation à délivrance nominative nécessite l'acquisition d'un automate mais également de prendre en charge les coûts d'installation et de fonctionnement (maintenance, mobiliers, consommables, ressources humaines).

Plusieurs sociétés proposent des solutions combinées, dont les dimensions sont adaptées en fonction des besoins. Les piluliers sont préparés par un automate, à partir des prescriptions médicamenteuses informatisées, au nom du patient et les médicaments en doses unitaires y sont répartis en fonction des horaires de prise dans la journée. Cet automate doit être localisé au plus près des stocks centralisés des médicaments, afin de limiter les flux logistiques. Les piluliers sont placés dans des armoires adaptées, qui sont ensuite acheminées vers les unités de soins.

D'après les récents rapports de l'Agence Nationale d'Aide à la Performance (ANAP) et selon les publications de retours d'expérience, ces dispositifs de préparations sont actuellement déployés dans plusieurs centres hospitaliers (CH), notamment le CHU de Tours, les CH d'Annecy-Genevois, Chambéry et Carcassonne.

Dans les contextes actuels réglementaires, budgétaires et organisationnels, par le présent document, nous proposons le déploiement d'une dispensation à délivrance nominative pour le GHT Alpes Sud centralisée sur deux établissements : CH de BRIANCON pour la partie nord du GHT (CH EMBRUN, CH AIGUILLES) et CHICAS pour la partie Sud (incluant le CH Buech Durance).

Outre le gain iatrogène escompté par un tel déploiement, la centralisation de la dispensation à délivrance nominative automatisée permet :

- Un gain de temps IDE dans les unités de soins (gestion des commandes, gestion des stocks et préparation des piluliers)
- Un gain financier pour les structures qui adhèrent à la sous-traitance : diminution de l'immobilisation financière des stocks (PUI et unités de soins), diminution des temps de gestion au sein des PUI (approvisionnement et gestion de stock, mandatement des factures).
- Un gain organisationnel : via l'homogénéisation du circuit du médicament entre les établissements, les collaborations médicales et soignantes sont facilitées.

Ces gains justifient l'investissement à consentir pour l'acquisition d'une chaîne automatisée. Il est à noter que la mutualisation d'un tel plateau technique entre plusieurs établissements facilite grandement le financement (investissement, fonctionnement, maintenance).

Certains prérequis sont à appréhender dans une volonté de mutualisation au sein du GHT :

- Travailler avec un livret thérapeutique du médicament unique
- Travailler avec un système d'information commun
- Exhaustivité de l'analyse pharmaceutique des prescriptions à préparer

b. Centralisation de la distribution globalisée des produits de santé non délivrés nominativement

La centralisation de la distribution globalisée des produits de santé non délivrés nominativement constitue le deuxième axe à poursuivre. Les produits concernés sont les dispositifs médicaux stériles, les solutés massifs, les antiseptiques ainsi que les dotations en médicaments pour besoins urgents. Comme pour l'automatisation de la DDN, l'organisation de ces processus centralisés doit être établie au CHICAS et à BRIANCON.

Les pré requis de ce processus sont de travailler dans un environnement informatique commun pour l'approvisionnement des produits, travailler avec un livret thérapeutique commun, la mise en place des dotations en mode « plein – vide » pour les produits concernés sur l'ensemble du territoire.

c. Stérilisation et unité de reconstitution des chimiothérapies

Dans la même logique, nous préconisons de conserver les processus de production de stérilisation et de reconstitution des chimiothérapies sur les sites du CHICAS et du CH de BRIANCON.

Il faut pour ces deux activités conserver une réactivité d'une part pour le bloc opératoire et d'autre part pour le parcours des patients en cancérologie

2. Activités pharmaceutiques transversales

Au sein d'un GHT, un certain nombre d'activités pharmaceutiques pourraient être discutées collectivement et abordées de manière transversale (management des organisations, management de la qualité et du risque, vigilances, CBU, fichcomp, suivi de gestion). Aujourd'hui, ces activités sont réalisées dans chaque PUI. Elles sont redondantes et parfois sont difficilement réalisables faute de moyens humains.

Parfois ces activités ne concernent pas uniquement la pharmacie mais également le corps médical et soignant. Il faudra dans ce cas aborder la question de façon pluri professionnelle au sein du GHT (COMEDIMS, CLIN, CLUD, CLAN).

Pour ces activités, nous sommes convaincus qu'une approche GHT seraient structurante pour les parcours patients, la sécurité des patients et ceci d'une façon efficiente.

Néanmoins, il faut prendre en considération les aspects « locaux » et trouver un bon équilibre entre la centralisation des activités au niveau GHT et le maintien des spécificités des différents sites. L'adhésion et la dynamique de gestion des projets en dépendront.

3. Activités pharmaceutiques de proximité

Nous avons vu que les activités pharmaceutiques peuvent être appréhendées différemment au travers du prisme du Groupement Hospitalier de Territoire. Alors que certaines activités peuvent être centralisées ou gérées de façon transversale, d'autres activités devront conserver un ancrage local.

Nous les nommerons « activités pharmaceutiques de proximité ». Le périmètre de ces activités regroupe des tâches pharmaceutiques pour lesquelles le contact avec les acteurs médicaux, soignants ou avec les patients doit être maintenu. Ces activités sont plus efficaces et ou efficientes quand le contact entre acteurs est direct avec un suivi dans le temps.

Dans ce périmètre, nous incluons entre autres l'analyse pharmaceutique des prescriptions, la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique ainsi que le nécessaire relais des activités abordées de manière transversales au sein du GHT. Dans ce cadre, il pourrait être opportun de cibler également un ou plusieurs programmes visant à améliorer la prise en charge thérapeutique des patients : patients en gériatrie, en psychiatrie ou en cardiologie par exemple.

Orientations stratégiques 2017-2021

Le projet pharmaceutique du GHT Alpes Sud se déclinera pour les 5 années à venir :

1. Création d'une PUI de territoire
 - a. Construction d'un projet d'une PUI de territoire 2017 - 2018
 1. Définition d'un management commun
 2. Définition des activités pharmaceutiques centralisées
 3. Définition des activités pharmaceutiques transversales
 4. Définition des activités pharmaceutiques de proximité
 - b. Déploiement organisation PUI de territoire 2019 - 2021
2. Centralisation des processus d'approvisionnement et distribution des produits de santé au CHICAS et à BRIANCON
 - a. Le projet d'automatisation de la DDN
 1. Acquisition équipement et déploiement 2017 – 2018
 - a. CHICAS : 100 lits
 - b. BRIANCON : 100 lits

2. Montée en charge sur le territoire 2019 – 2021

b. Délivrance globalisée des DMS, Solutés 2017 -2019

Fiche-action n°51 : Construire une PUI de territoire

Page 195

Fiche-action n°52 : Acquérir deux modules d'automatisation de la préparation des doses à administrer

Page 194

Fiche-action n°53 : Organiser des activités pharmaceutiques transversales

Page 196

Fiche-action n°54 : Organiser des activités pharmaceutiques de proximité

Page 197

L'IMAGERIE

L'imagerie



La répartition des services d'Imagerie du Groupement Hospitalier de Territoire, est caractérisée par la concentration de la majorité des Praticiens au CHICAS, assurant le fonctionnement des deux sites.

Un praticien a été récemment recruté au Centre Hospitalier de BRIANCON.

Des coopérations existent avec la mise à disposition de deux praticiens réalisant des vacations au Centre Hospitalier d'EMBRUN et au Centre Hospitalier de BRIANCON. L'équipe du CHICAS intervient de fait sur quatre sites du GHT (Gap, Sisteron, Embrun, Briançon), car le praticien qui partage son activité entre Briançon et Embrun fait partie de l'équipe du CHICAS.

Le CHICAS est également doté d'un poste d'Interne en Spécialité, pouvant déboucher sur un recrutement ultérieur, en remplacement des Praticiens âgés à leur départ à la retraite.

La permanence des soins est réalisée principalement par les Praticiens Hospitaliers du CHICAS.

Les Praticiens Libéraux de GAP participent à quelques astreintes de Week-end.

La nuit et les Week-ends, les Centres Hospitaliers d'EMBRUN et de BRIANCON utilisent la télé imagerie.

La télé imagerie des nuits de semaine et du Week-end, va être instaurée au CHICAS en lien avec ORUPACA.

Un PACS, est en cours de déploiement au CHICAS, et va l'être au Centre Hospitalier de BRIANCON, le Centre Hospitalier d'EMBRUN serait équipé ultérieurement, sous réserve de la disponibilité des financements.

Cette modalité permet de diminuer l'isolement des Praticiens des sites distants.

Un GIE d'IRM regroupant le CHICAS et les radiologues libéraux de GAP et de BRIANCON va être mis en place, fondé sur une autorisation pour une deuxième machine.

L'activité sera partagée à 50% pour l'Hôpital Public et à 50% pour l'activité des radiologues libéraux.

Des vacations seront attribuées aux radiologues hospitaliers intervenant sur les sites du Centre Hospitalier d'EMBRUN et de BRIANCON.

Une politique d'achats et de renouvellement des matériels radiologiques en Imagerie Médicale pourra être instaurée.

Les machines de modalité en coupe sont renouvelées régulièrement, le parc d'Imagerie Conventionnelle du site de GAP doit être considérée comme proche de l'obsolescence sur un site à forte activité.

Une réflexion sur la formation en échographie pour certains manipulateurs en électro radiologie, sera menée sur le site de BRIANCON.

Sous couvert des orientations du futur PRS 2, des évolutions sont souhaitées en termes d'implantation de matériel lourd.

Tout d'abord, un dossier de demande d'autorisation d'implantation d'une IRM au CHEB pourra être déposé. L'implantation d'une IRM à BRIANCON permettrait ainsi au GHT Alpes Sud de bénéficier de 3 IRM sur le territoire.

Ensuite, le positionnement d'un scanner au Centre Hospitalier d'EMBRUN est souhaité, et constituerait une réponse à une demande de soins.

Enfin, le CHICAS a pour projet la transformation de l'autorisation d'une deuxième Gamma camera en Tep-Scan.

Ces projets s'inscriront nécessairement dans le cadre réglementaire en vigueur, en cohérence avec l'actuel projet régional de santé et en lien avec les opportunités du PRS 2.

Fiche-action n°46 : Améliorer l'attractivité médicale en imagerie médicale sur le GHT

Page 187

Fiche-action n°47 : Former des MER en Echographie d'acquisition

Page 188

Fiche-action n°48 : Organiser les activités des radiologues du GHT

Page 190

Fiche-action n°49 : Etendre le PACS de territoire

Page 191

Fiche-action n°50 : Créer une politique d'achats pour le renouvellement des matériels radiologiques

Page 192

8. Fiches action

Fiche action n°1 : Fidéliser et attirer les médecins

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Fidéliser et attirer les médecins
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Fiche-action transversale
RESPONSABLE DE L'ACTION	
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Tous les établissements via les actions concertées de leurs directions et présidences de CME
DESCRIPTION DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre attractives les perspectives d'activité au sein du GHT auprès des médecins, jeunes ou déjà expérimentés, pour l'ensemble des structures du GHT - Développer une action concertée de communication sur ce thème, celle-ci devant se faire au niveau du GHT et non plus établissement par établissement ou équipe par équipe - Utiliser tous les vecteurs de communication possibles pour mener des campagnes d'information sur les réalisations et perspectives stratégiques (PMP <u>et</u> PSP) ainsi que sur l'environnement du GHT. Cette action de communication peut se faire à destination des acteurs internes à chaque structure (bouche à oreille se faisant sur la base d'une connaissance exacte de la stratégie médicale du GHT) qui sont les meilleurs porte-parole auprès de leurs confrères et à destination externe auprès des professionnels de ville, notamment les plus jeunes. - Mettre en avant la politique du GHT qui est de structurer l'ensemble d'une offre publique territoriale mais en la coordonnant, voire en y intégrant des professionnels libéraux - Créer les conditions de la venue de jeunes médecins : négociation par le GHT du nombre d'internes formés en son sein (et non plus par une négociation établissement par établissement qui revient à une mise en concurrence des structures et des équipes entre elles)
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	<p>Début de l'action : dès maintenant et, a fortiori, dès validation du PMP par l'ARS</p> <p>Date de la fin : sans objet</p>
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	<p>Renouveler les compétences médicales qui pourraient s'avérer manquantes au sein des établissements publics du territoire dans un avenir proche ou à moyen terme</p> <p>Fidéliser les professionnels appréciés et déjà présents sur le territoire</p> <p>Créer les conditions d'un partenariat ville – hôpital par constitution d'un réseau de professionnels travaillant dans les deux secteurs d'activité</p>
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	<p>Document servant à la communication sur les avantages du GHT pour des médecins recherchant des lieux d'exercice professionnel</p> <p>Plan de communication afférent à cette action spécifique</p>
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	<p>Un chargé de communication au niveau du GHT</p> <p>Directions des établissements parties du GHT et présidences de CME du GHT</p>

MOYENS NECESSAIRES	<p>Mise en relation entre « l'offreur GHT » et des « demandeurs » via la presse généraliste et spécialisée, les réseaux sociaux et, le cas échéant, les cabinets de recrutement</p> <p>Développer et entretenir la communication sur ce sujet au sein de réseaux de professionnels français et italiens via des rencontres régulières : « portes ouvertes » dédiées aux professionnels, déjeuners/dîners-débats orientés vers l'échange des pratiques, les nouvelles organisations, les acquisitions/investissements marquants...</p> <p>Travailler avec une vision transfrontalière vu les difficultés du versant italien en matière de santé</p>
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	<p>Nombre de communications réalisées au niveau du GHT (communiqués, annonces, actions de communication auprès des médecins en formation à Marseille, GRENOBLE, Lyon...)</p> <p>Reporting sur les retours enregistrés par type de vecteur employé, par zone géographique de résidence des médecins repérés comme intéressés, etc.</p> <p>Nombre de contrats d'embauche de professionnels et nombre d'installations par type de compétences, par zone géographique, par mode d'exercice (ville ou hôpital)</p>
RESULTATS OBTENUS	Renouvellement des compétences ayant fait l'objet de départs (mutation, retraites...) au sein des établissements, voire en secteur libéral généraliste ou spécialisé
PLANNING PRÉVISIONNEL	Action permanente
COMMENTAIRES	<p>Aucune règle ne s'applique à cette action particulière. Seule l'inventivité, l'engagement et la force de conviction de l'ensemble des membres du GHT sont à même de générer des résultats positifs. L'action à engager doit se faire au plus haut niveau de la gouvernance mise en place au sein du GHT par les gestionnaires et les médecins.</p> <p>A titre d'illustration, les éléments utilisés relèvent de diverses mesures parmi lesquelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une communication fondée sur la démarche GHT et non individuelle (établissement ou équipe) - la mise en avant de la stratégie du GHT et de l'intérêt à travailler sur un territoire et non sur une zone dans laquelle l'activité peut apparaître restreinte (volume) ou isolée (appartenance réelle à une équipe territoriale). Dans cette perspective, la création de pôles d'activité inter-établissements démontre concrètement cette volonté. - la création de maisons de santé au sein même des établissements (et non pas dans une zone séparée, ce qui peut être la tentation des élus mais s'avère, d'expérience, contre-productif) est un facteur d'attractivité - la mise en relation régulière et programmée des professionnels de tout mode d'exercice s'organise grâce aux démarches des établissements du GHT sur les bases de formations, partages de pratiques, informations sur les organisations ou équipements, etc. - une convention cadre avec le ou les CHU partenaires (Marseille, GRENOBLE, notamment) ou les centres de lutte contre le cancer (IPC mais aussi L. Bérard ou autres) peut mentionner : <ul style="list-style-type: none"> • des actions de formation pilotées par des professionnels de ces établissements de référence • des inclusions réelles et organisées dans des programmes de

	<p>recherche multicentriques</p> <ul style="list-style-type: none"> • la possibilité de disposer au sein de ces établissements partenaires de plages pour la participation à des techniques de pointe en lien avec leurs équipes ou, plus simplement, accéder à des équipements non disponibles sur le GHT • l'emploi de moyens de télémédecine <p>- la facilitation des conditions matérielles de vie ou d'exercice sont globalement appréciées et revêtent divers aspects, pour certaines en concertation avec les élus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • domicile • emploi du conjoint • mise à disposition d'un secrétariat, de la logistique informatique, etc. • véhicule pour les exercices en multi-sites <p>- la négociation des rémunérations, si elle doit être un élément d'attractivité, doit être décidée et pilotée au niveau du GHT pour éviter absolument la concurrence délétère entre les établissements du GHT. Plus largement, cette approche doit intégrer, à plus ou moins proche échéance, une harmonisation des politiques sociales des structures constituant le GHT afin de concevoir, pour les divers métiers médicaux et soignants, en premier lieu, des modalités propres au fonctionnement du GHT.</p>
--	--

Fiche action n°2 : Structurer la démarche qualité du GHT

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Structurer et organiser le pilotage de la qualité du GHT
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Groupe transversal
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr M. DEFFAUX- V.GAILLARD
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	responsables qualité
DESCRIPTION DE L'ACTION	Structurer et organiser le pilotage de la démarche afin de définir et mettre en œuvre une politique qualité commune, reposant sur une culture partagée et des orientations claires accompagnant les projets médicaux, de soins et transversaux : <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un COPIL territorial ; - Identification de référents (vigilances, thématiques) - Nomination d'un coordonnateur des risques au niveau territorial ? - Définition des rôles et missions (COPIL, référents, etc....) - Identification des compétences et expertises de chacune des structures qualité (création de pôles de référence ?) - Gestion documentaire partagée
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	2017
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	Programme qualité partagé mais respectant les spécificités locales certification commune
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Composition et règlement intérieur du COPIL Fiches de mission Feuille de route pour l'élaboration du projet qualité et gestion des risques du territoire
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	CM du GHT Direction GHT (CoSTRAT) CSIRMT du GHT
MOYENS NECESSAIRES	
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Validation du règlement intérieur de COPIL
RESULTATS OBTENUS	
PLANNING PRÉVISIONNEL	Octobre 2017: mise en place de la gouvernance du projet Décembre 2017 : définition de la méthodologie de travail pour la rédaction du projet qualité et gestion des risques (1 ^{er} trimestre 2018)
COMMENTAIRES	

Fiche action n°3 : Développer la télémédecine et son usage sur le territoire

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Développer la télémédecine et son usage sur le territoire
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Groupe transversal
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr F.JEANBLANC - Dr P.LUTZLER
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Dr Blanchet – Dr Deffaux - Dr Durieux - Dr Jeanblanc – Dr Lazzero – Dr Lutzler - Mme Norbert – Dr Quilicci – Dr Visintini
DESCRIPTION DE L'ACTION	Déploiement des usages de télémédecine sur le territoire des ALPES du SUD Télé expertises : <ul style="list-style-type: none"> - Visiophonie et télétransmissions : Médecins GHT – SAU inclus avec toutes spécialités (Anes, Cardio, Chir [s], Gériatres EMG, Obstétrique, OPH, ORL, plaies, Psychiatrie, ...) - Transfert d'images : ECG vers cardiologues, radios vers Chir, photos vers dermato, ... Téléconsultations : <ul style="list-style-type: none"> - Télé radiologie - Télé échographie – dont cœur - Electro rétinographie – Imagerie état endobuccal Télésurveillance : <ul style="list-style-type: none"> - Suivi constantes au domicile : I. Cœur / Rein / Poumon / Foie – Liens ETP / PRADO e-learning
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	2017 / 2019
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	Plus grande réactivité / urgences Meilleure orientation patients – diminution transferts, du temps d'hospitalisation, des ré hospitalisations Amélioration suivis ambulatoire Réduction des transports / coûts
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Médecins GHT Médecins ou équipes EHPAD Médecins territoires isolés – MSP APHM – CHU GRENOBLE Dentistes URPS IDE Secours non médicaux : refuges, pisteurs, ... Direction GHT Services informatiques DD ARS 05 - ARS ORU PACA
MOYENS NECESSAIRES	Logiciels adaptés Liaisons sécurisées (MS Santé – ORUPACA – VPN) – accès distants Interopérabilité SIH et congruence Apicrypt

	Matériels : de visiophonie – écho distantes – tablettes – outils mobilité Financement des actes de télé-médecine Budget maintenance
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Nombre d'actes effectués par typologies Analyse de la pertinence des actes Nombre de transferts ou hospitalisations évités Coût d'investissement et frais de fonctionnement
RESULTATS OBTENUS	« Efficience » - modèle économique
PLANNING PRÉVISIONNEL	2017/2018 : formalisation des usages déjà existants (Transferts d'images, ECG, dermato, plaies, ... CH/EHPAD ...) 2018/2019 : développement nouveaux usages (Télé écho - Télé surveillance ...) 2017/2019 : déploiement GHT – médico-social - ambulatoire
COMMENTAIRES	Aspect structurant sur l'organisation territoriale

Fiche-action n°4 : Développer une plateforme d'éducation thérapeutique sur le territoire

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Développer une plateforme d'éducation thérapeutique sur le territoire
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Fiche-action transversale
RESPONSABLE DE L'ACTION	Professionnels issus des CMG et de la CSIRMT de territoire
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	ARS
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Au moment de la préparation du PMP, la question de l'éducation thérapeutique a été au cœur des discussions sur l'amélioration de l'offre de soins au sein des différents groupes de travail.</p> <p>Définie par l'OMS : « Aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » en 1996, l'éducation thérapeutique du patient est reconnue dans loi HPST depuis 2009 comme une obligation pour la prise en charge des patients.</p> <p>Aujourd'hui, l'ETP est encore à développer au sein du GHT des ALPES du SUD : elle fait partie des priorités de la Stratégie nationale de santé, lancée par le Gouvernement en septembre 2013, en tant qu'« outil majeur de réussite de la prise en charge globale avec une participation entière et éclairée des patients acteurs de leur santé ».</p> <p>Le développement de l'ETP doit permettre aux cinq établissements du GHT de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agir sur la qualité des relations avec les patients • Augmenter les processus de collaboration et de coordination entre les professionnels de toutes les filières • Faire évoluer les prises en charge de maladies chroniques, notamment cardio-métaboliques, dont le traitement inclut, outre une modification du comportement (alimentation, activité physique, etc.), le maniement d'outils plus ou moins complexes de la part du patient (insulinothérapie, traitements anticoagulants, tests biologiques à domicile...) • Augmenter le nombre de programmes d'ETP : lutter contre la perte d'autonomie, éviter la poly-médication et l'iatrogénie, prévenir les chutes, etc.
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	<p>L'action reste à préciser et à planifier.</p> <p>La 1^{ère} étape pourrait être la création d'un COPIL inter-filière et représentatif tant de la CMG que de la CSIRMT de territoire.</p>
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	<p>En fonction des objectifs de la plateforme qui seront définis par le COPIL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une plateforme téléphonique assurée par un compétence IDE • Une plateforme de formation • Une plateforme d'information implantée dans chaque établissement par un temps d'accueil • Une plateforme numérique par déploiement du site Internet du GHT
LIVRABLES ATTENDUS	A préciser

EVENTUELS	
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Tous les professionnels de santé Projet du système d'information et plan de communication
MOYENS NECESSAIRES	A définir
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Tableaux de bords de suivi à élaborer pour chacune des actions qui seront choisis par le COPIL : plateforme téléphonique, plateforme de formation, plateforme d'information, plateforme numérique
RESULTATS OBTENUS	Satisfaction des patients, des professionnels, des libéraux
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Prendre en compte les recommandations de l'académie de médecine Prioriser l'ETP de cardiologie

Fiche-action n°5 : Participer à la formation des professionnels médicaux

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Participer à la formation des professionnels médicaux
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Fiche action transversale
RESPONSABLE DE L'ACTION	Présidents de CME et de la CMG
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	DAM et DRH des établissements
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Cette fiche-action est liée à celle sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels médicaux.</p> <p>Pour le GHT des ALPES du SUD , il s'agit d'un enjeu majeur pouvant à lui-seul garantir la pérennité de certaines spécialités.</p> <p>Les établissements du GHT doivent pouvoir organiser la formation initiale et continue des médecins. Car bien que relevant des compétences des CHU, la formation des médecins est un engagement collectif et les établissements du GHT des ALPES du SUD doivent y contribuer par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accueil des étudiants hospitaliers et des internes, et des sages-femmes • La mise en œuvre de facilités pour développer l'enseignement à distance et limiter ainsi les déplacements des internes (exemple : visioconférence pour participer aux staffs, e-learning, ...) • Le conventionnement pour l'utilisation de la simulation dans les parcours de formation, par la mutualisation de moyens ou la complémentarité des programmes et des actions • La mise en place, le cas échéant, d'actions communes pour le développement professionnel continu des professionnels de santé • L'offre de stage qui doit répondre à la fois aux exigences pédagogiques et à la nécessité pour les établissements membres des GHT de disposer d'un maillage suffisant et permanent du territoire en futurs professionnels. <p>En outre, les médecins du GHT doivent pouvoir organiser le développement de leur propres dispositifs tutoriels pour que les compétences soient transmises entre les établissements du territoire.</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	Action prioritaire à commencer dès 2017
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Consolidation des compétence et action sur l'attractivité médicale
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Un projet de formation complémentaire du PMP
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Etablissements, du GHT, CHU en références, UFR
MOYENS NECESSAIRES	Non défini
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A définir
RESULTATS OBTENUS	Postes médicaux pourvus et sécurisation des postes à moyens termes
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Rôle du CESU à ajouter

Fiche-action n°6 : Standardiser les protocoles thérapeutiques

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Standardiser les protocoles thérapeutiques
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Fiche-action transversale
RESPONSABLE DE L'ACTION	Directions de la qualité et de la gestion des risques des établissements du GHT
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Tous les professionnels de santé
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Cette action relève d'une démarche non stratégique du PMP mais reconnue comme essentielle à la préparation de mutualisation future de compétences et de pratiques.</p> <p>Chaque établissement du GHT pourra identifier les protocoles thérapeutiques pouvant être partagés et les soumettre au groupement.</p> <p>L'objectif est que les protocoles requis par les pratiques cliniques qui seront partagées, soit standardisés.</p> <p>La finalité serait que les 5 établissements mettent en commun leur gestion documentaire par une GED partagée</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	Action à mettre en cohérence avec le projet partagé du système d'information
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	Permettre aux professionnels de santé, éventuellement mobiles d'un établissement à l'autre ou assurant la continuité des soins d'un patient pris en charge en amont dans un autre établissement de réaliser des actes sécurisés par la standardisation de leur déroulé et des techniques mobilisées
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	<p>Une liste des protocoles à standardiser</p> <p>Une GED partagée</p>
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	<p>Tous les professionnels de santé</p> <p>Direction de la qualité</p>
MOYENS NECESSAIRES	Temps de travail
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Livrables validés
RESULTATS OBTENUS	Impact sur les pratiques professionnelles
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n°7 : Réactiver la fédération inter-hospitalière des urgences

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Réactiver la fédération médicale inter-hospitalière des urgences
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	URGENCES – SOINS CRITIQUES
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Dr VISINTINI Dr LANASPRE Dr LEFBVRE Dr BULTEZ
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION</i> <i>(Internes et externes)</i>	Internes : Services des urgences du GHT sur les différents sites (Sisteron, GAP, EMBRUN et BRIANCON) Toutes activités de prises en charge des urgences : Centre 15 et SMUR Direction des affaires médicales des établissements membres du GHT Direction des affaires générales des établissements membres du GHT
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	Créée dès 2008 et disposant d'une convention constitutive à partir de 2014, la FMI des urgences a été élaborée initialement pour répondre aux contraintes réglementaires définies à l'article L.... du Code de la santé publique. La FMI des urgences n'a malheureusement jamais eu de traduction concrète et son fonctionnement n'a jamais été effectif. Au regard des enjeux posés par l'activité de prise en charge des urgences sur le territoire, la réactivation de la FMI apparait comme une nécessité dans le cadre du GHT. La FMI des urgences se positionne ainsi comme le lieu de coordination, de discussion et de régulations des problématiques rencontrées sur le territoire par les SAU des différents sites avec notamment : <ul style="list-style-type: none"> - la politique de recrutement et la perspective de postes partagés sur le territoire (cf. : FA : création d'une équipe territoriale commune) ainsi qu'un encadrement coordonné des internes DESC d'urgences sur les sites SAU du GHT des ALPES du SUD - les réflexions sur les organisations des SAU et le partage de protocoles de prise en charge - la mise en œuvre d'une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques commune avec : la rédaction de procédures et de protocoles communs, l'organisation de RMM, CREX et revue de pertinence communs - la formation en privilégiant des objectifs communs (sur VNI/échographie), participation aux soirées des urgences haut alpines avec une élaboration commune du programme, en facilitant le recours au CESU 05 en proposant la validation obligatoire de séances identifiées comme prioritaires (arrêt cardiaque, PEC des traumatisés sévères) à périodicité définie - la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) et le partage des avis, expertises et conseils des référents SSE au niveau du SAMU 05 (actualisation plan blanc, participation à des exercices...) - La filialisation de certaines pathologies (traumatisés sévères/AVC/coronaropathies) et les liens avec le CHU de référence

	<ul style="list-style-type: none"> - L'extension progressive de la filière AVC sur d'autres services d'urgences <p>Elle propose ainsi une vision commune et partagée entre les acteurs médicaux et paramédicaux et apportent des solutions tenant compte des spécificités des sites.</p> <p>La gouvernance de la FMI des urgences et les missions qu'elle poursuit sont précisées par les acteurs médicaux membres de la FMI.</p>
CALENDRIER DE L'ACTION <i>(Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	2017 – 2021 Cette action perdure tout au long du déploiement du PMP du GHT des ALPES du SUD
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure coordination entre les SAU avec une meilleure prise en charge des patients - Partage d'une vision commune entre les SAU - Réponses concertées aux problématiques rencontrées par les SAU (temps médical, formation, protocoles...) - Régulation des conflits et proposition de solutions aux difficultés remontées au niveau de la FMI - Harmonisation des protocoles de prise en charge et démarche d'amélioration de la qualité commune (staffs communs,...)
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Avenant à la convention constitutive définissant les nouvelles modalités de gouvernance et les missions attribuées à la FMI
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	<p>Chefs de services des SAU sur l'ensemble des sites du territoire</p> <p>Chefs de pôle</p> <p>Equipes paramédicales associées</p> <p>Equipe centre 15</p> <p>Equipes SMUR</p> <p>Equipes de secours extérieurs (SDIS...)</p>
MOYENS NECESSAIRES	Aucun identifié
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions du Conseil de la fédération - Nombre de réunions du Comité de coordination - Nombre de projets déterminés et validés au niveau de la FMI des urgences - Nombre d'évènements indésirables concernant les SAU et la coordination entre SAU réglées au niveau de la FMI et nombre d'actions décrites - Nombre de protocoles de prise en charge harmonisés ou communs - Nombre de staffs communs réalisés <p>Une fois mise en place, l'action est évaluée à 6 mois puis un an et à l'issue du déploiement du PMP en 2021.</p> <p>L'évaluation est réalisée dans le cadre d'une démarche de concertation associant les acteurs concernés.</p>
RESULTATS OBTENUS	Evaluation réalisée à 6 mois et un an, puis en 2021
PLANNING PRÉVISIONNEL	<p>Juin 2017 : réunion du Conseil de la fédération et définition des nouvelles modalités de gouvernance et missions attribuées à la FMI</p> <p>Septembre – Décembre 2017 : Avenant à la convention et passage devant les instances, validation de la nouvelle gouvernance et des missions attribuées</p>

	(politique de recrutement, organisation des SAU et coordination des secours sur le territoire) Décembre 2017 : Mise en route du nouveau fonctionnement 2018-2021 : Fonctionnement en routine et évaluation régulière
<i>COMMENTAIRES</i>	Aucun

Fiche-action n°8: Mettre en place une équipe médicale territoriale pour les urgences

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Mettre en place une équipe médicale territoriale pour les urgences
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	URGENCES – SOINS CRITIQUES
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Dr VINSITINI – Dr LEFBVRE – Dr LANASPRE Dans le cadre de la FMI des urgences réactivée
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	FMI des urgences Direction des affaires médicales des établissements membres du GHT CHU – APHM et CHU GRENOBLE ARS PACA
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	La création d'une équipe médicale commune d'urgentistes est mise en œuvre de manière progressive et sur la base du volontariat des médecins. Elle entend répondre à quatre enjeux majeurs rencontrés par les équipes médicales urgentistes et notamment : les problématiques de démographie médicale, la nécessité de fonctionnement en continu des SAU des 4 sites du GHT des ALPES DU SUD , le renforcement de l'attractivité des postes proposés aux nouveaux jeunes médecins urgentistes en favorisant l'exercice selon des modalités diversifiées, l'intérêt d'une meilleure connaissance des contraintes propres à chaque site et chaque activité. Les postes partagés créés dans le cadre de cette action sont une réponse concrètes aux problèmes posés actuellement au fonctionnement des SAU.
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	2017 -2018 pour la création de cette équipe 2018 -2021 : pour le suivi de l'action
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement des SAU sur chaque site indépendamment des difficultés de démographie médicale rencontrées - Meilleure attractivité des postes d'urgentistes et politique de recrutement facilité - Diversification des modes d'exercice : SAU de proximité, SAU de recours, SMUR, HéliSMUR, Centre 15 et régulation, UHCD - Meilleure connaissance des contraintes de chacun - Partage des protocoles de prise en charge - Moindre recours à l'intérim médical - Meilleure qualité de prise en charge des patients
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Aucun
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Equipes médicales de chaque SAU Equipes de secours extérieurs (SDIS...) La communication est réalisée par le biais des directions des affaires médicales des établissements lors de la publication de postes, par le biais de site internet ou par le biais d'un recours à un cabinet de recrutement extérieur.
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	Aucun
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de plages de garde réalisées par des médecins rattachés à un site sur un autre site et sur une modalité différente des habitudes d'exercice

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de postes partagés publiés - Nombre de recours à de l'intérim médical et évolution - Nombre de protocoles de prise en charge harmonisés/communs <p>Une fois mise en place, l'action est évaluée à 6 mois puis un an et à l'issue du déploiement du PMP en 2021.</p> <p>L'évaluation est réalisée dans le cadre d'une démarche de concertation associant les acteurs concernés</p>
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	Selon évaluation
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	2017 : concertation
<i>COMMENTAIRES</i>	<p>Il est à noter que lors de la réforme du temps de travail des urgentistes, les discussions qui ont eu lieu ont été concertées sur l'ensemble des sites évitant les effets délétères de concurrence entre sites de SAU pour le recrutement de médecin urgentiste.</p> <p>Par ailleurs, le secours en montagne n'est pas intégré aux modalités d'exercice proposés dans le cadre de l'équipe médicale de territoire, cette modalité nécessite en effet une formation spécifique.</p>

Fiche-action n°9 : Intégrer la notion de « saisonnalité » dans les organisations des SAU

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Intégrer la notion de « saisonnalité » dans les organisations des SAU
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	URGENCES – SOINS CRITIQUES
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Dr VINSITINI – Dr LEFBVRE – Dr LANASPRES Dans le cadre de la FMI des urgences réactivée
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	FMI des urgences Direction des affaires médicales des établissements membres du GHT Direction des affaires financières DIM
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<p>Le territoire des Hautes Alpes et le nord du département des Alpes de Haute Provence est marqué par une activité touristique et une affluence importante de population à des périodes identifiables et identifiées entraînant des pics d'activités et a contrario, des temps d'activité plus calmes. La notion de « saisonnalité » est utilisée pour décrire cette situation qui peut être anticipée par les établissements et les différents services des urgences. Cette anticipation s'opère notamment par une adaptation des organisations des SAU pour répondre aux variations d'activité. Ce faisant, les moyens humains et matériels tendent à être adaptés au plus juste des besoins en soins de secours sur le territoire.</p> <p>La modularité des organisations est organisée en amont et fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs médicaux des services des urgences concernés. Elle peut prendre des formes diverses : adaptation des équipements SMUR, nombre de praticiens présents en journée et nuit, recours à des dispositifs de télémédecine, rajout SMUR saisonnier CHE, etc... Les modifications d'organisation sont communiquées auprès des autres acteurs de santé du territoire et en particulier les acteurs hospitaliers.</p>
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	L'action est portée dans le cadre de la coordination impulsée par la FMI. Elle est suivie tout au long des cinq années du PMP Début de l'action : 2 nd semestre 2017 Fin de l'action : 2021
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure adaptation de la réponse en soins urgents aux besoins de la population - Meilleure organisation des équipes médicales - Meilleure utilisation de ressources humaines et matérielles sur le territoire, en adéquation avec les besoins réellement identifiés - Meilleure régulation des prises en charge
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Aucun
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Equipes médicales et paramédicales des SAU du CHICAS GAP et Sisteron, EMBRUN et BRIANCON . Centre de régulation 15 SMUR Communautés médicales des établissements hospitaliers Autres structures de secours sur le territoire (SDIS...) MMGG

	<p>Maison de santé pluriprofessionnelle du territoire Professionnels libéraux</p> <p>Une communication est à organiser avec les professionnels libéraux et autres structures de santé de ville pour faire part, de manière transparente, des capacités d'accueil des services d'urgence sur chaque territoire en fonction de la saisonnalité identifiée.</p>
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	<p>Etude médico économique des activités des urgences (en lien avec le DIM) Etude médico économique des besoins en soins urgents sur le territoire (en lien avec le DIM)</p>
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de passages aux urgences en fonction des jours et périodes horaires - Nombre de sorties SMUR et lieu de sortie SMUR - Nombre de période de haute activité et de basse activité identifiées - Nombre d'organisations différentes mises en place en fonction des activités et évaluation des organisations mises en place <p>Une fois mise en place, l'action est évaluée à 6 mois puis un an et à l'issue du déploiement du PMP en 2021. L'évaluation est réalisée dans le cadre d'une démarche de concertation associant les acteurs concernés.</p>
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A voir selon évaluation
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	<p>2nd semestre 2017 : définition des périodes de haute saisonnalité et d'activité normale et identification des besoins 2018 : définition des organisations médicales possibles pour répondre aux besoins identifiés</p>
<i>COMMENTAIRES</i>	<p>La notion de saisonnalité est aujourd'hui abordée de manière disparate sur les différents sites hospitaliers disposant d'un SAU.</p> <p>A ce titre, le premier travail consistera en une définition partagée de ce que la notion de saisonnalité recouvre. Il conviendra ensuite de s'accorder sur les nécessités de moduler les moyens mis à disposition pour renforcer les périodes dites d'activité haute et celles plus calmes.</p> <p>L'intégration de cette notion de saisonnalité doit permettre de proposer la réponse la plus adéquate aux besoins de la population en fonction de la saison.</p>

Fiche-action n°10 : Développer l'activité programmée par le biais de consultations avancées, d'échanges et d'harmonisation de connaissances et de compétences

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Développer l'activité programmée par le biais de consultations avancées d'échanges et d'harmonisation de connaissances et de compétences
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Chirurgie
RESPONSABLE DE L'ACTION	
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p><u>En ce qui concerne l'activité d'orthopédie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un calendrier de rencontres régulières entre les équipes du CHB et du CHICAS • Identifier les activités qui peuvent être réalisés sur l'un ou l'autre établissement • Identifier les activités qui pourraient spécifiques à chaque établissement : exemple le rachis pour le CHICAS • Elaborer un outil de communication ou une procédure identifiant les activités de chaque établissement • Créer des staffs partagés, réunions scientifiques, projets de recherches communs • Ventiler les terrains de stage des internes : « des internes territoriaux » <p><u>En ce qui concerne la fluidité des rendez-vous de consultations dans la filière-chirurgie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer les consultations d'anesthésies délocalisées • Mener une réflexion sur les horaires de consultations et les modalités de prises de rendez-vous pour en écourter les délais • Développer les consultations de chirurgie avancée selon les compétences d'un établissement à l'autre <p><u>En ce qui concerne la mise en place des consultations avancées en chirurgie</u> Les établissements du GHT de ALPES du SUD ont besoin de retrouver des parts de marché sur la chirurgie programmée dont particulièrement pour l'orthopédie qui dépend d'une saisonnalité forte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir les consultations avancées devant être mises en place • Identifier la répartition des consultations avancées sur le territoire et par spécialité • Evaluer les moyens nécessaires par mobilisation des ressources médicales <p><u>En ce qui concerne la mutualisation des compétences chirurgicales</u> Cette action doit permettre aux chirurgiens d'établir entre eux une cartographie de leurs compétences par établissement et les modalités opérationnelles de mutualisations éventuelles pour assurer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. La mutualisation des compétences dépend de la répartition des activités qui sera définie (notamment en lien avec la fiche-action pour la chirurgie orthopédique).</p>

<p>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</p>	<p>A définir</p>
<p>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</p>	<p><u>En ce qui concerne l'activité d'orthopédie</u> Augmentation de l'activité ou absence de fuite de patients vers le privé Meilleure répartition des activités et notamment de l'orthopédie froide <u>En ce qui concerne la fluidité des rendez-vous de consultations dans la filière-chirurgie</u> Satisfaire la demande en soins dans des délais courts et éviter la fuite de patients vers le privé <u>En ce qui concerne la mise en place des consultations avancées en chirurgie</u> Action contributive d'une démarche stratégique globale pour la consolidation et le renforcement de l'activité chirurgicale sur le GHT <u>En ce qui concerne la mutualisation des compétences chirurgicales</u> Optimisation des ressources chirurgicales</p>
<p>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</p>	<p><u>En ce qui concerne l'activité d'orthopédie</u> Une cartographie des activités d'orthopédie réparties entre les établissements <u>En ce qui concerne la fluidité des rendez-vous de consultations dans la filière-chirurgie</u> Procédure de gestion des consultations avancées et consultations d'anesthésies <u>En ce qui concerne la mise en place des consultations avancées en chirurgie</u> Procédure de gestion des consultations avancées <u>En ce qui concerne la mutualisation des compétences chirurgicales</u> Cartographie des activités et compétences partagées entre les établissements</p>
<p>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</p>	<p>Chirurgiens orthopédiques</p>
<p>MOYENS NECESSAIRES</p>	<p><u>En ce qui concerne l'activité d'orthopédie</u> Temps de travail à l'élaboration de la cartographie <u>En ce qui concerne la fluidité des rendez-vous de consultations dans la filière-chirurgie</u> A définir <u>En ce qui concerne la mise en place des consultations avancées en chirurgie</u> Temps de travail pour la préparation du projet <u>En ce qui concerne la mutualisation des compétences chirurgicales</u> Temps de travail pour l'élaboration de la cartographie</p>
<p>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</p>	<p><u>En ce qui concerne l'activité d'orthopédie</u> Taux de fuite Nombre de staffs partagés <u>En ce qui concerne la fluidité des rendez-vous de consultations dans la filière-chirurgie</u> Délai entre la demande et la consultation Nombre de consultations assurées par des MAR (pour les consultations pré et post opératoires) <u>En ce qui concerne la mise en place des consultations avancées en chirurgie</u> Délai entre la demande et la consultation Nombre de consultations avancées</p>

	<u>En ce qui concerne la mutualisation des compétences chirurgicales</u> Cartographie validée
	<u>En ce qui concerne l'activité d'orthopédie</u> Augmentation de l'activité froide
	<u>En ce qui concerne la fluidité des rendez-vous de consultations dans la filière-chirurgie</u> Augmentation de l'activité chirurgicale programmée
RESULTATS OBTENUS	<u>En ce qui concerne la mise en place des consultations avancées en chirurgie</u> Augmentation de l'activité chirurgicale Satisfaction des patients
	<u>En ce qui concerne la mutualisation des compétences chirurgicales</u> Une dynamique commune entre les établissements en ce qui concerne la chirurgie au sein du GHT des ALPES du SUD
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir - priorité
COMMENTAIRES	Pas de commentaires

Fiche-action n°11 : Développer l'activité programmée par le biais de techniques innovantes

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Développer l'activité programmée par le biais de techniques innovantes
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Chirurgie
RESPONSABLE DE L'ACTION	
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p><u>Poursuivre l'équipement robotisé de la chirurgie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Faire un état des lieux des besoins Evaluer les investissements requis et estimer leur rentabilité <p><u>RAAC</u> A écrire</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	A définir
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	<p><u>Poursuivre l'équipement robotisé de la chirurgie</u> Cette action vise une double finalité : sécuriser les pratiques chirurgicales et agir sur la fidélisation des compétences chirurgicales</p> <p><u>RAAC</u> A écrire</p>
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	<p><u>Poursuivre l'équipement robotisé de la chirurgie</u> Un plan d'investissement prospectif versus rentabilité</p> <p><u>RAAC</u> A écrire</p>
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	DIM ARS
MOYENS NECESSAIRES	<p><u>Poursuivre l'équipement robotisé de la chirurgie</u> Temps de travail pour la préparation du plan d'investissement</p> <p><u>RAAC</u> A écrire</p>
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A définir
RESULTATS OBTENUS	A définir
PLANNING PRÉVISIONNEL	2018
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n°12 : Demander une autorisation pour la cancérologie ORL

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Demander une autorisation pour la cancérologie ORL sur le GHT site de BRIANCON
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Chirurgie
RESPONSABLE DE L'ACTION	F Perottino DU cancérologie ORL
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	M Alami, chirurgien ORL V Rossi, assistant spécialiste ORL A Griffa, Chirurgien maxillo-facial 1 PH ORL CHICAS 1 Assistant spécialiste ORL CHICAS
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Le souhait est de récupérer l'autorisation de cancérologie en ORL (larynx, oropharynx, parotide, cou, maxillaire...) tout en sachant que celle-ci a été pratiquée sur le CHEB jusqu'en juillet 2011 et que le chef de service a une activité en cancérologie ORL au CJHU de Turin</p> <p>Le matériel, en particulier le NIM, permet une chirurgie en sécurité en préservant les organes nobles (nerfs).</p> <p>La proximité du CMRA site de BRIANCON permet d'assurer les suites opératoires en terme de rééducation phonatoire et de la déglutition.</p> <p>Les analyses histologiques peuvent être gérées par le laboratoire d'anatomopathologie privé de GAP ou par le CHU de GRENOBLE.</p> <p>Les suites immédiates peuvent bénéficier d'une surveillance en soins continus sur le site de BRIANCON ou en réanimation sur le site de GAP pour les interventions programmées à GAP</p> <p>Le CHICAS devient le site de chirurgie robotique, le CHEB le site de référence sur la chirurgie endoscopique laser (nouveau microscope et nouveau laser CO)</p> <p>La radiothérapie des protocoles de préservation d'organe ou en post-opératoire se fait sur le site de GAP.</p> <p>Les chimiothérapies sur le CHICAS ou le CHEB, en favorisant le rapprochement du patient de son lieu de vie</p> <p>L'immunothérapie, le traitement des troubles nutritionnels et le traitement de la douleur peuvent se faire en HDJ ou en hospitalisation en SSR à Rhône-Azur.</p> <p>La chirurgie reconstructrice est assurée par le chirurgien maxillo-facial.</p> <p>Les RCP sont assurées par 2 réseaux déjà organisés (Arc Alpin GRENOBLE/Lyon) et un à organiser (Marseille)</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	Transfert de l'autorisation dans le cadre du SROS 2018 Début de l'activité dès que l'autorisation est actée.
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Traitement de proximité pour les cancers ORL. Réduction des coûts de transport et de réhabilitation Meilleure attractivité des postes d'ORL sur BRIANCON et GAP dans la perspective des départs à la retraite. Meilleure attractivité pour les internes Meilleure utilisation des plateaux techniques du GHT Attente de la population d'une prise en charge de qualité à proximité de son

	lieu d'habitation.
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	A définir
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	CHEB CHICAS CMRA Journée nationale du cancer ORL Journée nationale contre le tabagisme Journée nationale des soins à domicile Associations des laryngectomisés de France Congres franco-italien ORL/CMF sur le site BRIANCON nais du CMRA
MOYENS NECESSAIRES	Aucun moyen humain mais nécessaire augmentation de l'attractivité des postes Pas d'investissement en matériel : tout est déjà disponible sur le CHEB ou le CHICAS, ou programmé dans le budget 2017
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Nombre de patients pris en charge Type de pathologies Suivi des patients Survie/qualité de vie Rentabilité par rapport au cout actuel (la quasi-totalité des cancers sont pris en charge hors département, voire hors région (cf. DIM et ARS))
RESULTATS OBTENUS	
PLANNING PRÉVISIONNEL	Demande de transfert d'autorisation Premiers patients début 2018 Conventions avec les CHU de Marseille et GRENOBLE pour assurer une collaboration en terme de RCP, consultations spécialisées par un médecin sapiteur sur site
COMMENTAIRES	Soutien indispensable de l'administration et de l'ARS

Fiche-action n°13 : Pérenniser la cardiologie sur le territoire

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Pérenniser la cardiologie
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Médecine
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr QUILICI
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Cardiologues GAP et BRIANCON Service de médecine/post-urgence d'EMBRUN Services d'urgence d'EMBRUN/Sisteron
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>L'action envisagée se situe sur plusieurs niveaux qui sont énumérés ci dessous; certains axes, comme le dossier médical partagé, sont transversaux et seront à développer pour l'ensemble des spécialités; les autres points sont plus spécifiques à la filière cardiologie :</p> <p>1/ Développement d'un outil informatique commun et partagé concernant le dossier patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Base indispensable à une collaboration efficace <p>ce sujet est traité dans le cadre d'un groupe de travail en parallèle de l'élaboration du PMP.</p> <p>2/ Consultations avancées à terme, mais impossible pour l'instant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sites concernés : EMBRUN et SISTERON • Trop peu de praticiens spécialistes pour envisager cela actuellement (1 sur BRIANCON , 2 sur GAP) • 3/ Formation de référents spécialité sur chaque site • Sites EMBRUN et Sisteron • Formation à l'échographie cardiaque d'urgence • Interlocuteur privilégie, maîtrisant les protocoles <p>4/ Protocoles thérapeutiques à partager sur tous les sites, intégrant des organigrammes de prise en charge pour certaines pathologies (SCA par exemple) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rédaction par les praticiens concernés et validation par le CHU • Améliorer la collaboration • Homogénéiser les pratiques • Mise à jour régulière et collégiale • Organigramme de prise en charge de certaines pathologies, depuis la gestion en urgence jusqu'au CHU, intégrant le choix du vecteur (SAMU ou TIH) <p>5/ Développer les TIH .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter les transferts des urgences cardiologiques vers les centres compétents • Eviter de solliciter le SMUR pour un certain nombre de transferts, dans une logique d'économie d'argent et de temps pour les urgentistes <p>6/ Télémédecine entres les CH périphériques / MCS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outil indispensable sur les ALPES du SUD • Etape 1 : Télétransmission d'ECG (et autre document PDF) • Etape 2 : transmission vidéo et boucles d'échographie cardiaque

	<p>dans une logique de véritable téléconsultation d'urgence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujet très transversal qui Impliquera aussi le SAMU 05 et d'autres spécialistes (groupe de travail spécifique télémédecine dédié à cela) • Equipement des centres émetteurs + outils de réception sur GAP / BRIANCON / CHU Timone • Nécessité d'archivage, de valorisation et intégration T2A • Prise en compte du temps médical requis <p>7/ Organiser l'échographie cardiaque en CPS</p> <p>Cette action relève d'une contribution partagée entre le PMP et le PSP. Il s'agit de mettre en place un protocole de coopération entre professionnels de santé, (CPS) après accord de l'ARS et validation par la HAS. Elle nécessite d'identifier un CPS d'échographie cardiaque déjà validé en France, d'étudier les modalités de déploiement pour le GHT des ALPES DU SUD et de préparer sa mise en œuvre.</p> <p>Cette action doit permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation le nombre d'échographie cardiaque réalisée • Réduire les délais de réalisation de cette exploration fonctionnelle • Optimiser les compétences médicales et paramédicales disponibles au sein du GHT <p>Améliorer l'offre de soins en sécurisant les pratiques</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	A définir pour chaque étape de l'action
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	<p>Les résultats attendus divergent selon l'action concernée mais visent une amélioration de la prise en charge des patients présentant des pathologies cardiaques sur l'ensemble des territoires.</p> <p>Ils sont détaillés ci-dessus dans le descriptif des actions.</p>
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	<p>Protocoles harmonisés</p> <p>Planning de présence de cardiologue sur le site de Sisteron et d'EMBRUN</p> <p>Protocole de prise en charge des TIIH</p> <p>Protocole de CPS</p>
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	<p>Cardiologues GAP et BRIANCON</p> <p>Service de médecine/post-urgence d'EMBRUN</p> <p>Services d'urgence d'EMBRUN/SISTERON</p> <p>Centre 15, SAMU et SMUR</p>
MOYENS NECESSAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier informatique partagé entre les établissements du 05 / logiciel commun fonctionnant en réseau • Matériel de télétransmission et outil informatique de réception et d'archivage des données transmises • Budget pour réaliser des TIIH (astreinte infirmière) entre établissement du 05 ou vers le CHU support • Les autres mesures nécessitent simplement du temps médical et de la bonne volonté
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	<p>A définir pour chaque action avec néanmoins les indicateurs suivant d'ores et déjà identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations avancées réalisées sur les sites de Sisteron et d'EMBRUN - Nombre de patients pris en charge en hospitalisation sur les sites de

	<p>GAP et BRIANCON ayant bénéficié d'une consultation avancée sur EMBRUN ou BRIANCON</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de protocoles harmonisés - Nombre de TIH par rapport au nombre de transport SAMU
RESULTATS OBTENUS	Selon évaluation à six mois et un an
PLANNING PRÉVISIONNEL	Non défini
COMMENTAIRES	<p>Cette fiche action comprend des éléments mentionnés sur des thématiques transversales telles que l'harmonisation des SIH et la nécessité d'une communication effective entre les logiciels ainsi que des éléments sur les dispositifs de télémédecine à mettre en œuvre</p> <p>Elle comprend également des éléments qui dépendent du PSP (CPS en échographie cardiaque)</p>

Fiche-action n°14 : Renforcer l'endoscopie digestive et la gastroentérologie

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Renforcer l'endoscopie digestive et la gastroentérologie
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Médecine
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr Francis SIETCHIPING NZEPA – Dr Jean Guy BERTOLINO
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	<ul style="list-style-type: none"> - UF d'hépatogastroentérologie CH de BRIANCON (Dr Francis SIETCHIPING NZEPA) ; - Service d'hépatogastroentérologie du CHICAS de GAP (Dr Jean Guy BERTOLINO) ; - UF d'addictologie CH de BRIANCON (Dr Pascal PIROLLET) ; - Service d'hépatogastroentérologie CHU de GRENOBLE ; - Unité d'endoscopie et d'oncologie digestive Institut Paoli Calmettes - IPC Marseille (Dr Marc GIOVANNINI) ; - Clinique Le Bois de l'Ours BRIANCON (Dr Daniel PETRELLI)
DESCRIPTION DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un protocole pour homogénéiser la prise en charge et l'orientation du patient hépatogastroentérologique ; - Orienter les patients vers la structure d'hospitalisation plus adaptée à son cas et à son pronostic ; - Favoriser l'accès du patient aux actes endoscopiques interventionnels et aux soins gastro en proximité de leur domicile (c'est-à-dire dans le groupement) ; - Améliorer les délais et la proximité de la prise en charge du patient gastro ; - Faciliter l'adressage du patient aux spécialistes gastro ; - Mise en place des instruments pour permettre l'accès au dossier informatique du patient à partir de chacune des structures ; - Mettre en place ou renforcer les consultations avancées (aussi dans le cadre du projet CH BRIANCON – ASL (Azienda Sanitaria Locale) Turin Nord) ; - Conduire une réflexion sur les expertises et excellences en gastroentérologie disponibles dans chaque structure : <ul style="list-style-type: none"> o biopsies hépatiques, o cathétérisme biliaire et pancréatique, o FIBROSCAN - projet FIBROSCAN entre l'addictologie et la gastro, o écho-endoscopie - projet Echo-endo entre la Gastro du CHB et du CHICAS, o Endoscopie thérapeutique ; o recherche clinique et scientifique ; - Mise en place d'un programme de formation continue du personnel paramédical qui intervient dans la filière endoscopique (IBODE au CH de BRIANCON et infirmiers dédiés à l'endoscopie et à la gastroentérologie au CHICAS de GAP) ; - Améliorer le plateau technique pour exploiter ces expertises et donc délivrer les soins de recours sur le territoire et en proximité du domicile du patient ; - Pérenniser les connaissances et les excellences des spécialistes

	<p>gastroentérologues et promouvoir les différentes techniques des recours disponibles au sein du groupement ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semi-mutualiser ou mutualiser la constitution du plateau technique (principalement en endoscopie) pour bénéficier de majeur pouvoir de négociation auprès des fournisseurs et pour minimiser les interruptions de service du aux pannes des instruments (actualisation des prêts des instruments inter-structures ; ceci étant possibles seulement si CHB et le CHICAS ont le même types de plateau technique) ; - Favoriser l'accès mutuel au plateau technique des structures du groupement - Envisager le partage des prestations et la collaboration, aussi dans le cadre des urgences endoscopiques ; - Organiser des RCP et des STAFFS communs ; - Promouvoir les moyens de répondre aux difficultés de recrutement des gastro et développer des stratégies pour garantir leur fidélisation (prospective de croissance, accès aux formations de perfectionnement et up-grade, accueil des internes de spécialité français et italiens, collaboration avec les centres d'excellence et les structures transfrontalières, institution d'une association/société scientifique transfrontalière Italo-française, ...) ; - Promouvoir l'accès à la formation des praticiens du groupement en collaboration avec les centres de recours et favoriser leur participation aux projets de recherche clinique et scientifique.
--	--

CALENDRIER DE L'ACTION

(Date de début et date de fin prévisionnelle) 23 mars 2017 au 30 mai 2017 ?

RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir, par des synergies entre nos 2 services de gastroentérologie, un égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour les patients des ALPES du SUD . - Soigner nos patients mieux, au meilleur moment, au meilleur endroit et à moindre coût économique et sociale.
--	---

LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Protocole rédigé
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Professionnels de la filière de médecine
MOYENS NECESSAIRES	A définir
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A préciser en fonction des différents contenus de l'action dont certains sont également dans d'autres fiches-actions
RESULTATS OBTENUS	Amélioration de l'offre de soins
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n°15 : Renforcer l'oncologie

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Renforcer l'oncologie
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Médecine
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr FICO, Dr ODDOU
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Médecins pôle médical Cadre de santé HDJ médical
DESCRIPTION DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour la plaquette présentant le téléphone rouge • Consolider les places d'hôpital de jour • Créer une coordination IDE pour le GHT • Former des médecins à l'oncologie générale pour BRIANCON et assurer un soutien des équipes oncologues et médicales du CHICAS • Définir des protocoles de prise en charge commun • Développer une politique de qualité et de gestion des risques partagée
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	Début de l'action : 2017 Fin de l'action : 2021
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Améliorer l'offre de soins oncologique et notamment par la création d'une coordination paramédicale des parcours
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Une présentation de l'oncologie (support de communication) Un fiche-projet spécifique pour l'oncologie faisant référence à d'autres fiches-action du PMP et du PSP
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Oncologues des établissements Hématologues Pneumologues Gastro-entérologues Chirurgiens Etc...
MOYENS NECESSAIRES	Temps de travail d'un COFIL dans l'immédiateté
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Opérationnalité des éléments de l'action
RESULTATS OBTENUS	Selon évaluation à six mois et un an
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Un téléphone rouge est en fonction.

Fiche-action n°16 : Fluidifier les semi - urgences

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	<p>Fluidifier les urgences et la gestion des lits</p> <p>Ou Fluidifier l'organisation de demandes de bilans urgent pour une démarche diagnostique rapide</p> <p>Mettre en place une organisation pour répondre à une demande de consultation ou prise en charge rapide en dehors du service des urgences</p> <p>Organiser une filière de prise en charge pour les médecins de ville et les hospitaliers pour prendre en charge dans un délai de quelques jours des patients en consultation ou en hospitalisation.</p>
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	MEDECINE
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr WEITTEN
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	A définir
DESCRIPTION DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la gestion des lits pour que des patients puissent être admis en entrée directe dans les services • Création d'une fonction de gestionnaire des lits : la fonction existe à ce jour au CHICAS et est occupée par un CS, mais il manque l'engagement de médecins en appui de cette fonction • Création un numéro unique pour le GHT (numéro rouge) de consultation médicale : quand un médecin traitant a besoin d'un avis, il doit pouvoir appeler un médecin hospitalier en amont de l'adressage du patient, via les urgences. Ce numéro punique pourrait également servir les liens entre les médecins du GHT • Création d'un annuaire du GHT pour toutes les spécialités • Création d'HJ ou de consultations avancées ou d'équipe mobile : en hôpital de jour, un bilan urgent peut être réalisé et cela éviterait des venues aux urgences • Optimiser le parcours de soins du patient en utilisant de manière efficace les ressources des « structures de proximité » disposant de courts séjours et SSR polyvalents (sites d'EMBRUN et Sisteron)
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	A définir
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	<ul style="list-style-type: none"> • Rapprocher de leur domicile les patients ne nécessitant pas ou plus une prise en charge spécialisée et/ ou un plateau technique lourd, en vue d'un retour à domicile ou d'une admission en SSR • Améliorer l'accès aux services de spécialités pour les patients en ayant besoin (en réorientant vers les services de proximité les patients ne relevant plus d'une prise en charge spécialisée) • Accès facile et rapide pour les médecins adresseurs et éviter au patient un passage par le service des urgences
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Une procédure validée
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Dr WEITTEN, ANNE BEDU, STEPHANIE ODDOU-LAGRANIERE, ANNE ETIENNE, STEVAN LEGALL

	Chaque service doit de désigner un interlocuteur, et mettre à disposition un N° de téléphone
MOYENS NECESSAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Réactivité des transports (ambulances) pour respecter les horaires d'admission dans les services • « régulation » de certains cas limites via les urgences : en cas de diagnostic et/ ou d'orientation incertains (exemple admission préférable en service de soins conventionnels ou soins continus ?) nécessitant avis spécialisé ou examen complémentaire (TDM) avant décision d'orientation • Consultations spécialisées avancées dans les structures de proximité destinées aux patients ambulatoires et hospitalisés • La Médecine et la Pneumologie ont un mode d'organisation commun qui peut aider à cela (un médecin dédié "chaque jour" aux avis internes et externes)
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Suivi des passages aux urgences Délais de prise en charge
RESULTATS OBTENUS	Satisfaction de tous les acteurs
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	<p>Cette une FA pour les patients qui ne passent pas par les urgences. (ou pour éviter, si possible, le passage aux urgences)</p> <p>L'objectif est de fluidifier des démarches d'évaluation des situations de santé à des échéances courtes.</p> <p>Il est nécessaire de penser la fluidification des parcours entre les établissements du GHT mais également pour la sortie des patients.</p> <p>Envoyer une nouvelle plaquette comportant tous les numéros aux médecins de ville et aux hospitaliers, en y ajoutant un numéro DIRECT du standard qui permet de joindre tout médecin mais sans passer par la boîte vocale qui désespère beaucoup de médecins</p>

Fiche-action n° 17 : Proposer une offre de soins complète en addictologie sur le territoire

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Proposer une offre de soins en addictologie complète sur le territoire
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	MEDECINE
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr PIROLLET , Dr NEVIERE
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION	ELSA, consultations d'addictologie CHBD et structure de l'Arzeliers
DESCRIPTION DE L'ACTION	Le renforcement de la filière d'addictologie s'opère par : <ul style="list-style-type: none"> - La création d'une consultation d'addictologie sur EMBRUN qui nécessite d'établir le lien pour le suivi post consultation en lien avec les services du CH et d'évaluer avec précision le besoin présenté par la population EMBRUNaise - Le renforcement des équipes de liaison - La création d'une offre d'addictologie sur AIGUILLES qui nécessite une évaluation des besoins pour préciser l'offre proposée - L'acquisition d'un FIBROSCAN : véritable coopération territoriale, l'investissement souhaité étant pour une utilisation partagée entre les établissements et entre les spécialités mais également entre les secteurs sanitaires et médicaux sociaux. Elle nécessite : une évaluation de l'investissement et de son imputation au sein du GHT, une étude de rentabilité et d'impact sur la réponse aux besoins en soins et la qualité des prises en charge, la mise en place d'un groupe de travail pour préparer la procédure de gestion et d'utilisation du FIBROSCAN , la formation des utilisateurs et désignation des responsabilités partagées pour chaque étape du processus d'utilisation du FIBROSCAN
CALENDRIER	Date de début : 2018
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Meilleure prise en charge des patients présentant des pathologies addictives Réponses rapides et facilités aux besoins identifiés selon un principe de proximité Meilleur maillage territorial Nouvelle modalité de dépistage facilitant Réduction des actes diagnostics invasifs et coûteux (ponction biopsie de foie, réduction des gastroscopies de dépistage) Amélioration de l'offre de soins
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Plan de communication sur l'offre de soins déployée Procédure de gestion du FIBROSCAN
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Chargé(e) de communication du GHT Direction des achats Acteurs de l'addictologie sur le territoire
MOYENS NECESSAIRES	Communication efficace Acquisition de matériel Evaluation des besoins humains pour l'élargissement de l'offre d'addictologie
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations réalisées à EMBRUN et à AIGUILLES - File active de patients - Nombre de suivi établi suite à consultation - Séjour pour désintoxication consécutifs d'une consultation au CHE ou CHA - Nombre de dépistages réalisés à l'aide du FIBROSCAN
RESULTATS OBTENUS	Selon évaluation à six mois puis un an
PLANNING	Non défini à ce jour
COMMENTAIRES	La mise en œuvre de ce renforcement suppose au préalable une étude des besoins approfondi et une étude médico économique en parallèle.

Fiche-action n°18 : Développer l'endocrinologie

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Développer l'endocrinologie
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	MEDECINE
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr Enrico SAGGIORATO – Dr Thierry WEITTEN
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>UF d'Endocrinologie</i>, CH de Briançon (Dr Enrico SAGGIORATO, Dr Fabio MAZZAGLIA) • <i>Service de Médecine</i>, CHICAS de Gap (Dr Agnès GUILLOU-FERAUGE, Dr Thierry WEITTEN) • <i>Service d'Imagerie Médicale</i>, CH de Briançon (Dr Soraya ZAID) • <i>Service Pluridisciplinaire des Pathologies de la Thyroïde et des Parathyroïdes</i>, CH de Briançon (Dr Françoise BEROCCHIO, Dr Enrico SAGGIORATO, Dr Fabio MAZZAGLIA, Dr Alberto LAZZERO, Dr Soraya ZAID, Dr Giulia PERAGA, Dr Vincent ROSSI, Dr M'Hamed ALAMI, Dr Flavio PEROTTINO) • <i>Service ORL/Endocrinochirurgie</i>, CH de Briançon (Dr Vincent ROSSI, Dr M'Hamed ALAMI, Dr Flavio PEROTTINO) • <i>Service Chirurgie Viscérale</i>, CHICAS (Dr F. DELACOSTA, Dr A. TUDOR) • <i>Laboratoire d'Analyses et de Biologie Médicale</i>, CH de Briançon (Dr Valérie GAUDUCHON, Dr Arnaud DUTHILLY) • <i>Service de Pharmacie</i>, CH de Briançon (Dr Françoise BEROCCHIO, Dr Gaëlle PELI, Dr Simon SCODAVOLPE) • <i>Equipe Diététique et Kinésithérapie</i>, CH de Briançon • <i>UF Ophtalmologie</i>, CH de Briançon (Dr Marco JACOBBI, Dr Luca VENTRE) • <i>Chirurgie maxillo-faciale orbitaire</i>, CH de Briançon (Dr Alessandro GRIFFA) • <i>Service d'Imagerie IRM et Ostéodensitométrie</i>, CHICAS de Gap • <i>Service de Médecine Nucléaire</i>, CHICAS de Gap • <i>Service de Radiothérapie</i>, CHICAS de Gap • <i>Service d'Anatomie Pathologique</i>, CHU Marseille, CHU Grenoble • <i>Service d'Imagerie IRM 3 tesla</i>, CHU Marseille • <i>Service de Médecine Nucléaire</i>, CHU Grenoble, CHU Marseille • <i>Service d'Endocrinochirurgie</i>, CHU Marseille, CHU Grenoble • <i>Service de Neurochirurgie</i>, CHU Marseille
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Création d'un service d'endocrinologie dans notre territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un Service d'Endocrinologie Générale au CHB (thyroïde, parathyroïdes et métabolisme phosphocalcique, surrénales et hypophyse) ; • Développer un Service d'Endocrinologie Métabolique au CHICAS (Centre de Diabétologie Pluridisciplinaire, Obésité, Dyslipidémie, Ostéodensitométrie) ;

Développer des protocoles de diagnostic et thérapie harmonisés et partagés dans le GHT ;

Organiser des parcours patients ciblés pour chaque pathologie avec tous les intervenants :

- Mise en place d'un protocole pour homogénéiser la prise en charge et l'orientation du patient en endocrinologie ;
- Orienter les patients vers la structure d'hospitalisation la plus adaptée à son cas et à son pronostic ;
- Favoriser l'accès du patient aux actes, au plateau technique et aux soins en endocrinologie dans le groupement ;
- Améliorer les délais et la proximité de la prise en charge du patient en endocrinologie ;
- Faciliter l'adressage du patient aux spécialistes intervenants dans le domaine de l'endocrinologie.

Développer un système de télémédecine performante :

- Mise en place d'un dossier médical électronique consultable par chaque intervenant ;
- Mise en place des instruments informatiques pour permettre de partager les images et les bilans biologiques ;
- Développer un système de visioconférence pour la discussion des cas avec les autres intervenants ;
- Développer des instruments informatiques pour effectuer des consultations d'endocrinologie à distance (i.e., téléconsultation, télé-échographie cervicale).

Instituer des créneaux spécifiques du temps de travail à partager dans le groupement :

- Visioconférence ;
- Consultations sur place ;
- Actes sur place (i.e., Echographie, Cytoponction, etc.).

Instituer des créneaux spécifiques de partage du plateau technique du groupement.

Promouvoir les conditions pour le recrutement des endocrinologues dans le groupement et pour le renforcement de l'équipe médicale et paramédicale dans le GHT d'Endocrinologie :

- Evaluation de la prévalence des pathologies endocrino-métaboliques dans les Hautes Alpes nécessitant des soins ;
- Développement des collaborations avec les centres d'excellence et les structures transfrontalières ;
- Mise en place de tous les instruments disponibles pour favoriser la venue des internes dans les établissements, tant français qu'italiens ;
- Développer des projets scientifiques clinico-statistiques partagés.

Mise en place des programmes de formation du personnel médical et paramédical qui intervient dans la filière endocrinologique.

	<p>Promouvoir l'image de professionnalité et d'excellence du GHT d'Endocrinologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des soirées de discussion scientifique à thème avec les médecins traitants ; • Organiser des rencontres d'information médicale avec la population ; • Organiser des congrès scientifiques. <p>Développer un règlement éthique entre confrères.</p>
CALENDRIER DE L'ACTION	2018-2023
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	<p>Prise en charge optimale des patients présentant des pathologies endocrino-métaboliques dans un territoire avec une haute prévalence de ces pathologies et où, jusqu'à maintenant, il n'existe aucun service approprié. Satisfaire la demande de soins d'endocrinologie et éviter la fuite de patients vers le privé ou les établissements hors territoire.</p> <p>Possibilité de développer une activité scientifique sur notre territoire afin d'attirer ressources financières et humaines.</p> <p>Création d'un induit de recettes à l'avantage de la pluralité des Services acteurs dans le projet.</p>
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	<p>Cellule de pilotage du GHT Endocrinologie (Dr Saggiorato, Dr Weitten, Dr Guillou-Ferauge, Dr Bertocchio) : élaborer les stratégies et les tactiques, définir de manière prévisionnelle les activités, valider les projets et initiatives</p> <p>Protocoles harmonisés</p> <p>Optimiser la mobilisation des compétences</p> <p>Cartographie des activités et compétences partagées entre les établissements</p> <p>Indicateurs de performance</p>
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	<p>CHB (UF d'Endocrinologie, Service Pluridisciplinaire des Pathologies de la Thyroïde et des Parathyroïdes, Consultation d'endocrinologie, Ambulatoire de cytoponction thyroïdienne, parathyroïdienne et des ganglions cervicaux, Alcoolisation et thermoablation des nodules de la thyroïde, Ambulatoire d'échographie cervicale de 2^{ème} niveau, HDJ d'endocrinologie et d'oncologie, HC d'endocrinologie, Imagerie, Laboratoire d'analyse, Endocrinochirurgie, Pharmacie, Ophtalmologie, Chirurgie maxillo-faciale orbitaire, Equipe diététique et kinésithérapie, Maternité, Néphrologie, Cardiologie, Soins continus, DIM) ;</p> <p>CHICAS (Service de Médecine, HDJ Médecine, Laboratoire analyse, Chirurgie Viscérale et robotique, Médecine Nucléaire, Imagerie, Pharmacie, Equipe diététique et kinésithérapie, Service de Radiothérapie, Oncologie, Maternité, Néphrologie, Cardiologie, Neurologie, Réanimation, DIM) ;</p> <p>CH Sisteron (Service SSR) ;</p> <p>CHU Marseille (Anapath, Imagerie avancée, Neurochirurgie, Endocrinochirurgie, Médecine Nucléaire, RCP, Radiothérapie, Analyses génétiques) ;</p> <p>CHU Grenoble (Anapath, Imagerie avancée, Endocrinochirurgie, Médecine Nucléaire, RCP, Radiothérapie, Analyses génétiques) ;</p> <p>RCP nationales TUTHYREF et Internationales (Italie et USA);</p> <p>Soirées de discussion scientifique à thème avec les médecins traitants et du territoire ;</p> <p>Rencontres d'information médicale avec la population ;</p>

	<p>Journées de dépistage des pathologies de la thyroïde, de la carence en vitamine D, de l'ostéoporose, des obésités, du diabète, des dyslipidémies, etc. ;</p> <p>Congrès scientifiques au niveau local, national et international (i.e. <i>Thyroid International Congress of Hautes Alpes</i>, 1^{ère} édition à mettre en place en 2018 ou 2019).</p>
MOYENS NECESSAIRES	<p>Equipped pour ostéodensitométrie au CHICAS ;</p> <p>Adaptation de la console laser pour thermoablation des nodules thyroïdiens au CHB ;</p> <p>L'Endocrinologie n'a pas besoin de beaucoup de ressources en termes de plateau technique car elle se sert principalement du plateau technique des Services déjà existants.</p> <p>Personnel médical spécialisé et non-médical ;</p> <p>Formation du personnel.</p>
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	<p>Nombre de patients pris en charge ;</p> <p>Type de pathologies ;</p> <p>Suivi des patients ;</p> <p>Qualité de soins ;</p> <p>Satisfaction des patients ;</p> <p>Rentabilité par rapport au coût.</p>
RESULTATS OBTENUS	Selon évaluation
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Soutien indispensable de l'administration du GHT et de l'ARS

Fiche-action n°19 : Revisiter l'offre de soins pour les adolescents et jeunes adultes

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Revisiter l'offre de soins pour les adolescents et jeunes adultes
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Psychiatrie
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	Cette action est annoncée par la psychiatrie mais n'a pas fait l'objet de d'une réflexion pendant l'élaboration du PMP. A ce stade, l'action consiste à organiser une démarche-projet pour le parcours de soins des adolescents et jeunes adultes
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	Création d'un COFIL spécifique dès 2017
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</i>	Une offre de soins pour les adolescents et jeunes adultes clairement identifiée
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Une fiche-projet
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Professionnels de la psychiatrie Membres du COFIL qui sera défini
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	Temps de travail des membres du COFIL
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	A définir
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	Pas de commentaire

Fiche-action n°20 : Etendre l'offre ambulatoire de psychiatrie à BRIANCON

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Etendre l'offre de soins ambulatoire de psychiatrie sur le territoire
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Psychiatrie
RESPONSABLE DE L'ACTION	DR B. LUCHE
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	
DESCRIPTION DE L'ACTION	Cette action est annoncée par la psychiatrie mais n'a pas fait l'objet de d'une réflexion pendant l'élaboration du PMP. A ce stade, l'action consiste à organiser une démarche-projet pour cette action ciblée.
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	Création d'un COPIL spécifique dès 2017
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	Une offre de soins à BRIANCON
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Une fiche-projet
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Professionnels de la psychiatrie Membres du COPIL qui sera défini
MOYENS NECESSAIRES	Temps de travail des membres du COPIL
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A définir
RESULTATS OBTENUS	A définir
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n°21 : Créer une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Créer une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Psychiatrie + Gériatrie
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Dr LUTZLER, Dr JEANBLANC, Dr ASTE, Dr LEFORT, Dr LUCHE
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Dr Lambert, Dr Blazkova, Dr Carlier, Mme Avena, M Flouriot
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<p><u>Collaboration Equipe Mobile de Gériatrie et Equipe Psychiatrique de Secteur</u> L'objectif est de réaliser une collaboration entre EMG et Equipe de secteur psychiatrique pour des interventions communes extrahospitalières, dans les EHPAD.</p> <p>Cet objectif concerne les secteurs de GAP, EMBRUN et BRIANCON .</p> <p>Une collaboration entre Equipe Psychiatrique et Gériatrique existe déjà sur le secteur d'EMBRUN, mais non formalisée et ponctuelle.</p> <p>Il s'agira d'interventions régulières et programmées par un binôme IDE gériatrique-IDE psychiatrique (la fréquence sera à préciser).</p> <p>Une intervention pourra également être réalisée, de manière non-programmée, à la demande du Médecin Coordonnateur en cas de besoin d'une réponse rapide.</p> <p>Une coordination médicale, comprenant un médecin de l'EMG et un médecin psychiatre, se réunira régulièrement (fréquence à définir).</p> <p>Un suivi plus rapproché pourra être réalisé par téléconsultation dans un deuxième temps (visio-conférence avec smartphone ou tablette).</p> <p>Lieux d'intervention : initialement les EHPAD du GHT .</p> <p>Dans un 2° temps : extension de l'activité à envisager vers le domicile en collaboration avec la PTA et les Médecins traitants, uniquement en cas de problème requérant une réponse rapide.</p> <p>Par la suite, l'extension vers les institutions prenant en charge le « handicap vieillissant » sera discutée.</p>
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	2017-2012
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter les hospitalisations - Améliorer la prise en charge des personnes âgées en EHPAD présentant des affections somatiques et psychiatriques - Soutien aux familles, aux médecins traitants et équipes soignantes
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	<p>Médecins Gériatres de l'EMG, Médecins Psychiatres du GHT, Médecins coordonnateurs d'EHPAD, IDE coordonnateurs d'EHPAD, Directeurs d'EHPAD, Directeurs des soins de psychiatrie et des hôpitaux de GAP, EMBRUN, BRIANCON .</p> <p>Communication aux Médecins traitants libéraux</p>
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	<p>A évaluer en fonction de la fréquence des interventions et en fonction du périmètre d'action défini ; comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - personnel IDE pour l'Equipe psychiatrique - personnel IDE (éventuellement ergothérapeute ou kinésithérapeute formés à la gériatrie) pour EMG à GAP, EMBRUN, BRIANCON

	- personnel Médical (psychiatre et gériatre)
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	Nombre d'évaluations réalisées Nombre d'hospitalisations évitées Composition de l'équipe médicale et para-médicale en équivalent plein temps.
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	Amélioration de la prise en charge de la polypathologie gériatrique somatique et psychiatrique en EHPAD. Prévention des états de crise ou décompensation. Diffusion des bonnes pratiques gériatriques Diminution des hospitalisations de patients institutionnalisés
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir

Fiche-action n°22 : Développer la prise en charge du vieillissement et du handicap

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Etudier la possibilité de créer une équipe mobile de géronto-psychiatrie et développer la prise en charge du vieillissement et du handicap
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	GERIATRIE et PSYCHIATRIE
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr LUTZLER, Dr JEANBLANC, Dr ASTE, Dr LEFORT, Dr LUCHE
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Dr Lambert, Dr Blazkova, Dr Carlier, Mme Avena, M Flouriot
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Objectif : Collaboration Equipe Mobile de Gériatrie et Equipe Psychiatrique de Secteur</p> <p>L'objectif est de réaliser une collaboration entre EMG et Equipe de secteur psychiatrique pour des interventions communes extrahospitalières, dans les EHPAD essentiellement.</p> <p>Cet objectif concerne les secteurs de GAP, EMBRUN et BRIANCON .</p> <p>Une collaboration entre Equipe Psychiatrique et Gériatrique existe déjà sur le secteur d'EMBRUN, mais non formalisée et ponctuelle.</p> <p>Il s'agira d'interventions régulières et programmées par un binôme IDE gériatrique-IDE psychiatrique (la fréquence sera à préciser).</p> <p>Une intervention pourra également être réalisée, de manière non-programmée, à la demande du Médecin Coordinateur en cas de besoin d'une réponse rapide.</p> <p>Une coordination médicale, comprenant un médecin de l'EMG et un médecin psychiatre, se réunira régulièrement (fréquence à définir).</p> <p>Un suivi plus rapproché pourra être réalisé par téléconsultation dans un deuxième temps (visio-conférence avec smartphone ou tablette).</p> <p>Lieux d'intervention : initialement les EHPAD du GHT .</p> <p>Dans un 2° temps : extension de l'activité à envisager vers le domicile en collaboration avec la PTA et les Médecins traitants, uniquement en cas de problème requérant une réponse rapide.</p> <p>Par la suite, l'extension vers les institutions prenant en charge le « handicap vieillissant » sera discutée.</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	2017-2012
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter les hospitalisations - Améliorer la prise en charge des personnes âgées en EHPAD présentant des affections somatiques et psychiatriques - Soutien aux familles, aux médecins traitants et équipes soignantes
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Médecins Gériatres de l'EMG, Médecins Psychiatres du GHT, Médecins coordonnateurs d'EHPAD, IDE coordonnateurs d'EHPAD, Directeurs d'EHPAD Communication aux Médecins traitants libéraux
MOYENS NECESSAIRES	A évaluer en fonction de la fréquence des interventions et en fonction du périmètre d'action défini ; comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - personnel IDE pour l'Equipe psychiatrique - personnel IDE (éventuellement ergothérapeute ou kinésithérapeute)

	<p>formés à la gériatrie) pour EMG à GAP, EMBRUN, BRIANCON</p> <p>- personnel Médical (psychiatre et gériatre)</p>
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	<p>Nombre d'évaluations réalisées</p> <p>Nombre d'hospitalisations évitées</p> <p>Composition de l'équipe médicale et para-médicale en équivalent plein temps.</p>
RESULTATS OBTENUS	<p>Amélioration de la prise en charge de la polypathologie gériatrique somatique et psychiatrique en EHPAD. Prévention des états de crise ou décompensation.</p> <p>Diffusion des bonnes pratiques gériatriques</p> <p>Diminution des hospitalisations de patients institutionnalisés</p>
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir

Fiche-action n°23 : Partager les compétences paramédicales entre les secteurs de psychiatrie

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Partager les compétences paramédicales entre les secteurs de psychiatrie
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Psychiatrie
RESPONSABLE DE L'ACTION	Directeurs des soins
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	CSIRMT
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Cette fiche-action relève davantage du PSP mais elle est intégrée dans le PMP pour une meilleure cohérence des orientations pluridisciplinaires de la psychiatrie.</p> <p>Les secteurs de psychiatrie, de part leurs projets propres ont permis le développement de compétences spécifiques. Celles-ci peuvent aujourd'hui être mise à disposition de tous les lieux d'offre de soins.</p> <p>Cette action s'inspire des orientations de la circulaire de 2006 sur les transmissions intergénérationnelles des connaissances et compétences en santé mentale. Elle doit permettre à des paramédicaux de partager leurs compétences individuelles pour contribuer à l'élaboration de compétences collectives.</p> <p>Par ailleurs, il pourrait être envisagé des décloisonnements entre la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie pour au moins une population frontière comme les adolescents.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablir une cartographie des compétences spécifiques • Définir les partages de compétences : entre l'hospitalisation conventionnelle et l'ambulatoire, entre la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie, entre la psychiatrie et les structures médico-sociales prenant en charge des résidents avec troubles psychiques, entre les établissements ayant une offre de santé mentale • Préfigurer des volumes d'ETP pouvant être mobilisés pour cette action • Elaborer une procédure pour la mise à disposition de compétences ciblées
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	2018
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Une optimisation des ressources paramédicales de la psychiatrie au sein du GHT
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Une procédure comprenant les indicateurs de suivi
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Paramédicaux et médecins de la filière de psychiatrie
MOYENS NECESSAIRES	Temps de travail à la conception du projet
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Non défini au moment de la rédaction du PMP
RESULTATS OBTENUS	Continuité de l'offre de soins
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Fiche-action à réaliser en parallèle de la fiche-action du PSP sur les compétences paramédicales

Fiche-action n°24 : Renforcer les liens ville-hôpital de la filière psychiatrique

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Renforcer les liens ville-hôpital de la filière psychiatrique
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Psychiatrie
RESPONSABLE DE L'ACTION	
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Professionnels de la psychiatrie et de la médecine libérale. Acteurs des secteurs médico-sociaux
DESCRIPTION DE L'ACTION	Cette action est annoncée par la psychiatrie mais n'a pas fait l'objet de d'une réflexion pendant l'élaboration du PMP. A ce stade, l'action consiste à organiser une démarche-projet pour cette action ciblée.
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	Mise en place d'un groupe de travail en 2017
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Contribution à l'intégration de la santé mentale dans le territoire. Impact sur la fluidité des prises en charge des patients Impact sur les durées de séjour des patients en psychiatrie
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	A définir
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Acteurs médico, sociaux, éducatifs et libéraux
MOYENS NECESSAIRES	Temps de travail pour la mise en place de la démarche-projet
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A définir
RESULTATS OBTENUS	A définir
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n°25 : Etudier la possibilité de créer une équipe mobile gériatrique sur BRIANCON

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Etudier la possibilité de créer une équipe mobile gériatrique sur BRIANCON
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	GERIATRIE
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr LUTZLER, Dr JEANBLANC, Dr ASTE
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Dr Lambert, Dr Gaillard, Dr Blazkova, Dr Lazzero, Dr Carlier
DESCRIPTION DE L'ACTION	Création d'une Equipe Mobile de Gériatrie sur le Site de BRIANCON .
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	2018/2022
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	<p>Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, et les réseaux de santé « personnes âgées ».</p> <p>Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.</p> <p>L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique - contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques - les orienter dans la filière de soins gériatriques - participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées ») - conseiller, informer et former les équipes soignantes <p>L'équipe mobile intervient dans la structure des urgences dès l'entrée d'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée. Dans cette structure des urgences, son rôle est de faciliter l'entrée directe du patient dans le court séjour gériatrique et, le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation, d'organiser des retours à domicile ou en structure en collaboration avec la structure des urgences ou, à défaut, une consultation externe, voire une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique et d'effectuer la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé</p> <p>Il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique : puisse intervenir au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées », afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise.</p> <p>Le fonctionnement de l'EMG est décrit dans la « Circulaire filière gériatrique du 28 mars 2007 »</p>
ACTEURS CONCERNÉS ET	Médecins Gériatres de BRIANCON .

COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Communication aux médecins hospitaliers et médecins d'EHPAD du BRIANCON nais
MOYENS NECESSAIRES	<p>Pour remplir ses missions intra-hospitalières, l'équipe mobile gériatrique pluridisciplinaire doit comprendre au minimum :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un équivalent temps plein de médecin gériatre - un équivalent temps plein d'infirmier - un demi équivalent temps plein d'assistante sociale - un demi équivalent temps plein de secrétaire
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	<p>Nombre d'évaluations réalisées (en intra par service hospitalier et en extra hospitalier).</p> <p>Pourcentage de réhospitalisations non programmées survenant dans les 60 jours suivant la sortie des patients évalués par l'équipe mobile en intra-hospitalier.</p> <p>Composition de l'équipe médicale en équivalent plein temps.</p> <p>Composition de l'équipe non médicale en équivalent plein temps.</p>
RESULTATS OBTENUS	<p>Amélioration de la prise en charge des personnes âgées en intra-hospitalier</p> <p>Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques</p> <p>Fluidification du parcours-patient intra-hospitalier</p> <p>Amélioration de la coordination ville-hôpital</p>
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Aspect structurant de la filière gériatrique sur le BRIANCON nais

Fiche-action n°26 : Repenser l'offre de soins SSR

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Repenser l'offre de soins SSR
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Gériatrie
RESPONSABLE DE L'ACTION	
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Toutes les spécialités du GHT
DESCRIPTION DE L'ACTION	Cette action est annoncée mais n'a pas fait l'objet de d'une réflexion pendant l'élaboration du PMP. A ce stade, l'action consiste à organiser une démarche-projet pour cette action ciblée.
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	Mise en place d'un COPIL en 2017
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Optimiser la rotation des lits d'hospitalisation conventionnelle par une action sur l'offre d'aval.
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Une démarche-projet
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Professionnels de santé et socio-éducatifs
MOYENS NECESSAIRES	Temps de travail pour le COPIL
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A définir
RESULTATS OBTENUS	A définir
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n°27 : Fluidifier les urgences gériatriques dont les lits d'aval

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Fluidification des Urgences gériatriques
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	GERIATRIE
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr JEANBLANC, Dr BLAZKOVA Dr LUTZLER, Dr JEANBLANC, Dr ASTE
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Dr Aste, Dr Carlier, Dr Gaillard, Dr Lambert, Dr Lazzero, Dr Lutzler, Mme Norbert Dr Lambert, Dr Gaillard, Dr Blazkova, Dr Lazzero, Mme Norbert, Dr Carlier
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p><u>Optimisation de l'action de l'Equipe Mobile de Gériatrie au SAU :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'une commission gériatrique au SAU, étudiant régulièrement les problèmes rencontrés et solutions envisageables - Optimisation du rôle de l'assistante sociale au SAU - Amélioration du Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) : formalisation et audit de son utilisation - Paramétrage du logiciel du SAU afin d'y intégrer une « Evaluation Gériatrique Standardisée » - Intérêt d'une astreinte téléphonique gériatrique ? voir objectif 2.3 - Mise en place de téléconsultations entre le Centre 15 et les EHPAD (voir objectif « télémédecine ») - Intervention des professionnels de l'EMG (médicaux ou paramédicaux) pour réaliser un bilan auprès de chaque personne âgée admise pour une chute même bénigne <p>Actions à mettre en place à GAP, EMBRUN et BRIANCON .</p> <p><u>Fluidification des lits d'aval :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Prévoir dans les EHPAD</u> des « Hébergements Temporaires de Crise » (HTC), qui permettraient d'éviter des hospitalisations pour un motif uniquement social. L'hébergement temporaire « classique » en EHPAD ne peut répondre aux situations urgentes sociales d'une personne âgée dépendante vivant à domicile, ainsi celle-ci se retrouve le plus souvent hospitalisée. Il s'agit donc de définir un hébergement à durée déterminée pouvant accueillir dans un délai court une personne âgée exposée à un péril autre que médical à son domicile. Cet hébergement s'adresse à des personnes âgées vivant à domicile, en situation médico-sociale de crise par défaillance brutale de l'environnement social (détresse sociale) dans un contexte de maladie chronique handicapante (ex : démence), et en l'absence de signes de décompensation somatique ou psychique. L'accueil doit se faire dans un délai bref (24 à 48h) et la durée du séjour est limitée. <p><u>Prévoir, avec les SSR de la région, une convention</u> fixant les modalités de transfert direct du SAU vers un SSR, lorsque le bilan initial au SAU ne détecte pas de problème médical nécessitant une hospitalisation en court-séjour et lorsqu'il existe une indication de séjour en SSR pour réadaptation motrice ou neuropsychologique.</p> <p><u>Etude sur l'amélioration de l'orientation post-urgence des personnes âgées ; intérêt d'une permanence téléphonique gériatrique ?</u></p> <p>Une étude sera menée pendant 6 mois afin de collecter les erreurs</p>

	<p>d'orientation concernant les personnes âgées. A chaque erreur, une réflexion portera sur leur côté évitable et sur les préconisations, en particulier l'intérêt d'un avis téléphonique gériatrique .</p> <p>On s'intéressera également à l'intérêt d'une permanence téléphonique gériatrique ouverte aux médecins traitants.</p> <p>Ce sujet intéresse essentiellement le secteur de GAP – possibilité d'extension sur autres secteurs en fonction des résultats.</p> <p><u>Créer une astreinte de journée pour les gériatres</u></p> <p>Cette action n'a pas fait l'objet de d'une réflexion pendant l'élaboration du PMP.</p> <p>A ce stade, l'action consiste à organiser une réflexion sur le sujet partant du principe que l'astreinte en gériatre permettra de répondre notamment à la gestion des semi-urgences débattues dans les groupes de travail pour le PMP.</p>
<p>CALENDRIER DE L'ACTION <i>(Date de début et date de fin prévisionnelle)</i></p>	<p>2017-2009</p>
<p>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</p>	<p>Amélioration de la prise en charge des personnes âgées au SAU avec suivi des bonnes pratiques gériatriques</p> <p>Amélioration de l'orientation des personnes âgées</p> <p>Amélioration de la gestion des urgences sociales</p> <p>Amélioration de la transmission des informations ville-hôpital</p> <p>Prise en charge des chutes de la personne âgée</p> <p>En ce qui concerne les finalités pour les lits d'aval : Orientation adaptée pour les patients ne justifiant pas d'une hospitalisation en Court-Séjour Gériatrique</p> <p>Etude permettant une réflexion sur les admissions non-pertinentes de personnes âgées au SAU et les orientations erronées ou non-adaptées à la sortie du SAU</p>
<p>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</p>	<p>Médecins et paramédicaux de l'EMG</p> <p>Médecins et paramédicaux du SAU</p> <p>Assistante sociale affectée au SAU</p> <p><u>Pour la partie lits d'aval :</u></p> <p>Médecins Gériatres et Urgentistes du GHT, groupe « bed-manager »</p> <p>Direction du CH</p> <p>Directions des EHPAD et SSR</p> <p>Service « personnes âgées » du Département</p> <p>ARS Départementale</p> <p>Médecins Gériatres EMG, Médecins Urgentistes GHT, Equipe bed-manager à GAP</p>
<p>MOYENS NECESSAIRES</p>	<p>Actions réalisées par le personnel de l'EMG (médecin, paramédicaux, assistante sociale) et par le personnel du Service des Urgences (médecins, assistante sociale, paramédicaux)</p> <p>Signature de convention entre CH, département, ARS et EHPAD/SSR</p> <p>Etude sur 6 mois réalisée par l'EMG de GAP.</p> <p>La méthodologie de l'enquête sera établie en collaboration avec l'Equipe Qualité et le service DIM de l'établissement.</p>

<p>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</p>	<p>Diminution du Temps d'attente au SAU, pour les personnes âgées Nombre d'interventions au SAU par le Médecin et les paramédicaux de l'EMG. Nombre d'interventions de l'Assistante sociale au SAU en faveur des personnes âgées. Réduction des mauvaises orientations suite au passage au SAU Nombre de patients admis en HTC Nombre d'admissions directes en SSR depuis le SAU</p>
<p>RESULTATS OBTENUS</p>	<p>Amélioration de la prise en charge et de la bonne orientation des personnes âgées au SAU Diminution des hospitalisations inadaptées en Court Séjour Résultats de l'enquête et préconisations Emission de préconisations</p>
<p>PLANNING PRÉVISIONNEL</p>	<p>2017-2019 : Discussion avec les différents intervenants pour étudier la faisabilité et les modalités de réalisation. 2020 : signature des conventions</p>

Fiche-action n°28 : Créer un service de post-urgences gériatriques à GAP

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Créer un service de post-urgences gériatriques à GAP
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	GERIATRIE
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr JEANBLANC, Dr BLAZKOVA
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION	Dr Aste, Dr Gaillard, Dr Lambert, Dr Lutzler
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p><u>Objectif : Evaluation des besoins et de la faisabilité d'un service de Post-Urgence Gériatrique (PUG) sur le site de GAP</u></p> <p><u>Présentation du PUG</u> : cette unité permet une prise en charge d'emblée gériatrique pour des patients polypathologiques. L'hospitalisation est courte, inférieure à 5 jours pour éviter la rupture d'autonomie. Une évaluation globale médicopsychosociale est réalisée favorisant les retours directs à domicile sans majoration de la réhospitalisation à moins de 28 jours selon les études publiées. La proximité de l'unité de Médecine Gériatrique permet une réorientation adaptée des patients nécessitant des investigations étiologiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Critères d'admission</i> : personnes âgées de plus de 75 ans, provenant exclusivement des urgences (pas d'entrées programmées, pas de mutation en provenance d'un autre service), dont la durée d'hospitalisation "pressentie" n'excédera pas 3 à 4 jours. - <i>Critères d'exclusion</i> : patients qui nécessitent "à priori" une hospitalisation supérieure à 4 jours. Patients nécessitant une prise en charge spécifique dans un service de spécialités. Patients nécessitant une surveillance médicale "rapprochée" en soins intensifs, ou en réanimation. - <i>Organisation de l'Unité</i> : L'Unité Post Urgence Gériatrique dépend du département de Gériatrie. Cette unité bénéficie d'une priorité pour les avis spécialisés et pour le plateau technique du CH afin de favoriser une DMS très courte. Son implantation sera à proximité géographique du SAU. Du personnel médical et paramédical est spécifiquement affecté à cette unité. La permanence des soins est organisée en collaboration avec les urgentistes. <p><u>La création d'une telle unité doit être fondée sur l'étude des besoins</u> :</p> <p>Cette étude doit être étayée par les données PMSI permettant d'identifier cette population cible et le nombre d'hospitalisations prévisibles.</p> <p>Il faudra analyser le parcours de soins actuel de ce GHM (groupe homogène de malades) à l'intérieur de l'hôpital et ainsi étudier l'intérêt d'une telle unité de soins pour la prise en charge du patient (hospitalisation courte évitant une iatrogénie hospitalière), pour le fonctionnement des différents services hospitaliers (en évitant les hospitalisations dans des services inadéquates) et sur la viabilité financière.</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	2017-2022 - Evaluation des besoins avec le DIM Etude de faisabilité
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	Gérer l'affluence croissante aux SAU de patients âgés de plus en plus fragilisés Permettre une prise en charge gériatrique adaptée avec retour rapide à domicile
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Médecins gériatres Médecins urgentistes DIM
MOYENS NECESSAIRES	Etude réalisée par les gériatres avec les données fournis par le DIM
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Rédaction d'un rapport
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n°29 : Organiser le parcours du patient âgé nécessitant une chirurgie

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Organiser la chirurgie gériatrique
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Gériatrie
RESPONSABLE DE L'ACTION	Docteur Corinne GAILLARD, Docteur Annie LAMBERT
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Médecins et gériatres
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Cette action est citée par les gériatres mais n'a pas fait l'objet d'une réflexion pendant l'élaboration du PMP et notamment avec les chirurgiens.</p> <p>A ce stade, l'action consiste à organiser une réflexion pour cette action ciblée.</p> <p>Constat : recours à la chirurgie rendu souvent complexe en situation de poly pathologies et de fragilité des patients relevant de la gériatrie :</p> <p>Prises de décision opératoire (ou d'abstention opératoire), notamment en urgence, s'appuyant sur une évaluation où manque souvent le regard gériatrique.</p> <p>Complexité de la gestion péri-opératoire notamment quand il existe des troubles cognitifs ou des situations à fort risque de décompensation (aspect environnemental, gestion iatrogénie...).</p> <p>Geste chirurgical et anesthésique le plus écologique possible</p> <p>Nécessité d'une rééducation précoce et adaptée</p> <p>L'environnement : problématique partagée sur l'ensemble du territoire mais avec des ressources et des besoins disparates :</p> <p>seuls deux établissements disposent de service de chirurgie : CHICAS GAP (gynéco, viscéral, uro, ORL, ortho, OPH, avec habilitation onco) et BRIANCON (viscéral, ortho, uro, ORL, OPH, gynéco ? avec habilitation pour l'onco ?).</p> <p>Les trois établissements supports sont dotés de service de court séjour gériatrique mais avec des niveaux d'activité forts et souvent peu de place disponibles (mettre indicateurs activités ?).</p> <p>Expertise gériatrique mobilisable rapidement ? pas d'EMG sur BRIANCON , et pas le week end ou la nuit ailleurs</p> <p>SSR gériatrique sur EMBRUN (pas de ressource chir sur place sauf CSA) et sur GAP (proximité chir/bloc mais pas assez de lits) mais pas SSR sur CHEB (convention avec fondation Edith Seltzer ?, rééducation fonctionnelle UGECAM en convention mais pas d'orientation gériatrique).</p> <p>Capacités du médico social à reprendre rapidement leurs résidents en post chir ?</p> <p>Objectifs :</p> <p>Bien connaître l'offre de soins sur le territoire :</p> <p>Qui est habilité ? Pour quoi ? Y a-t-il des appétences chirurgicales de certains chirurgiens pour le patient gériatrique ? Des praticiens ayant des techniques tout particulièrement intéressantes ? Idem pour les SSR G et le médico social d'aval ?</p> <p>Bon repérage du patient poly pathologique fragile en pré opératoire (faut-il cibler pour commencer les patients porteurs de troubles cognitifs et les patients de la filière oncoG ?) Grille d'évaluation type SEGA ?</p> <p>Travailler sur une évaluation pluridisciplinaire : chirurgien, anesthésiste, gériatre, rééducateur facile et rapide d'accès pour optimiser les prises en</p>

	<p>charge ? Sous quelle forme ? ...</p> <p>Définir les aides à apporter par les gériatres pour la gestion péri-opératoire et où ? et des chirurgiens si orientation précoce en dehors de la chirurgie, et où ? Se rapprocher du groupe gériatrie du RAAC (réhabilitation améliorée après chir au CHICAS) ?</p> <p>Définir dès les urgences un chemin clinique spécifique : évaluation, attitudes préventives, orientation dès l'admission en f° de l'évaluation initiale (du SAU, au bloc, SSR , domicile...), protocoles antalgiques spécifiques, objectifs de soins et transmissions, service d'orthogériatrie ?</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> - travail intergériatrique initial pour valider les objectifs (par échanges de mail) , toutes les propositions sont les bienvenues - contact avec 2 des groupes de travail du RAAC sur GAP (pré et post habilitation gériatrique et urgence et RAAC) je m'en charge pour voir si le travail GAPençais peut-être élargi au territoire
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	A définir
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	A définir
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Gériatres des courts séjours, SSRG, EMG, chirurgiens, anesthésistes, urgentiste
MOYENS NECESSAIRES	A définir
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A définir
RESULTATS OBTENUS	A définir
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	A définir

Fiche-action n°30 : Renforcer les consultations d'oncogériatrie

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Renforcer les consultations d'oncogériatrie
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Gériatrie
RESPONSABLE DE L'ACTION	Dr Olivier GUILLEM
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Dr GUILLEM (oncologue médical) Dr GAILLARD (oncogériatre)
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>L'oncogériatrie est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle.</p> <p>Cette-fiche action est donc complémentaire de celle sur l'oncologie.</p> <p>Elle est centrée sur la réalisation du score G8 dès la 1^{ère} consultation afin de préciser l'orientation du patient.</p> <p>Analyse des besoins par bassin de proximité (ou activité) avec discussion des attentes sur chaque site.</p> <p>Cette étape reste indispensable pour déterminer la pertinence d'une consultation avancée sur chaque site.</p> <p>Déploiement territorial de la prise en charge en filière des patients âgés atteints de cancer avec l'organisation des consultations d'oncologie gériatrique sur les trois sites BRIANCON EMBRUN Sisteron, poursuite et renforcement de la consultation d'oncologie gériatrique sur le CHICAS (pluridisciplinarité)</p> <p>Renforcement de la filière oncologique territoriale</p> <p>Etude secondaire de la pertinence d'une consultation sur le site de la Clinique des Alpes (parcours de soins) une collaboration public/privé n'est pas inscrite dans le cadre réglementaire du GHT mais il semblerait pertinent de réfléchir sur l'optimisation du parcours de soins des patients diagnostiqués à la clinique</p> <p>Poursuite du travail de collaboration régional avec l'UCOG PACA Ouest (déjà existant)</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	<p>Création de l'UF structure + déploiement du temps médical sur chaque site selon les résultats des besoins exprimés et l'analyse des données des DIM (préalable incontournable)</p> <p>Durée du projet 5 années</p>
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	<p>Améliorer l'accès à une prise en charge des patients âgés atteints de cancer avec les évaluations de proximité et l'intégration rapide dans une filière de soin</p> <p>Consolider la coordination du parcours de soins des patients atteints de cancer pendant leur traitement</p> <p>Limiter les retards de prise en charge (diagnostique et thérapeutique)</p>
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	<p>Mise à jour le cas échéant de la procédure d'évaluation oncogériatrique et du contenu de la consultation standardisée suivant les recommandations de l'INCA.</p> <p>Amélioration de la qualité de vie</p>

	<p>Consolider une offre de proximité (évaluation, intégration filière, organisation des parcours de soin), consolider l'autorisation sur le site de BRIANCON</p> <p>Augmentation de l'activité en limitant les fuites vers des structures éloignées parfois inadaptées à la fragilité des sujets âgés avec des transports de moins en moins remboursés</p> <p>Economie globale sur les transports médicalisés (à chiffrer)</p>
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	<p>Consultations pluridisciplinaires oncogériatrie à GAP + consultations avancées (médicales et paramédicales) sur les sites d'EMBRUN BRIANCON Sisteron</p> <p>Logistique des dossiers, salles de consultations,</p> <p>Evaluations spécifiques médicales et paramédicales</p> <p>Visioconférence territoriale déjà en place sur l'oncogériatrie</p> <p>Médecins traitants, spécialistes d'organes ...</p>
MOYENS NECESSAIRES	<p>Sous réserve de l'analyse des besoins préalables pour chiffrer les moyens nécessaires, il faudrait (en plus de ce qui existe déjà sur cette activité) 0.5 ETP médical spécialiste partagé (0.30 Dr GUILLEM, 0.20 Dr GAILLARD) pour déployer 58 jours par an de présence sur d'autres sites</p> <p>Le recrutement d'un ETP assistant généraliste sur le court séjour gériatrique site de GAP est indispensable pour compenser le temps médecin déployé sur cette activité</p> <p>Il est nécessaire de recuter également 1 ETP IDE formé à l'oncologie gériatrique (protocole de coopération, pratique avancée, gestion des dossiers d'évaluation, de consultations, RCP oncogériatrie régionale, compte rendu, synthèse, base de données, rapport d'activité)</p>
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	<p>Nouveaux patients diagnostiqués et adressés pour prise en charge (analyse plus de 75 ans)</p> <p>Consultations avancées de suivi, consultation d'annonce, remise PPS, chimiothérapie orale</p> <p>Nombre d'évaluations réalisées Nombre de patients mis en traitement</p> <p>Survie globale (date du diagnostic, date du décès)</p> <p>Analyse des fuites</p>
RESULTATS OBTENUS	Meilleure orientation du patient
PLANNING PRÉVISIONNEL	<p>Discussion préalable avec les acteurs de terrain 2017</p> <p>Validation des instances pour une mise en œuvre avant mise en place</p>
COMMENTAIRES	<p>Le Centre Hospitalier Intercommunal des ALPES du SUD est titulaire de l'autorisation de traitement médical du cancer.</p> <p>La prise en charge des traitements spécifiques du cancer se réalise au sein de l'hôpital de jour polyvalent (hébergement) pour les patients gériatriques complexes et fragiles qui le nécessitent, avec optimisation des soins de supports pour cette population spécifique.</p> <p>Un diagramme oncogériatrique spécifique est renseigné par l'équipe soignante, traçant l'évolution des critères de fragilités repérés de façon à mettre en place des interventions précoces. Il trace aussi le suivi des toxicités du protocole et les connaissances acquises par les patients des soins de support nécessaires.</p> <p>Le dispositif d'annonce est assuré par les infirmières du dispositif d'annonce</p> <p>Nécessité d'analyser au préalable avec les acteurs concernés des deux filières (oncologique et gériatrique) la pertinence d'une telle offre de soin</p> <p>Analyses médicoéconomiques plus fines des besoins mais aussi des économies réalisées par les caisses d'assurance maladie sur les transports</p>

Problématique du dossier médical partagé actuellement inexistant sur le territoire

ANNEXE : document sur la prise en charge des patients âgés atteints de cancer

Fiche action n°31 : Développer l'activité de chirurgie gynécologique, notamment dans le cadre de la cancérologie, en lien avec l'IPC

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Développer l'activité de chirurgie gynécologique, notamment dans le cadre de la cancérologie, en lien avec l'IPC Rédiger un avenant à la convention avec l'IPC pour développer l'accompagnement et la formation des compétences en chirurgie gynécologique (notamment sur BRIANCON)
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Femme-Enfant
RESPONSABLE DE L'ACTION	A définir
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	L'Institut Paoli CALMETTE à MARSEILLE La Fédération de cancérologie Les chirurgiens gynécologues de GAP et BRIANCON
DESCRIPTION DE L'ACTION	Préparer l'avenant et les modalités d'intervention avec l'IPC
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	A définir
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	C'est consolider la qualité des prises en charge en chirurgie gynécologique notamment oncologique pour récupérer des parts de marchés.
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Un avenant signé
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	
MOYENS NECESSAIRES	Temps de travail de rédaction et de concertation
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Opérationnalité
RESULTATS OBTENUS	A définir
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche action n°32 : Développer l'activité obstétricale et favoriser l'attractivité des maternités sur le territoire

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Développer l'activité obstétricale et favoriser l'attractivité des maternités sur le territoire
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Femme-enfant
RESPONSABLE DE L'ACTION	Obstétriciens des établissements du GHT
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (INTERNES ET EXTERNES)	Accord ARS ?
DESCRIPTION DE L'ACTION	Créer d'une salle d'accouchement physiologique : « salle nature » Cette action s'inscrit dans le contexte de l'expérimentation des maisons de naissances développées en France depuis 2016. Toutefois, au moment de la rédaction du PMP la filière femme-enfant n'a pas formulé un souhait de création d'une maison de naissance. Il s'agirait davantage de créer un espace physiologique d'accouchement pour répondre à la demande des femmes à la recherche d'une médicalisation modérée
CALENDRIER DE L'ACTION (DATE DE DEBUT ET DATE DE FIN PREVISIONNELLE)	Court terme
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Récupération de parts de marchés pour une clientèle très spécifique Diversification des activités des sages-femmes
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	« Salle nature » fonctionnelle
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Professionnels de la filière femme-enfant
MOYENS NECESSAIRES	Budget prévisionnel à évaluer
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A définir
RESULTATS OBTENUS	Satisfaction d'une clientèle spécifique (volume d'activité annuel à estimer au préalable)
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n°33 : Renforcer la pédopsychiatrie de liaison

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Renforcer la pédopsychiatrie de liaison
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Femme-enfant
RESPONSABLE DE L'ACTION	Les professionnels des deux filières de la psychiatrie et « femme-enfant »
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Il s'agit d'une action en cours (par l'augmentation d'un temps de psychologie pour les patients ou les équipes de GAP ainsi qu'un temps d'IDE pour la psychiatrie de liaison à BRIANCON) mentionnée dans le PMP parce qu'elle fait le lien entre les établissements du groupement et pour une population qui fait l'objet d'actions prioritaires.</p> <p>L'action se déroule en six étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préciser les missions et activités à réaliser par l'offre de soins de liaison • Définir les moyens humains et matériels requis par une offre de soins de liaison • Etablir un calendrier de déploiements de postes existants ou de création de postes nécessaires par catégories professionnelles • Préparer les modes opératoires de l'offre de soins ambulatoire • Etablir les modalités de suivi et de traçabilité des soins réalisés dans le cadre de la liaison • Prévoir le cas échéant un plan de formation continue
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	A définir
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Consolidation des liens entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Processus rédigé et ETP identifiés
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Professionnels de santé des deux filières de psychiatrie et femme-enfant
MOYENS NECESSAIRES	Des moyens sont déjà identifiés pour la pédopsychiatrie de liaison. Ils seront le cas échéant à renforcer en fonction des perspectives d'activité définies par les professionnels de la psychiatrie et de la filière « femme-enfant ».
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Opérationnalité
RESULTATS OBTENUS	A définir
PLANNING PRÉVISIONNEL	Action en cours
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n°34 : Favoriser l'attractivité des postes en gynécologie et pédiatrie

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Favoriser l'attractivité des postes en gynécologie et pédiatrie notamment par le lien avec l'IPC et formation possible et la possibilité d'intervenir sur le CHICAS pour de la chirurgie oncologique en gynéco avec suivi post opératoire assuré par les équipes du CHICAS pour un chirurgien initialement sur BRIANCON
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Femme-enfant
RESPONSABLE DE L'ACTION	Obstétriciens des établissements du GHT
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (INTERNES ET EXTERNES)	A définir
DESCRIPTION DE L'ACTION	A définir
CALENDRIER DE L'ACTION (DATE DE DEBUT ET DATE DE FIN PREVISIONNELLE)	A définir
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	A définir
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	A définir
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	A définir
MOYENS NECESSAIRES	A définir
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A définir
RESULTATS OBTENUS	A définir
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche action n°35 : Renforcer la consultation gynécologique et l'échographie

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Renforcer l'échographie à EMBRUN et la consultation gynécologique
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Femme-enfant
RESPONSABLE DE L'ACTION	A définir
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (INTERNES ET EXTERNES)	Les cadres et sages-femmes des établissements du GHT
DESCRIPTION DE L'ACTION	Etablir un tableau partagé des présences – absences des sages-femmes du GHT. Définir les modalités de suppléances de manière anticiper pour les congés prévisionnels.
CALENDRIER DE L'ACTION (DATE DE DEBUT ET DATE DE FIN PREVISIONNELLE)	Immédiat
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Une continuité de l'offre de soins sur EMBRUN
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Tableau de bord de suivi
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Sages-femmes
MOYENS NECESSAIRES	Aucun
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	Pas de rupture de l'offre de soins
RESULTATS OBTENUS	Efficiencie
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Cette action n'est pas proprement stratégique mais de réalisation simple elle permettrait d'assurer la continuité d'une offre de soins à EMBRUN tout en concrétisant une mutualisation de moyens entre deux établissements du GHT.

Fiche action n°36 : Améliorer les relations avec les centres de référence – maternité de niveau 3 pour fluidifier les parcours des nouveaux nés

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Approfondir les modalités de transfert des nouveaux nés issus des niveaux 3 depuis un CHU avec notamment leur évaluation préalable dans les établissements du GHT
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Femme-enfant
RESPONSABLE DE L'ACTION	Les chefs de service de la gynécologie-obstétrique de GAP
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (INTERNES ET EXTERNES)	Les CHU et les établissements du GHT
DESCRIPTION DE L'ACTION	Cette action est une préoccupation importante des professionnels de la filière « femme-enfant » ayant pour finalité la sécurisation des soins aux nouveaux nés relevant des niveaux 3. L'action consistera en la mise en place formelle d'un travail de rédaction d'un protocole de retour qui devra être validé par tous les partenaires concernés
CALENDRIER DE L'ACTION (DATE DE DEBUT ET DATE DE FIN PREVISIONNELLE)	A définir
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	Amélioration de la qualité des prestations du GHT
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	Protocole validé
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Professionnels de la filière
MOYENS NECESSAIRES	A définir
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	A définir
RESULTATS OBTENUS	A définir
PLANNING PRÉVISIONNEL	A définir
COMMENTAIRES	Pas de commentaire

Fiche-action n° 37: Créer un système informatisé de Laboratoire, SIL commun

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Système Informatisé de Laboratoire, SIL commun
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Biologie médicale
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Laboratoire +DG +DSI
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Biologistes des 2 sites et techniciens pour le paramétrage Direction des systèmes d'information (DSI) +++
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<p>SIL unique, préalable indispensable :</p> <p>Le SIL permet le Chainage prescriptions d'analyse / prélèvement ☒☒</p> <ul style="list-style-type: none"> - communication avec les automates de laboratoire - traitement et la validation des résultats (technique et biologique) - gestion du contrôle qualité - communication des résultats aux demandeurs - cotation des actes et facturation - production des statistiques nécessaires au pilotage de l'activité : • Pré requis pour la prescription connectée • Gestion de la biologie délocalisée • Résultat disponible au plus tôt pour le demandeur, quel que soit le lieu de réalisation des analyses, et visibilité consolidée de l'historique des données biologiques du patient tout au long du parcours du patient au sein du GHT • SIL commun • serveur de résultats commun portail accès internet aux externes et prescripteurs non hospitaliers • serveur de rapprochement d'identités • Outils intermédiaires harmonisés : Middleware, Gestion des CIQ, gestion documentaire, gestion des stocks, gestion de la qualité (non conformités, audits, plans d'actions qualité)outils de validation automatique • Manuel de prélèvements commun = harmonisation des pratiques (biologiques et cliniques = Conduites à tenir/prélèvements bactériologiques....), des consommables (milieux de transport ...)
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	<p>Critique</p> <p>CCTP en cours de finalisation, publication avant juin 2017</p> <p>injonction du COFRAC pour changer le SIL (février 2017)</p> <p>Mise en production juin 2018</p>
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</i>	<p>Projet structurant : paramétrage des examens commun....</p> <p>Marché unique, CCTP commun</p> <p>Outil commun pour la validation biologique</p> <p>Astrainte commune entre GAP et BRIANCON difficilement envisageable mais</p>

	<p>possibilité de renfort ponctuel. Maintien des 2 lignes d'astreinte biologiste (CHICAS-BRIANCON)</p> <p>Sous produits +/- importants en fonction du SIL choisi : manuel de prélèvements, messagerie, gestion documentaire, gestion du CIQ, colisage....</p> <p>Facilité des extractions : Indicateurs d'activité, Statistiques</p> <p>Codage des dossiers permettant un codage des pathologies optimisé : dénutrition, BMR, troubles électrolytiques</p> <p>Interfaçage avec des SIH différents</p> <p>Manuel de prélèvement commun, couplé au SIL, en ligne</p> <p>Mise en place de la prescription connectée permettant aux biologistes de travailler à la « juste prescription » en collaboration avec les prescripteurs</p>
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	<p>Cahier des charges pour appel d'offre et mise en concurrence</p> <p>Déploiement harmonisée sur les deux sites</p>
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	<p>Voir le problème des identités patients, de la confidentialité, de la sécurité, de l'hébergement des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - DSI - Cellule des marchés territoriales <p>Associer le service de facturation au paramétrage du SIL</p>
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	<p>Investissement immédiat important (≈ 400 000 €)</p> <p>Paramétrage, harmonisation des dictionnaires : temps biologistes et techniciens, évalué à 3 personnes à temps plein pendant 7 mois - faire une demande à l'ARS pour une aide ponctuelle</p> <p>Formation des utilisateurs : administrateurs, référents, utilisateurs (inclus dans l'appel d'offres, mais nécessite du temps de formation)</p> <p>Nécessitera beaucoup de temps agent (technicien, secrétaire, biologiste)</p>
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	Déploiement opérationnel du SIL
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	Evaluation à prévoir à 6 mois puis un an
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	<p>mai 2017 : concertation avec CH BRIANCON , entre les 2 structures</p> <p>sep 2017 : Choix du SIL</p> <p>oct 2017 : Livraison – formation</p> <p>oct 2017– mai 2018 : Paramétrage</p> <p>Fev. 2018 : Visite de surveillance du COFRAC, risque d'écart critique : le délai de mise en œuvre d'un plan d'action permettant de résoudre l'écart est de 3 mois si écart critique, 6 mois si écart non critique.</p> <p>début juin 2018: Mise en production</p>
<i>COMMENTAIRES</i>	Projet à l'étude, démarrage de la phase concrète imminent

Fiche-action n°38 : Coordonner les équipements biomédicaux

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Equipements biomédicaux coordonnés
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Biologie médicale
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Laboratoire
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Biologistes des 2 sites Direction des achats (cellule des marchés), Service Biomédical (1 sur chacun des 2 sites),
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	Equipements biomédicaux coordonnés (appareils semblables, même fournisseur) <ul style="list-style-type: none"> - pour un type d'examens (biochimie, hématologie, hémostase, immunoanalyses....) - ou un type d'application (surveillance des températures, gestion de stocks, pilotage du contrôle qualité, gestion documentaire, gestion de la qualité/non conformités/audits qualité....
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	<p>en cours, à poursuivre ; déjà réalisé pour les gazométries (GAP-Sisteron-BRIANCON), la Surveillance des températures : VIGITEMP</p> <p>Plan d'équipement CHICAS, à réactualiser, fonction du SIL commun :</p> <p><u>2017 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SIRSCAN (antibiogrammes) = 55 000 € • 6 Automates d'hémoculture (renouvellement) = 300 000 € • SIL sans Middleware • Système de validation automatique de dossiers (Valab) = 29 000 € • PCR Multiplex (MAD ou location) • Traitement des effluents (Transport et neutralisation) • Etaleur colorateur lames pour l'Hématologie (sur GAP) <p><u>2018 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifications bactériennes en spectrométrie de masse : 180 000 € • Cytologie urinaire : 60 000 € (permet l'accréditation plus simple des ECBU) <p><u>2019 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Renouvellement automates Biochimie Immuno + Automate préanalytique (MAD ou location) • Automate immunoanalyse pour les analyses urgentes du CHEB (hcg, bnp troponine pct..) +back-up <p><u>2020 :</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Renouvellement 4 automates d'Hémostase Stago : 200 000 € • Renouvellement 2 automates gazométries (BRIANCON) • Renouvellement automate d'Immuno-Hématologie • Extension automate Biologie moléculaire (2 tiroirs) : 18 000 €
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</i>	<p>Marché unique (par type de produit)</p> <p>Diminution du nombre de logiciels à connaître et à utiliser : formations des utilisateurs simplifiées (intérêt majeur pour les personnels qui sont amenés à travailler sur plusieurs sites ou pour les soignants)</p> <p>Dépannage entre sites simplifié</p> <p>Compte rendu de résultat homogène (mêmes valeurs de référence...)</p> <p>Démarche accréditation simplifiée : dossiers de vérification de méthode communs</p>
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	<p>Les Immunoanalyses sont déjà mutualisées sur le site de GAP</p> <p>Le logiciel de suivi des températures est le même sur tous les sites : VIGITEMP</p> <p>Le CCTP pour les immunoanalyses prévoit une facturation au coût patient à partir de mai 2017-pour le CHEB, déjà en place sur le CHICAS</p> <p>L'équipement de Biochimie au CH BRIANCON est en location de manière à pouvoir évoluer sans délai</p>
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	<p>DSI</p> <p>cellule des marchés</p> <p>service biomédical</p>
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	<p>investissements biomédicaux</p> <p>connexions informatiques, middleware communs</p> <p>Attention ! faire le point sur les fonctionnalités du prochain SILL logiciel actuel (Sapanet) est en fin de vie, aucune nouvelle version n'est prévue pour SAPANET.</p> <p>Besoin en logiciel pour la gestion des dossiers de vérification de méthodes à envisager + logiciels annexes (manuel de prélèvements)</p>
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	<p>Respect du plan d'investissement</p>
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	<p>Selon évaluation à six mois puis un an</p>
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	<p>Fin 2017 : un choix doit avoir été fait pour les identifications bactériennes (projet spectrométrie de masse type Malditoff) de manière à adapter les commandes I2A (arrêt de commercialisation fin 2018 avec pré commandes fin 2017)</p> <p>Le prochain appel d'offres pour les produits de bactériologie, milieux de</p>

	<p>culture, TROD permettra une harmonisation</p> <p>Le projet pluriannuel jusqu'en 2020 est à adapter au fur et à mesure de l'avancement des projets et en fonction des priorités (fin de contrat, matériel HS, transport des échantillons...) et des stratégies définies par ailleurs</p>
<i>COMMENTAIRES</i>	<p>L'harmonisation des équipements permet également des procédures générales harmonisées</p> <p>Un cadre juridique commun facilitant les achats peut être utilisé dès 2017 (SIL)</p>

Fiche-action n°39 : Etablir d'un circuit de ramassage des échantillons biologiques

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Logistique : établissement d'un circuit de ramassage des échantillons biologiques
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Biologie
RESPONSABLE DE L'ACTION	Direction logistique du CHICAS + CHB BRIANCON
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Biologistes des 2 sites, Directions
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p><u>Objectif</u> : mettre en place des navettes entre BRIANCON – Aiguille – EMBRUN – Laragne – GAP – Sisteron jusqu'à Marseille (AP-HM site hôpital Nord) et prévoir les transports additionnels pour les urgences non programmables</p> <p><u>Situation actuelle</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHICAS s'occupe déjà du site de Laragne : le circuit GAP – Sisteron – Laragne, est fonctionnel. Il manque l'équipement pour échantillons congelés (assuré par TSE), et exceptionnellement à 37°C - le site d'Aiguille n'est pas géré (pris en charge par le laboratoire privé d'EMBRUN) - les PSL sont pris en charge par une Société de taxi en contrat ; l'appel d'offres est renouvelé régulièrement - Pour le CHEB, les PSL sont acheminés 6 jours/7 par la société Bioservice et de manière ponctuelle pour les urgences par les ambulances Altitude et Clariond. <p>Certains examens sont sous traités au CHU de GRENOBLE, le rapatriement des examens est fait gratuitement</p> <p>Les prestations pour les consultants externes sont quelquefois facturées directement par le laboratoire exécutant : vérifier la réglementation à ce sujet</p> <p>CHU GRENOBLE : avantage = rapatriement gracieux des échantillons, inconvénient = facturation à 3 mois ; l'adéquation des SIL est nécessaire</p> <p>Le changement de sous traitant (AP-HM à la place de Biomnis +/- CHU GRENOBLE) ne peut se faire que lorsque la logistique sera organisée.</p> <p><u>Suite du projet</u> :</p> <p>Poursuite des études en cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coûts de mise en place - Des hôpitaux sur le trajet BRIANCON -Marseille pourraient être intéressés (Digne, Manosque...) - Des études préliminaires ont été réalisées ; certaines tournées sont mutualisables avec le transport d'autres marchandises du CH (linge...)
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	<p>Le marché avec Biomnis, incluant l'acheminement des échantillons via TSE, n'a pas été renouvelé (contrat tacite)</p> <p>Le début du marché avec AP-HM n'a pas été acté, en attente de l'organisation de la logistique</p> <p>Les études de faisabilité se poursuivent</p>
RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE	<ul style="list-style-type: none"> - Internalisation de la part des transports actuellement réalisés par TSE pour Biomnis dans le cadre de contrat(s) de sous-traitance des

	<p>examens spécialisés pour CHICAS et CHB : surcoût à prévoir ; actuellement, Eurofins Biomnis offre une prestation de ramassage des échantillons par TSE évaluée à 100 000 €/an</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les examens HN sous traités à Eurofins Biomnis sont de plus en plus coûteux, la tarification étant libre ; le coût serait inférieur en cas de sous traitance à l'AP-HM - Des examens sous traités par CH BRIANCON pourraient être réalisés sur le site de Sisteron : électrophorèses des protéines, certains marqueurs tumoraux, examens de biologie moléculaire en bactériologie (PCR multiplex en projet à GAP)
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du coût d'équipement des véhicules : équipement en enceintes thermostatées (3 ou 4 températures : congelé, ambiante, réfrigéré, 37 °C pour les cryoglobulines), et sondes de température • Evaluation du coût des transports internalisés à compléter : le coût pour une navette au quotidien GAP/BRIANCON /GAP a été évalué à 48553 €/an pour 1 poste • Evaluation d'un logiciel de colisage (inclus dans le SIL) • Formation / Habilitations des chauffeurs par le laboratoire • Définition des plans de tournées • Dispositions prises pour des solutions annexes/plan de secours : colibri TSE.....
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	<p>Direction (logistique) : Chauffeurs Direction des achats Biologistes : détermination des examens sous traités et priorités d'acheminement/d'analyses Les Examens sous traités sont en lien avec le projet médical : quel est le recrutement prévu de médecins spécialistes (médecine interne / autoimmunité...) ?</p>
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de tournées - nombre d'échantillons transmis - nombre de transports additionnels (urgences) - non conformités liées au transport (hors délai, température non respectée = examen non réalisé ou retard pour l'obtention du résultat) - coût des examens hors nomenclature
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	En fonction de l'évaluation à six mois puis un an
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	<p>juin 2017 : un essai est prévu de navette GAP-BRIANCON puis BRIANCON - GAP par la société Bioservice (en contrat avec l'EFS pour les PSL) 2018 : prémices d'une navette de Territoire</p>
<i>COMMENTAIRES</i>	<p>Les échantillons du CH d'EMBRUN seraient facilement récupérables AP-HM : ne prennent en charge que ce qu'ils savent faire + IPC + Institut Hospitalo Universitaire (IHU) : garder une petite part Biomnis ? – voir négociation avec AP-HM, avec Biomnis</p>

Fiche-action n°40 : Mener l'accréditation de la biologie médicale

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Accréditation selon les normes NF EN ISO 15189, 22870 (biologie médicale délocalisée), 17025 (analyses environnementales)
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Biologie médicale
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Laboratoire
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Biologistes des 2 sites Direction qualité, Service Biomédical (métrologie...)
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<p>Accréditation obligatoire de 100 % des Examens de Biologie Médicale à l'horizon 2020</p> <p>Management de la qualité à optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ équipe formée des personnes motivées ayant les compétences et connaissances requises : DU qualité, expérience des dossiers de validation de méthode, formation à l'audit qualité, formation à la métrologie, connaissances des normes et référentiels opposables.... ✓ aide d'un ingénieur Qualité ou équivalent : aides ponctuelles (approche processus et gestion des risques), gestion des relations avec le COFRAC (constitution du dossier pour chaque évaluation, suivi des écarts et des plans d'action), suivi de la portée d'accréditation en relation avec les objectifs COFRAC/ARS, organisation des réunions qualités et suivi des non conformités. La gestion de l'accréditation s'alourdit avec l'augmentation des secteurs accrédités ✓ Mutualisation, harmonisation des pratiques : un seul Manuel Assurance Qualité, un seul manuel de prélèvement....
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	<p>en cours</p> <p>Actuellement, l'accréditation a été notifiée pour plusieurs sous familles, à BRIANCON comme à GAP-Sisteron :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GAP-Sisteron : Hémostase, Biochimie générale et spécialisée, Bactériologie (biologie moléculaire) - BRIANCON : Biochimie générale et spécialisée - Immuno-hématologie - Sérologie infectieuse <p>L'objectif de 50 % des examens accrédités est atteint (environ 80 % des examens accrédités sur le site CHB et 60 % sur le site CHICAS) Les 2 sites bénéficient de l'accréditation obtenue par l'autre site (sous réserve de mise en œuvre de la portée flexible)</p> <p>Prochaines échéances :</p> <p>70 % des examens accrédités au 1^{er} novembre 2018 : nécessité de procéder à des ajouts ou de demander des examens en extension</p> <p>100 % des examens accrédités en 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attention ! après cette date, les examens non accrédités ne pourront

	<p>pas être réalisés avant la visite et la notification du COFRAC (analyses environnementales...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le laboratoire doit dès à présent définir sa stratégie : sous familles manquantes, méthodes dans chaque sous famille, sites - Le COFRAC va manquer d'auditeurs à l'approche de 2020 <p>1° échéance, 70 % des examens accrédités au 1° novembre 2018 : le laboratoire est accrédité pour environ 2/3 de ses examens. Cet objectif ne sera pas trop difficile à atteindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de la Portée flexible (ajouts) - Extensions <p>2° échéance, 100 % des examens accrédités en 2020 :</p> <p>Selon la stratégie définie, voir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sous familles manquantes - méthodes dans chaque sous famille - sites non accrédités - sous familles non accréditées - EBMD (norme NF EN ISO 22870) - Analyses environnementales (norme NF EN ISO 17025) <p>L'accréditation des analyses environnementales n'est pas obligatoire pour 2020. On ne souhaite pas accréditer ces analyses pour 2020. Le délai sera réévalué en fonction de l'état d'avancement des autres projets et des ressources disponibles.</p>
<p><i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</i></p>	<p>Conformité réglementaire, amélioration de la qualité globale des prestations du laboratoire</p> <p>Accréditation de 100 % des Examens de Biologie Médicale à l'horizon 2020, indispensable pour la certification de l'établissement de santé</p> <p>visites de surveillance : S3 février 2018, S4 février 2019, Renouvellement Février 2020</p> <p>visites d'extension : à prévoir par le laboratoire (envoi de la demande au COFRAC)</p>
<p><i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i></p>	<p>Notification d'accréditation des examens</p>
<p><i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i></p>	<p>Biologistes des 2 sites, direction qualité</p> <p>L'ensemble du personnel du laboratoire : Techniciens de laboratoire, secrétaires...</p>
<p><i>MOYENS NECESSAIRES</i></p>	<p>Temps qualitatif : détermination d'indicateurs en lien avec l'approche processus et la maîtrise des risques, évaluation du risque final, gestion du dossier COFRAC (liste des examens rendus sous accréditation, extensions/ajouts, envoi des dossiers au COFRAC avant chaque évaluation, suivi des plans d'actions suite aux écarts...), RDD</p> <p>Temps dédié accréditation : Dossiers de Vérification de Méthode, rédaction et révision de la documentation</p> <p>Outils : fonction du choix du SIL, de la (non) pérennité de Sapanet ; harmonisation avec le CH BRIANCON (utilisation de Kaliweb établissement)</p> <p>Fonctionnalités dont doit disposer le laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration et suivi des DVM (cf. BRIANCON) • Gestion documentaire

	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des stocks • Gestion des habilitations, matrice de compétence • Gestion des non conformités, réclamations, fiches d'événements indésirables • Messagerie • Comptes rendus de réunion
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	<p>Nombre d'examens accrédités et %</p> <p>Nombre d'examens/sous familles non encore accrédités</p> <p>Nombre d'écarts (indicateur peu pertinent)</p> <p>Coût d'une évaluation (moins coûteux en € et en temps si peu d'écarts)</p>
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	<p>% sous familles accréditées</p> <p>% méthodes accréditées</p> <p>% examens accrédités</p>
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	<p>Nov 2018 : 70 % des examens accrédités</p> <p>2020 : 100 % des examens accrédités en 2020 :</p>
<i>COMMENTAIRES</i>	<p>Le laboratoire de GAP a individualisé dans sa comptabilité des « B qualité » correspondant aux analyses des échantillons de qualité, CIQ et EEQ. Une analyse plus fine de ce point pourrait être envisagée : optimisation du nombre de contrôles réalisés dans une logique bénéfice/risques, contrat pour les réactifs en coût patient, information à obtenir des sociétés de diagnostic pour définir les maintenances impactant sur le processus de mesure.</p> <p>Cependant, la qualité est partie intégrante de l'exercice de la biologie médicale et ne se résume pas au coût des échantillons de contrôle de qualité, CIQ et EEQ. Elle n'est généralement pas individualisée au niveau du décompte des B mais est évidemment à prendre en compte au travers de la formation (DU qualité, formation à l'audit interne...), des essais pour les dossiers de validation/vérification de méthodes, du maintien des compétences du personnel, de la gestion de l'accréditation et évaluations du COFRAC, des investissements (métrologie....), des réactifs et consommables (programmes d'EEQ et CIQ) A noter qu'une gestion optimisée de l'accréditation facilite les évaluations, encourage les équipes et réduit les factures du COFRAC.</p> <p>L'équipe de biologistes a acquis une certaine maturité pour la démarche accréditation. Le Système de Management de la Qualité est cependant encore jeune et nécessite un investissement important ; à la lumière de cette expérience encore courte, l'optimisation de la démarche qualité et des moyens devrait permettre d'atteindre les objectifs réglementaires.</p>

Fiche-action n°41 : Mettre en place la métrologie

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Métrologie
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Biologie
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Service biomédical
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Biologistes des 2 sites Directions
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recenser les coûts actuels des contrôles effectués par les prestataires pour la biologie (direction financière) 2. Optimiser le coût des prestations externalisées : recensement du parc de pipettes des 3 sites, étude de coût location versus achat des pipettes..., ajustement des contrôles au « juste nécessaire » en fonction des exigences métrologiques (laboratoire) 3. Recenser les besoins globaux des établissements (pharmacie, chambres froides, PSL,) (direction) 4. Internalisation de la prestation (par prise en charge au niveau biomédical ou laboratoire)
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	A définir
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</i>	Internalisation d'une partie des prestations de métrologie : contrôle des pipettes, cartographies des enceintes chaudes et froides..., engendrant une diminution des coûts Poste pour un technicien du laboratoire (redéploiement GAP ou BRIANCON) ou technicien biomédical.
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Tableau des besoins en métrologie du laboratoire : actuels et futurs en adéquation avec l'avancée de l'accréditation Tableau des besoins en métrologie des secteurs autres que le laboratoire
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Laboratoire Direction Service biomédical
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	Personnel dédié (service biomédical ? redéploiement d'un technicien de laboratoire ?) Formation à la métrologie Acquisition du matériel nécessaire : sondes de température raccordées, balance et poids raccordés... Accréditation selon les normes en vigueur
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	nombre de contrôles obligatoires contrôles effectués/ sous traités
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	source d'économie et possibilité de redéploiement de postes techniques Etude de coûts nécessaire, matériel à acquérir, RH nécessaire sur 1.5 postes Poste à priori peu attractif

Fiche-action n°42 : Favoriser l'attractivité des postes de biologistes sur le territoire des ALPES du SUD

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Favoriser l'attractivité des postes de biologistes sur le territoire des ALPES du SUD
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Biologie
RESPONSABLE DE L'ACTION	Direction des Affaires Médicales, CME, Biologistes
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	Biologistes des 2 sites Directions
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Veiller à l'attractivité des postes de biologistes pour éviter une vacance de poste(s) qui serait très préjudiciable à l'organisation du GCS/GHT (difficultés prochaines de recrutement ?) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Développer la collaboration avec l'AP-HM</u> (internes, correspondants biologistes, participation à des réunions/formations), suivi technologique (plan d'investissement biomédical), amélioration des prestations (examens et délai) en infectiologie en particulier • Développer une activité à BRIANCON en <u>Hygiène environnementale</u> de manière à augmenter l'activité du laboratoire et l'attractivité du poste de biologiste (cf. fiche action Hygiène environnementale) • Poursuivre la politique engagée d'accueil des <u>internes</u> pour faire connaître les laboratoires hospitaliers ; demander un agrément pour l'accueil des internes <p><i>La Mutualisation des fonctions de référents-fonctions clé, a des limites :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des correspondants doivent être définis sur chaque site, Ex. réactovigilance (logiciel gestion des stocks pouvant aider ++++), métrologie, ... • La mutualisation des astreintes est difficilement envisageable (distance +++) <p>Des auditeurs internes sont formés sur les 2 sites, permettant des audits croisés ; la charge de travail va s'amplifier au fur et à mesure des domaines couverts par l'accréditation (audit annuel requis)</p> <p><u>Paramétrage du SIL</u> Besoin d'un renfort pour dégager du temps biologiste pour le paramétrage du SIL</p> <p><i>Gestion de la démarche qualité :</i></p> <p>Les biologistes ne doivent pas oublier leur cœur de métier. Les tâches typiquement de gestion de la qualité doivent pouvoir être déléguées : mise en place d'une approche processus, indicateurs, gestion des relations avec le COFRAC, programmation/réalisation des audits internes, préparation des Revues de Direction annuelles, animation des réunions qualité</p> <p><i>Services supports :</i></p> <p>Faire le point sur les tâches réalisées par les biologistes qui ne sont pas de leur domaine de compétence (facturation, gestion des identités, problèmes de commandes, métrologie, dactylographie de documents...) Les services supports ne doivent pas entraîner de surcroît de travail au laboratoire :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que la mutualisation des achats, la gestion de stocks informatisée, la délégation de commande par la direction support (abonnement, marchés ...) optimisent le processus d'achat • Implication de la DSI pour faire respecter les préconisations du laboratoire par les IDE, Sages-femmes • Vérification de la facturation, en lien avec la qualité de facturation du sous traitant et le paramétrage du SIL. Qui gère les réclamations ?
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	lié à l'avancement des différents projets
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</i>	Recrutement d'un biologiste au départ de M. Dr Vaché (octobre 2017) Attractivité des postes de biologistes de BRIANCON : cf. fiche action hygiène environnementale Maintien de postes de techniciens : cf. fiches action hygiène environnementale, métrologie Augmentation de la productivité par des nouveaux marchés : cf. fiche d'action EBMD, Clientèle externe
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	A définir
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	A définir
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	A définir
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	coût du B recettes et diminution des factures pour l'Hygiène environnementales
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	octobre 2017 : recrutement d'un biologiste en remplacement M. Dr Vaché (poste d'assistant– pas de candidat pour l'instant) Développement de l'hygiène environnementale : après le changement de SIL ? (fin 2018)
<i>COMMENTAIRES</i>	point critique : nécessité de disposer de biologistes très impliqués dans tous les projets au moment où ils se font rares (plusieurs départs en retraites prévus, manque de biologistes sur le marché) Débaucher des biologistes privés ayant un poste peu attractif sur un site pré-post analytique ou avec un statut de TNS ?

Fiche-action n°43 : Agir sur l'hygiène environnementale de biologie

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Hygiène environnementale
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Biologie
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Laboratoire
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Biologistes des 2 sites Directions
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	Recenser les besoins globaux des établissements du GHT (contrôle des eaux, recherche de légionelles, contrôle de l'air, contrôle des surfaces....) Acquérir le matériel et les compétences nécessaires
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	à définir
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Internalisation d'une partie des prestations sous traitées actuellement engendrant une diminution des coûts pour l'hôpital Poste de travail pour un technicien de laboratoire Développement d'une activité de journée, programmable, sur le site de BRIANCON Attractivité du poste pour un biologiste, en complément de l'activité de biologie hospitalière
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	A définir
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Biologistes
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel formé, partagé avec l'activité de biologie médicale • Formation aux analyses environnementales (biologiste et techniciens) : prélèvement sur site et hors site, réalisation des examens • Acquisition du matériel nécessaire : 20 à 30 000 € • Formation des biologistes (analyses d'eau et d'air : interprétations, conseils) • Accréditation selon les normes en vigueur : NF EN ISO 17025 Délai à définir selon avancement et ressources disponibles
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	nombre d'examens effectués/ sous traités
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	En fonction de l'évaluation à six mois puis un an
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	Possibilité de répondre à des appels d'offres dès l'accréditation obtenue

Fiche-action n°44 : Développer la clientèle externe de la biologie

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Développement de la clientèle externe
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Biologie médicale
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Biologistes
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	<p>Biologistes des 2 sites</p> <p>Direction administrative : enregistrement des données administratives des patients</p> <p>Direction soins infirmiers : prélèvements réalisés en consultation externe</p> <p>Direction informatique : restitution des comptes rendus dématérialisés des résultats pour les prescripteurs et les patients (serveurs/internet++)</p>
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<p>Les 3 sites peuvent recevoir de la patientèle directe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sisteron : ++ patientèle fidélisée et en partie retrouvée - GAP : le centre de prélèvement est intégré au laboratoire, au 3^e étage, peu propice à l'accueil d'une clientèle de Ville ; encourager cependant les consultants externes du centre hospitalier à venir au laboratoire de l'hôpital (bilans pré opératoires suite à la consultation d'anesthésie, consultantes de Gynécologie-obstétrique, enfants. Réfléchir à mettre en place un centre de prélèvement à proximité des consultations externes de spécialité (avec IDE avec restrictions médicales) <p>BRIANCON : centre de prélèvement très accessible depuis l'extérieur ; prélèvements à domicile envisagés. Prélèvement systématique par biologistes du CHB organisé tous les Jours du lundi au samedi en relai des techniciens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les possibilités pour les patients de bénéficier de prélèvements au laboratoire sont donc réduites : plages horaires ne permettant pas de couvrir les besoins des patients (tôt le matin, le samedi matin, en fin d'après-midi) <p>Benchmarking / LBM privés : plages horaires adaptées, locaux agréables respectant la confidentialité, démarches administratives rapides, préleveurs expérimentés (enfants)</p> <p>Le laboratoire de GAP reçoit des prélèvements depuis des structures de soins extra hospitalières : HAD, Rhône Azur, Dialyse...</p> <p>Explorer si d'autres établissements pourraient être concernés : EPHAD...</p>
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	A définir
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEUR AJOUTÉE</i>	<ul style="list-style-type: none"> • rentabilisation du plateau technique • satisfaction des patients • satisfaction des prescripteurs hospitaliers (conseils en microbiologie/antibiologie, bilans préopératoires....)
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	A définir
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Biologistes des 2 sites • Préleveurs des unités de soins • Direction administrative

	<ul style="list-style-type: none"> • Direction soins infirmiers • Direction informatique
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Préleveurs • Agent administratif disponible aux heures d'ouverture des centres de prélèvement • Serveur de résultats conforme et pratique, comptes rendus exploitables par les prescripteurs
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	nombre de KB/TB/AMI
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	le laboratoire est source de recettes

Fiche-action n°45 : Délocaliser les examens de biologie

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Examens de Biologie Délocalisés (EBMD)
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Biologie médicale
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Laboratoire
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Biologistes des 2 sites, service biomédical, service informatique
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<p>Le laboratoire réalise des EBMD sur chacun des sites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sisteron : service des Urgences - GAP : gazométries (réanimation - pneumologie) - BRIANCON : hemocue® <p>Le CH d'EMBRUN réalise également des EBMD (nature, nombre non connus)</p>
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	Avant 2020 pour être accrédités selon la norme 22870 au moment jugé opportun pour l'intégration de la biologie du CH d'EMBRUN : l'appel d'offres pour les examens de biologie médicale se renouvelle tous les 2 ans
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Optimisation des ressources du GHT Biologie Réponses aux besoins futurs des médecins sur chacun des sites
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	A définir
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Biologistes • DSI : connexions informatiques, e-learning pour le maintien de l'habilitation du personnel • Direction des Soins infirmiers, pour le respect des préconisations du laboratoire : relais pour la formation, maintenance du matériel, traçabilité • Biomédical • Direction du CH d'EMBRUN (contrat-appel d'offres des examens de biologie médicale)
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonisation du parc de matériel et middleware (cf. fiche action harmonisation des équipements) • Commission de la biologie délocalisée à mettre en place : recensement des besoins, aval de la commission pour les demandes • Formation et Habilitation des utilisateurs : IBODE + IADE, en tenant compte des IDE de l'équipe de compensation et suppléance (ECS) • Suivi à distance du CIQ et validation biologique (middleware harmonisé, connexions informatiques) • Accréditation selon la norme NF EN ISO 22870 (très peu différente de l'accréditation selon la norme 15789)
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	<ul style="list-style-type: none"> • nombre d'EBMD, en nombre d'actes et en B • examens d'EBMD accrédités
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	Obligation réglementaire : examens accrédités en 2020 (Gazométries, ionogramme, hCG, Hemocue, temps de coagulation ? CRP ?)
<i>COMMENTAIRES</i>	Les biologistes et les techniciens de laboratoire de GAP-Sisteron ont une bonne expérience de la biologie délocalisée qui peut être très utile pour conforter cette activité en fonction des besoins

Fiche-action n°46 : Améliorer l'attractivité médicale en imagerie médicale sur le GHT

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Amélioration de l'attractivité médicale en imagerie médicale sur le GHT
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Imagerie
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Direction des affaires médicales
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Chef de pôle. Responsables des services d'imagerie. ARS
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<p>Pérenniser le poste d'interne de DES d'imagerie médicale. Travailler avec responsable du DES imagerie à APHM, pour que le(s) poste(s) d'internes(s) du GHT ne soient pas considérés comme une variable d'ajustement du CHU ! Prévoir à moyen terme, un poste d'assistant spécialiste mutualisé sur les sites.</p> <p>Améliorer les conditions de travail, de la permanence des soins : développement de la Télé imagerie les nuits de semaine et de week-end ; en lien avec ORU PACA.</p> <p>Entrer dans une démarche Qualité de type LABELIX, en vue d'une labellisation affichée.</p> <p>Diminuer l'isolement de certains radiologues (EMBRUN, BRIANCON) par l'installation du PACS de territoire (Cf Fiche Action PACS)</p>
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	<p>A déjà commencé, pour l'interne et à faire valoir tous les semestres auprès de l'APHM.</p> <p>Fin 2017- début 2018 pour Télé imagerie de PDS</p> <p>Labelix : calendrier à voir avec l'Equipe Qualité Gestion des Risques du GHT</p>
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	<p>Faciliter le remplacement des départs à la retraite.</p> <p>Faciliter le recrutement d'Assistant et de PH sur les postes libres du GHT.</p> <p>Labellisation de l'imagerie médicale du GHT.</p>
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	A définir
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	DAM, université APHM : responsable du DES imagerie médicale, responsables des services d'imagerie médicale du GHT, ORU PACA.
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	<p>Adapter les types de postes en fonction des types de candidatures (assistants, PH)</p> <p>Moyens financiers pour Télé imagerie, compensés par activité réalisée, le lendemain.</p> <p>Enveloppe de 10 à 15 000 Euros, pour audit de labellisation du Labelix.</p>
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	<p>Titularisation de nouveaux PH.</p> <p>Poste d'interne choisi par interne de 4^{ème} semestre et au-delà, confirmant l'attractivité.</p> <p>Obtention du Labelix/site sur tout le GHT, d'ici 2-3 ans.</p>
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	A définir

Fiche-action n°47 : Former des MER en Echographie d'acquisition

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Formation de MER en Echographie d'acquisition
FILIÈRE DE RATTACHEMENT	Imagerie
RESPONSABLE DE L'ACTION	Radiologues, Cadres de santé d'imagerie et supérieur de pôle.
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	DRH, DARQ, DARM, ARS
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p><u>1-Prérequis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Acteurs extrêmement motivés : radiologue tuteur et MER, reconnaissance et confiance réciproque. Personnels stables (dans le temps) - Nécessité absolue d'une dynamique commune Radiologue «tuteur» et MER : acceptation du changement d'organisation, de façon de travailler, dans une dynamique d'acceptation, d'ouverture d'un nouveau travail pour les MER. - Démarche projet soutenue par la DG (Binôme FORT Radiologue – Directeur adjoint + chef de pôle) * nécessité d'un diagnostic partagé, et documenté de l'organisation en imagerie, (éléments qualitatifs et quantitatifs) pour en connaître les bénéfices attendus en activité (Nouvelle organisation en échographie, MER avec activité d'au moins 50% sur Echographie, libération de temps radiologues pour faire quelle activité en plus ?) * Formalisation des besoins RH : temps radiologue à ne pas sous-estimer, à la mise en place du projet : formalisation du projet, puis supervision, soutien du (des) MER pendant leur formation et ensuite, moindre, mais encadrement de l'activité clinique opérationnel des MER ayant obtenus leur DIU (supervision...). Remplacement des MER en formation, au DIU sur Marseille (2 ans de formation) * Formalisation des procédures de réalisation d'examen (utilisation de l'existant d'autres hôpitaux : Cf biblio ci-dessous) * S'inscrire dans une démarche qualité concomitante : Analyse Prévisionnelle de Risques ; Recueil de données pour suivi d'indicateurs mis en place, et mentionnés dans protocole de coopération. * Moyens en Matériel : Echographe avec possibilité de faire des vidéos, pour relecture secondaire par radiologues (sur place ou via PACS, ultérieurement, dans un 2^{ème} temps). * Dossier de Demande d'adhésion au protocole de coopération en échographie à ARS PACA (protocole existant sur tout le territoire Français depuis le 15/05/2012) précisant QQQOPC : Qui ? fait Quoi ? Quand ? Où ? Pourquoi ? et Comment ? * Coordination et communication importante (en interne : auprès des médecins et auprès des patients [hospitalisés tout d'abord, puis dans un 2^{ème} temps si décision de le faire pour les patients externes]) <p><u>2- Eléments facilitateurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 0.5 à 0.8 ETP MER en « surnombre » à BRIANCON . En former suffisamment (au moins 2 au départ pour qu'il n'y ai pas de rupture de tâche lors de l'absence de l'un : vacances, formation..., source de désorganisation). - Test sur BRIANCON avec les 0.8 MER en « surnombre », avec des radiologues

	<p>motivés et en ayant déjà une expérience sur BRIANCON . Puis extension sur EMBRUN (site demandeur de cette activité ; mais nécessité d'une équipe de radiologue stable)</p> <p>- Acceptation de cette prise en charge par Patientèle, notamment Italienne de BRIANCON (Plutôt favorable)</p> <p>3- <u>Éléments Freins</u> :</p> <p>- Actuellement équipe de radiologues peu favorable à ce nouveau type de prise en charge, sur le CHIGAS, mais qui pourra revoir sa position au vue du fonctionnement sur BRIANCON .</p>
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	A définir
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	<p>- Soulager les radiologues de cette activité, pour leur laisser plus de temps pour l'imagerie en coupe, et leur travail d'expert. Opportunité car diminution du nombre de radiologues de 15 à 30 % d'ici 2025-2030 (en France)</p> <p>- Attractivité supplémentaire pour des MER</p> <p>- Valorisation dans le cadre de DPC des MER</p>
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	A définir
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Communication auprès des patients avant chaque réalisation d'examen par MER
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	A définir
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	A définir
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	<p>Bibliographie :</p> <p>- http://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122527/fr/nouvelles-formes-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-en-imagerie-medicale</p> <p>- http://webzine.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome1_21072010_2010-09-03_14-07-15_44.pdf</p> <p>- http://webzine.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome2_21072010_2010-09-03_13-59-2_321.pdf</p> <p>- http://www.srh-info.org/userfile/radiovigilance/4_2012.pdf</p> <p>-</p> <p>http://pe.sfrnet.org/ModuleConsultationPoster/posterDetail.aspx?intIdPoster=4778</p> <p>- http://naxos.biomedicale.univ-paris5.fr/diue/regions/sud-est/contacts-sud-est/</p>

Fiche-action n°48 : Organiser les activités des radiologues du GHT

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Organisation médicales des radiologues du GHT
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Imagerie
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Imagerie
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	DAM, radiologues
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	- Activités partagés des radiologues sur les différents sites, pour assurer une continuité des soins sur le CHIGAS, BRIANCON et EMBRUN, à formaliser par un planning commun , (tableau Excel, partagé dans un système type Dropbox !), intégrant les différents postes de radiologues à pourvoir, et les lignes d'astreintes chaque jour, sur les différents sites. Planning commun glissant sur 2 mois.
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	- Mise en place pour cet été !? - Freins : connaitre les vacances et congés formations potentiels de tous, 3 mois avant (Habitue à prendre...mais qui se fait ensuite sans problème).
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	- Définir un planning minimum par site , pour connaitre le nombre minimum de radiologues nécessaires pour faire « tourner » les 3 sites, et donc le nombre maximum de radiologue en vacances de façon simultanée. - Transparence de la répartition des postes chaque jour, et du positionnement de chaque radiologue par site. - Visualisation rapide de « trou » dans le planning, sur les secteurs. - Coordination et meilleure organisation avec tous les radiologues, pour les congés et formations continues. - Recrutement de nouveaux assistants et PH multi-sites (avec site de référence privilégié)
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	- Diminuer l'appel à, et le surcout de l'intérim. - Prise des rendez-vous par les secrétariats des sites, mieux adaptés à la présence médicale.
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	A définir
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	A définir
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	A définir
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	A définir

Fiche-action n°49 : Etendre le PACS de territoire

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	PACS DE TERRITOIRE
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Imagerie
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Responsables de structures internes en imagerie, DSI
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	DAF, ORU PACA ou ARS PACA, directions des différents établissements de la GHT
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	Etendre le PACS CareStream (intégration des images produites et visualisation) implanté au CHIGAS depuis Janvier 2017 sur BRIANCON (prévu avec soutien d'Hôpital numérique), puis à EMBRUN voir à la maison médicale d'Aiguille et visualisation seule à l'Aragne. Quel transfert d'images avec HU GRENOBLE et APHM ?
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	A définir
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	-Possibilité de développer la télé-radiologie entre les différents sites, en cas de sous effectifs des médecins radiologues (notamment pendant les vacances). -Avis spécialisés auprès de confrère d'un autre site (radiologues, médecins, chirurgiens) avant éventuel transfert de patients. -Privilégier la télé-imagerie externe à la GHT, pour éviter la surcharge de travail si déficit de médecin radiologue. (les radiologues du CHIGAS, ne pourront pas absorber toute la radiologie du GHT) - Amélioration d'attractivité pour futur PH en imagerie médicale
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	A définir
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	A définir
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	Lien informatique suffisant entre les établissements, pour passage des Go d'images. Prévoir un temps de gestionnaire de PACS : MER
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	Mise en place d'un calendrier prévisionnel de déploiement sur les différents sites.
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	A définir

Fiche-action n°50: Créer une politique d'achats pour le renouvellement des matériels radiologiques

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Politique d'achats et renouvellement des matériels radiologiques en imagerie médicale
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Imagerie
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Ingénieur Biomédical - Dr Jean Louis Pialot (responsables médicaux des services d'imagerie)- DARM
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Chef de Pôle- cadres d'imagerie- DAF
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	Bilan de l'existant avec les dates d'achat et les dates de renouvellement prévisibles(en fonction des délais habituels de changement de matériels). Envisager des restructurations de salle, lors du renouvellement de matériel. Ne prévoir l'achat de nouveau matériel, notamment, lourd que si les effectifs médicaux et para médicaux le permettent
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	- Bilan du parc/site : d'échographes, des tables de radiologies, mammographe, radio mobile, scanners, panoramiques dentaires... Dates prévisionnelles des renouvellements. Début : immédiat, sans fin (à poursuivre indéfiniment). - Restructuration / modification des organisations : en continuum des renouvellements de matériels
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Bonne lisibilité annuelle et pluri annuelle, des investissements indispensable au bon fonctionnement des services d'imagerie du GHT. Intégration des renouvellements d'investissements et des nouveaux achats, dans l'enveloppe annuelle du matériel biomédical, ou envisager de le mettre en sus de cette enveloppe. Travail en amont sur les modifications d'organisation, et les travaux structurants des salles, pour un meilleur parcours patients, et une amélioration du rendement des salles, lors des changements ou achats de nouveaux matériels.
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Transparence des tableaux, partagés par le Biomédical, la DARM et les responsables du Pôle et de l'imagerie médicale de chaque site.
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Biomédical, imagerie, direction des achats, DRH, DAM, DAF.
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	Etablir le tableau. Besoin de moyens financiers pour ces achats : envisager leasing, à mettre en lien avec le ROI de l'activité correspondante.
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	Réalisation du tableau et prise en compte réelle des dates de renouvellement habituel pour chaque matériel pour faire les appels d'offres et les achats.
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	Changements des matériels réalisés aux dates prévisionnels, programmés
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	Tableau réalisable sous 4 mois, et suivi annuel.
<i>COMMENTAIRES</i>	Nécessité d'un consensus médico-administratif pour le maintien du parc d'imagerie médicale, selon les recommandations de renouvellement habituel pour chaque type de matériel.

Fiche-action n°51 : Construire une PUI de territoire

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	CONSTRUCTION PUI DE TERRITOIRE GHT ALPES SUD
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	Pharmacie
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	Pharmaciens, Direction
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Contribution externe de l'inspection de la pharmacie (ARS)
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir un bilan d'activité consolidé des activités pharmaceutiques des PUI du GHT - Effectuer une cartographie des ressources pharmaceutiques des PUI du GHT (pharmaciens, préparateurs en pharmacie, personnels administratifs, magasiniers) et des fiches de poste des agents. - Identifier les ressources humaines actuelles aux processus pharmaceutiques (achat, approvisionnement, ...) - Proposer une organisation pharmaceutique du GHT (activités pharmaceutiques centralisées, activités pharmaceutiques de proximité, activités pharmaceutiques transversales)
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	Décembre 2017
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	<p>Le résultat attendu est de dresser une cartographie exhaustive des activités pharmaceutiques existantes au sein du GHT et des moyens associés afin de proposer une nouvelle organisation de PUI de territoire crédible techniquement et acceptée par les acteurs.</p> <p>Ce travail sera la base de travail pour amorcer la réorganisation et assurer son déploiement.</p>
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau XLS ressources humaines en ETP par PUI et pour le GHT - Tableau XLS bilan d'activité par PUI et pour le GHT - Fichier avec l'ensemble des fiche de poste - Document word : projet d'organisation pharmaceutique du GHT
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Ensemble des personnels pharmaceutiques
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	15 jours de travail
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	A définir
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	A définir

Fiche-action n°52 : Acquérir deux modules d'automatisation de la préparation des doses à administrer

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	GESTION DE PROJET : ACQUISITION ET DEPLOIEMENT DE DEUX MODULES D'AUTOMATISATION DE LA PREPARATION DES DOSES A ADMINISTRER
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	PHARMACIE
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	J CONSTANS, F BERTOCCHIO, Direction
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmaciens des PUI - Inspection pharmacie (ARS) - Direction système d'information - Direction des services techniques - Direction des affaires financières - CME et direction des soins
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	L'objectif de cette fiche est de détailler les étapes pour la gestion du projet d'automatisation et les pilotes de chaque action.
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	Deadline juin 2017
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Le résultat attendu est de préciser la gestion du projet d'automatisation afin d'atteindre le résultat fixé par la direction.
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	<p>Pour chaque item, proposition d'une fiche synthétique avec l'objectif, le responsable, les participants, les étapes, le retro planning</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Définition missions et ressources COPIL, chef de projet et groupes de travail 2. Rédaction cahier des charges, publication AO et choix de la solution 3. Définition implantation physique 4. Définition système d'information de recueil des données de prescription, de production des doses et de gestion de stock 5. Travail sur l'identifiant patient GHT 6. Travail sur le livret thérapeutique commun 7. Travail sur les responsabilités professionnelles 8. Comptabilité des coûts en médicaments par service par établissement. (Lien SI production et GEF établissement) 9. Recenser la volumétrie de prescription par service et par hôpital ainsi que les changements de prescription 10. Présentation du projet au corps médical et soignant 11. Groupe de travail sur les pratiques de prescription par service et par établissement 12. Définition du processus de production : analyse pharmaceutique prescription ; production pilulier, contrôle qualité ; livraison ; administration au patient ; retours des doses non administrées ; gestion des stocks de proximité ou dotation pour besoins

	<p>urgents</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Rédaction documents qualité 14. Définition méthode de gestion de risque a priori et a posteriori 15. Définition du plan de charge de production 16. Cartographie des flux logistiques et des cadencements de livraison 17. Gestion de la maintenance préventive et curative 18. Définition programme de montée en charge sur le GHT 19. Mise en œuvre de la première unité pilote
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Directions, personnels pharmaceutiques, médicaux et soignants
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	A définir
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	A définir
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	A définir

Fiche-action n°53 : Organiser des activités pharmaceutiques transversales

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	ORGANISATION DES ACTIVITES PHARMACEUTIQUES TRANSVERSALES
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	PHARMACIE
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	J Constans, F Bertocchio
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Pharmaciens GHT
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	L'objectif de cette fiche est de présenter les activités pharmaceutiques qui pourraient être gérées de manière transversale au sein du GHT pharmaceutique. Cette gestion transversale permettra d'uniformiser les pratiques pharmaceutiques et d'éviter les redondances.
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	Décembre 2017
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Cette action permettra d'organiser le changement de pratiques professionnelles au sein du GHT pharmaceutique.
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Pour chaque activité transversale, il sera détaillé une fiche de délégation, la description de l'activité, des indicateurs, des ressources, un responsable. Activités concernées : <ul style="list-style-type: none"> - COMEDIMS, livret thérapeutique et gestion des protocoles - Qualité - Commissions CLIN, CLUD, CLAN - Vigilance et gestion du risque - CBU et fichcomp - Suivi de gestion
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Personnels pharmaceutiques
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	A définir
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	A définir
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	A définir

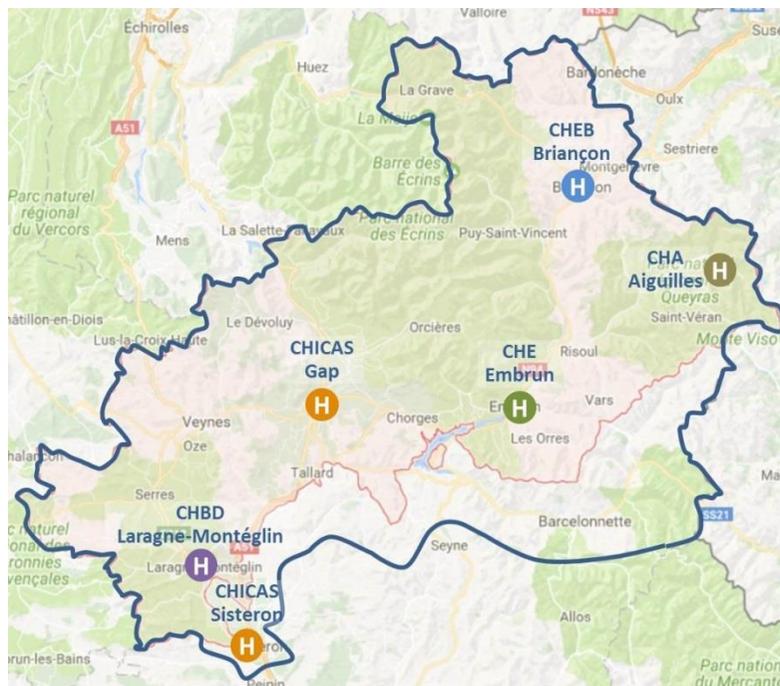
Fiche-action n°54 : Organiser des activités pharmaceutiques de proximité

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	ORGANISATION DES ACTIVITES PHARMACEUTIQUES DE PROXIMITE
<i>FILIÈRE DE RATTACHEMENT</i>	PHARMACIE
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	J Constans et F Bertocchio
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Pharmaciens GHT
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	L'objectif de cette fiche est de lister et détailler les activités pharmaceutiques de proximité de chaque établissement du GHT. Les activités de proximité permettent de garder le lien avec les médecins et soignants des différents établissements au travers de l'analyse pharmaceutique des prescriptions, des conseils pharmaceutiques ou au travers d'autres activités de pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique, ...)
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	Deadline décembre 2017
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Cette action permettra d'organiser le changement de pratiques pharmaceutiques au sein du GHT pharmaceutique.
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Fiche détaillée de chaque activité, des indicateurs, des moyens dédiés Activités concernées : <ul style="list-style-type: none"> - Analyse pharmaceutique - Conseils pharmaceutiques - Conciliation médicamenteuse - Education thérapeutique - Projet optimisation thérapeutique : gériatrie, cardiologie, psychiatrie
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	A définir
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	A définir
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	A définir
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	A définir
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	A définir
<i>COMMENTAIRES</i>	A définir

VOLET N°2 : LE PROJET DE SOINS PARTAGE



LE PROJET DE SOINS PARTAGE DU GH DES ALPES DU SUD 2017-2021



SOMMAIRE

Article I. Préambule	04
Article II. Introduction	05
Article III. Méthodologie, finalités, valeurs	06
Section 3.01 Méthodologie	06
Section 3.02 Les finalités du PSP	08
Section 3.03 Les valeurs partagées du PSP	09
Article IV. Les axes stratégiques du PSP	09
Section 4.01 Adapter les soins	10
Section 4.02 Agir sur les écrits professionnels	12
Section 4.03 Contribuer à la qualité	14
Section 4.04 Assurer un management adapté	16
Section 4.05 Conforter la formation	18
Section 4.06 Les parcours patients, leur fluidité, leur coordination, les nœuds d'interactions	19
Article VI Les filières	20
Article V. Les orientations transversales conjointes PMP et PSP	20
Annexe 1. Les fiches actions - Axe stratégique N° 1 - Adapter les soins	20
Section 6.01 FA n° 1 : les indicateurs paramédicaux	21
Section 6.02 FA n° 2 : la commission médico-économique	22
Section 6.03 FA n° 3 : le transfert de compétences	23
Section 6.04 FA n° 4 : les coopérations entre professionnels de santé	24
Section 6.05 FA n° 5 : les protocoles paramédicaux	25
Section 6.06 FA n° 6 : les contenus du dossier de soins	26

Annexe 2. Les fiches actions - Axe stratégique N°2 - Agir pour des écrits professionnels	27
Section 6.07 FA n°7 : la structure du dossier de soins.....	27
Section 6.08 FA n°8 : les transmissions ciblées.....	28
Section 6.09 FA n°9 : les indicateurs de charges en soins.....	29
Section 6.10 FA n°10 : les ratios paramédicaux par activité	30
Section 6.11 FA n°11 : le suivi du PSP	31
Annexe 3. Les fiches actions - Axe stratégique N°3 - Contribuer à la qualité.....	32
Section 6.12 FA n°12 : le programme qualité et gestion des risques.....	32
Section 6.13 FA n°13 : les risques associés aux soins.....	33
Section 6.14 FA n°14 : la continuité des parcours de soins	34
Section 6.15 FA n°15 : les indicateurs de qualité	35
Annexe 4. Les fiches actions - Axe stratégique N°4 - Assurer un management.....	36
Section 6.16 FA n°16 : les séminaires de l'encadrement soignant.....	36
Section 6.17 FA n°17 : la cartographie des postes de cadres soignants.....	37
Section 6.18 FA n°18 : l'intégration des nouveaux arrivants	38
Annexe 5. Les fiches actions - Axe stratégique N°5 - Conforter une formation initiale et continue	39
Section 6.19 FA n°19 : la formation clinique initiale des paramédicaux.....	39
Section 6.20 FA n°20 : la commission mixte pour la formation continue	40
Section 6.21 FA n°21 : la formation continue des soignants	41
A classer	
Annexe 6. Les fiches actions Chirurgie	
Annexe 7. Les fiches actions Femme-Enfant	
Annexe 8. Les fiches actions Médecin	
Annexe 9. Les fiches actions Gériatrie	
Annexe 10. Les fiches actions Urgences	
Annexe 11. Les fiches actions Psychiatrie	
Annexe 12. Les fiches actions Imagerie	
Annexe 13. Les fiches actions Biologie	
Annexe 14. Les fiches actions Pharmacie	

Article I. Préambule

Les directeurs des soins, les cadres de santé, l'ensemble des professionnels de santé des filières infirmières, de rééducation, médicotechniques, éducatives et socioéducatives ont mobilisé leurs compétences et convictions pour définir ensemble les orientations paramédicales qui porteront la mise en œuvre des premiers projets du groupement hospitalier de territoire (GHT) des ALPES du SUD.

Ce projet de soins partagé (PSP) est l'aboutissement d'une dynamique pluridisciplinaire de toutes les institutions. Il est bien plus qu'une réponse au nouveau cadre réglementaire issu de la loi de 2016. Il est la concrétisation d'une stratégie paramédicale partagée qui fédère les soignants d'une même zone territoriale.

Le PSP respecte les projets de soins des cinq établissements qui composent le GHT. Il repose sur les politiques des soins de ces mêmes établissements. Confié à la responsabilité de la CSIRMT du territoire, le PSP est la modalité opérationnelle d'une conduite de changement permanente qui permet aux services de soins et médicosociaux d'adapter leurs offres aux besoins des usagers.

Rédigé à partir de 5 axes « socles » il se décline en objectifs et actions dont certaines accompagneront le projet médical partagé (PMP) tout en respectant les valeurs humaines et professionnelles de tous les acteurs du soin et les missions de santé publique.

S'il constitue pour l'ensemble des professionnels une orientation à suivre, il est bien au-delà une référence et un lien entre tous.

La validation du PSP par la CSIRMT de territoire le 01 juin 2017 et les CSIRMT des établissements ouvrent les portes des réalisations envisagées et inscrivent la performance des paramédicaux dans l'histoire du GHT des ALPES du SUD.

Article II. Introduction

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est une innovation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, dont l'article 107 indique que chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de GHT.

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

Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé ainsi qu'un projet de soins partagé (PSP) garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Au-delà d'une contribution paramédicale au PMP, le PSP des ALPES du SUD est un socle partagé de stratégies paramédicales qui seront mises en œuvre dans les cinq établissements du GHT.

En outre, le PSP contribue au développement d'une offre de soins et de prise en charge ouverte et intégrée dans son environnement social. Les particularités du territoire des ALPES du SUD sont prises en compte. Elles sont présentées dans le PMP.

Le PSP s'inscrit par ailleurs dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Il se veut en outre résolument opérationnel et réalisable afin d'engager concrètement chaque professionnel dans la dynamique impulsée par ses axes forts et ceux du PMP. Pour cela, les fiches-actions qui composent les annexes, se déclinent en :

- Résultats attendus
- Engagements et plans d'actions des équipes
- Moyens d'accompagnement
- Méthodes et calendrier d'évaluation

Le présent PSP est rédigé en deux sections principales :

- La méthodologie est les fondements transversaux
- Les axes stratégiques déclinant les fiches-actions

Enfin, il convient de mentionner d'emblée que ce premier PSP du GHT des ALPES du SUD se situe au cœur de trois attentes indissociables :

- Celles de la personne soignée ou du résident qui se veut co-acteur de son projet de soins, projet de vie, ou de prise en charge et qui exige l'assurance de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins pendant et après son séjour ;
- Celles des professionnels de soins qui veulent donner du sens à leur action par une réflexion collective et interdisciplinaire afin d'identifier clairement les objectifs, mettre en œuvre des plans d'actions et mesurer des résultats obtenus ;
- Celles des institutions qui affirment une volonté de la qualité des prestations et du service public et, qui s'inscrivent dans une dynamique de performance et d'innovation en ajustant le cas échéant ses structures et organisations.

Article III. Méthodologie, finalités, valeurs

Section 3.01 Méthodologie

Le PSP a été rédigé parallèlement au PMP suivant une méthodologie définie par un comité de pilotage (COFIL) au niveau du GHT.

Le 11 janvier 2017, les cinq coordonnateurs généraux des soins des établissements du GHT ont partagé leurs projets de soins et leurs orientations de formation continue afin de déterminer cinq axes prioritaires pour le PSP. La CSIRMT du 10 mars 2017 a validé les axes stratégiques et les orientations opérationnelles formulées à ce moment-là. Elle a déterminé un PSP « socle » à partir duquel des contributions paramédicales sont précisées pour chacune des filières inscrites au PMP.

Le PSP du GHT Alpes du Sud est un véritable **projet paramédical porteur des valeurs et compétences** des professionnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Les professionnels éducatifs et socioéducatifs sont associés à cette dynamique.

Le PMP est structuré autour de filières de prise en charge préalablement définies par le GHT. Le PSP précise les contributions paramédicales à la mise en œuvre des filières.

La pertinence du PSP des Alpes du Sud est notamment déterminée par sa **structuration en deux temps** :

1. des orientations partagées entre les cinq CSIRMT du GHT.
2. des orientations par filières médicales.

Le PMP et le PSP :

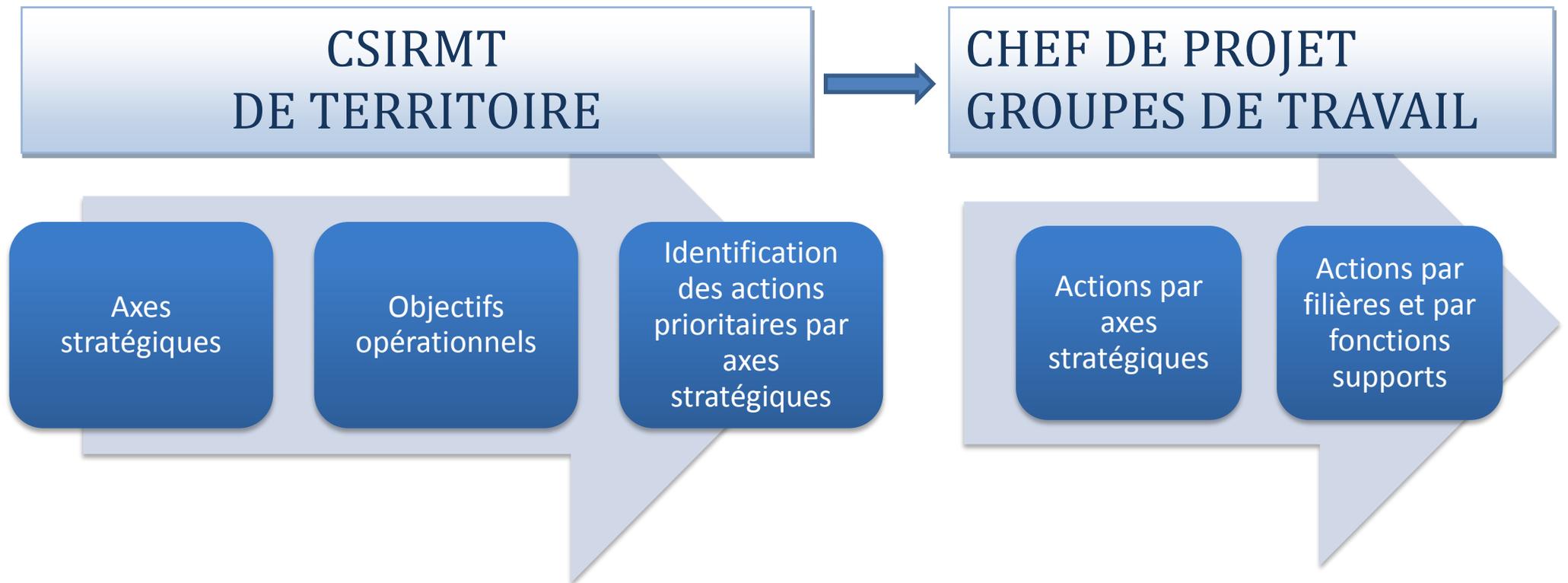
- **trouvent leur ancrage dans un diagnostic** territorial des besoins en santé, prenant en compte les contraintes médico-économiques connues au moment de sa rédaction.
- **projetent les grandes orientations de réflexions** pour les cinq années à venir.
- **définissent des actions** à engager pour optimiser une réponse adaptée aux besoins de santé.

Il est convenu que ce premier PSP des Alpes du Sud soit évolutif en cours de sa mise en œuvre. Des tableaux de bords spécifiques permettront **un pilotage médico-économique des orientations du PSP** pour les filières du GHT. Les indicateurs de charge en soins, intégrés au DPI, alimenteront la réflexion sur la faisabilité des orientations soignantes. Il s'agit clairement d'accompagner les équipes soignantes en mettant en perspective leur perception avec des données objectives.

Le développement de Coopération entre Professionnels de Santé ou l'expérimentation des pratiques avancées de la télémédecine paramédicale trouvent tout leur sens au sein du GHT des Alpes du Sud de par ses spécificités (saisonnalité, géographique, démographie médicale).

Ces thèmes sont partagés par le PSP et le PMP. Il appartient aux deux instances, médicales et paramédicales, du territoire d'élaborer ensemble la répartition des compétences adaptées aux besoins de santé du territoire.

DOMAINE DE COMPETENCES



Section 3.02 Les finalités du PSP

Par définition, le projet de soins partagé est l'expression collective des soignants. Il définit les orientations et les priorités de la prise en charge globale des patients et résidents du territoire dans les différentes dimensions du soin, qu'il soit préventif, éducatif, relationnel, curatif et palliatif.

Il ne se substitue pas aux projets de soins et de prise en charge des établissements de santé et structures médico-sociales qui composent le GHT des ALPES du SUD.

Il implique une démarche participative et fédérative des personnels. Il constitue un guide pour l'accompagnement du PMP.

Les finalités de ce premier PSP sont :

- Développer les parcours de soins partagés entre les établissements membres du GHT et les partenaires du territoire ;
- Consolider la place des usagers au centre du dispositif de santé,
- Favoriser l'adhésion de l'utilisateur à son projet de soins dans une dimension territoriale.
- Répondre aux préoccupations des personnels soignants et socio-éducatifs dans leurs pratiques quotidiennes

Les valeurs partagées du PSP

Énoncées comme des fondamentaux incontournables, les valeurs partagées par les professionnels du GHT pour une qualité de la prise en charge, sont les suivantes :

- **La confiance réciproque de l'ensemble des professionnels de santé** : quelques soient leurs qualifications, leurs responsabilités, leurs établissements de rattachement du GHT ou du territoire, leur modalité d'exercice.
- **La confiance réciproque entre les professionnels et les usagers**
- **Le partage** : des expériences, des pratiques professionnelles, des compétences, des expertises, des informations
- **Le respect des professionnels** : entre eux, pour eux, vers les autres
- **La reconnaissance mutuelle**
- **La solidarité**

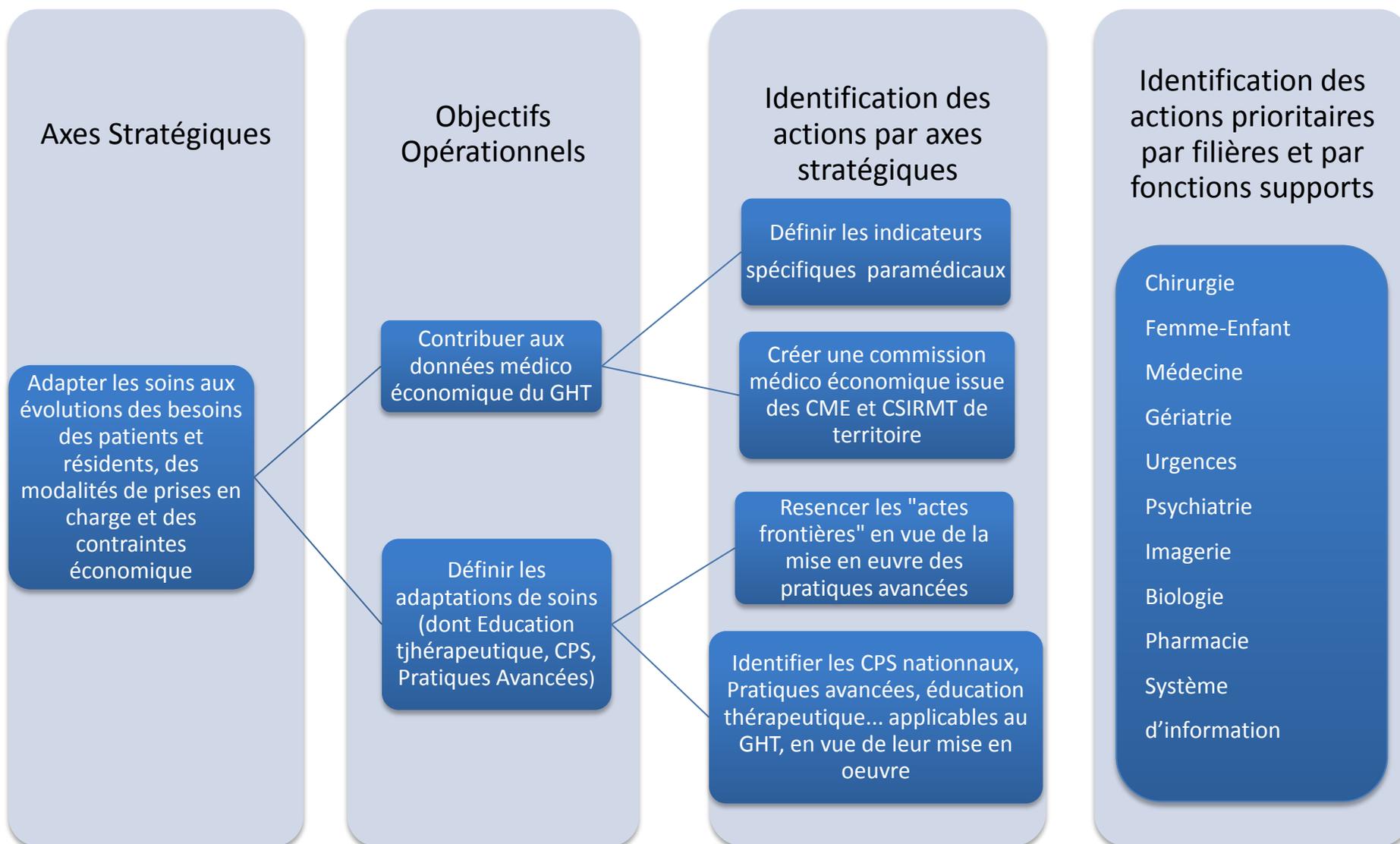
Article IV. Les axes stratégiques du PSP

Au sein du GHT des ALPES du SUD, les axes stratégiques sont emblématiques des politiques de soins de chacun des établissements membres. Ces axes sont transversaux pour permettre au service de soins une capacité d'adaptation aux orientations, notamment, médicales qui pourraient évoluer après sa rédaction initiale.

Les cinq axes stratégiques sont cités ci-après puis exposés dans les chapitres suivants :

1. **Adapter les soins** aux évolutions des besoins des patients, des résidents, des modalités de prises en charge et des contraintes médico-économiques
2. **Agir pour des écrits professionnels** performants garantissant la continuité des soins, leur opérationnalité et leur transférabilité
3. **Contribuer à la qualité** des soins et la prévention des risques tout au long du parcours patient
4. **Assurer un management** de proximité, intermédiaire et stratégique adapté à la gestion des emplois et compétences sur le territoire
5. **Conforter une formation** initiale et continue en cohérence avec les besoins du GHT

Section 4.01 Adapter les soins

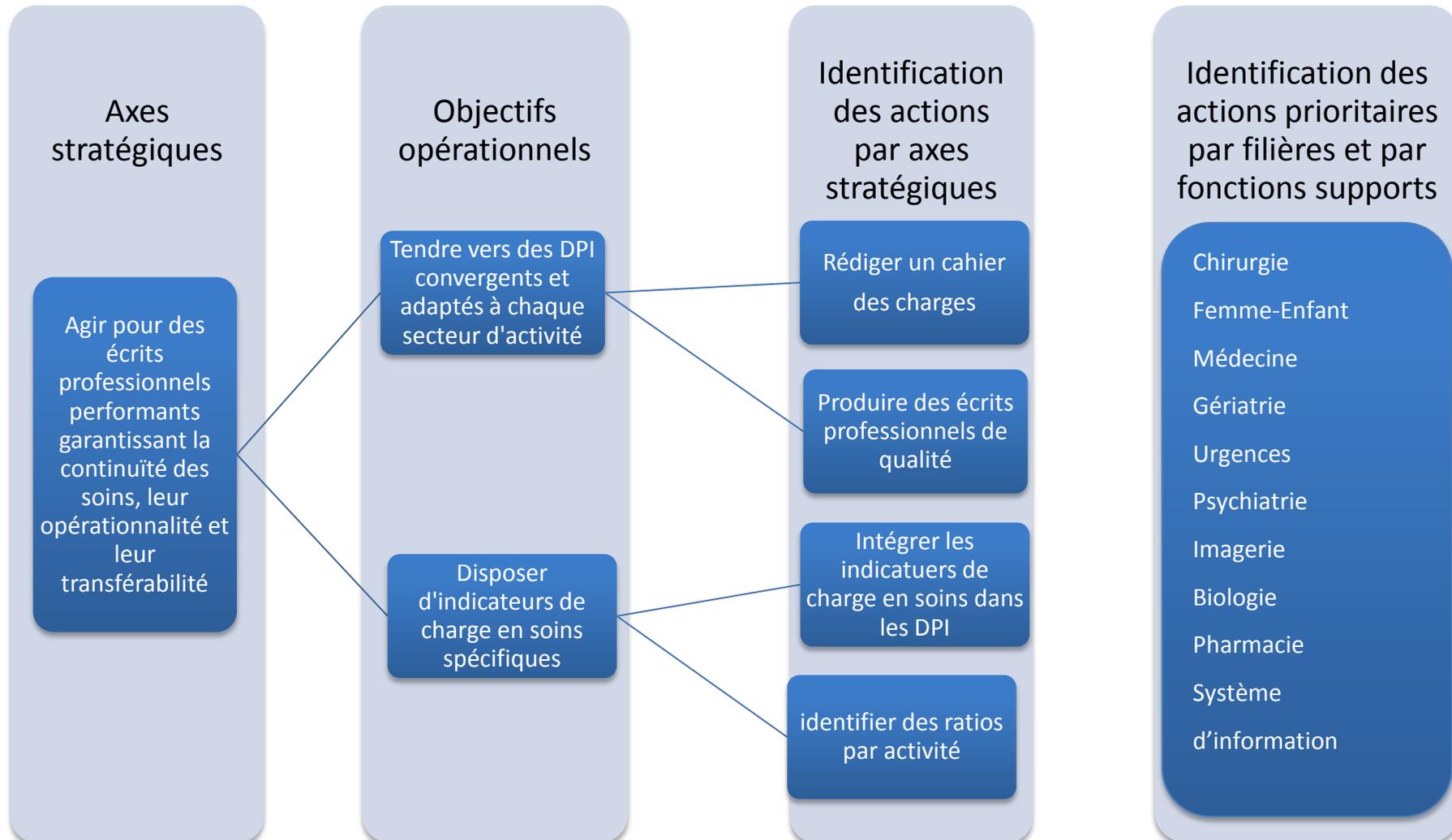


L'adaptation des soins, au cœur des pratiques professionnelles est partie intégrante des dynamiques et engagements des paramédicaux. Il n'en demeure pas moins que ce premier projet du territoire des ALPES du SUD doit pouvoir définir son adaptation à un GHT en phase de création et dont les spécificités sont en cours d'élaboration.

L'analyse médico-économique requise par le pilotage des activités partagées du GHT, repose sur des données de la tarification. Ceci confère aux activités paramédicales non enregistrées dans les études de coût une inconnue économique.

Au sein du GHT des ALPES du SUD les paramédicaux produiront des indicateurs de charge en soins : Combien d'entretiens infirmiers d'accueil ? Quelle durée moyenne d'une aide à la toilette d'un patient partiellement dépendant ? Quelle proportion de soins directs et indirects en chirurgie ? Combien d'ateliers thérapeutiques en psychiatrie ?

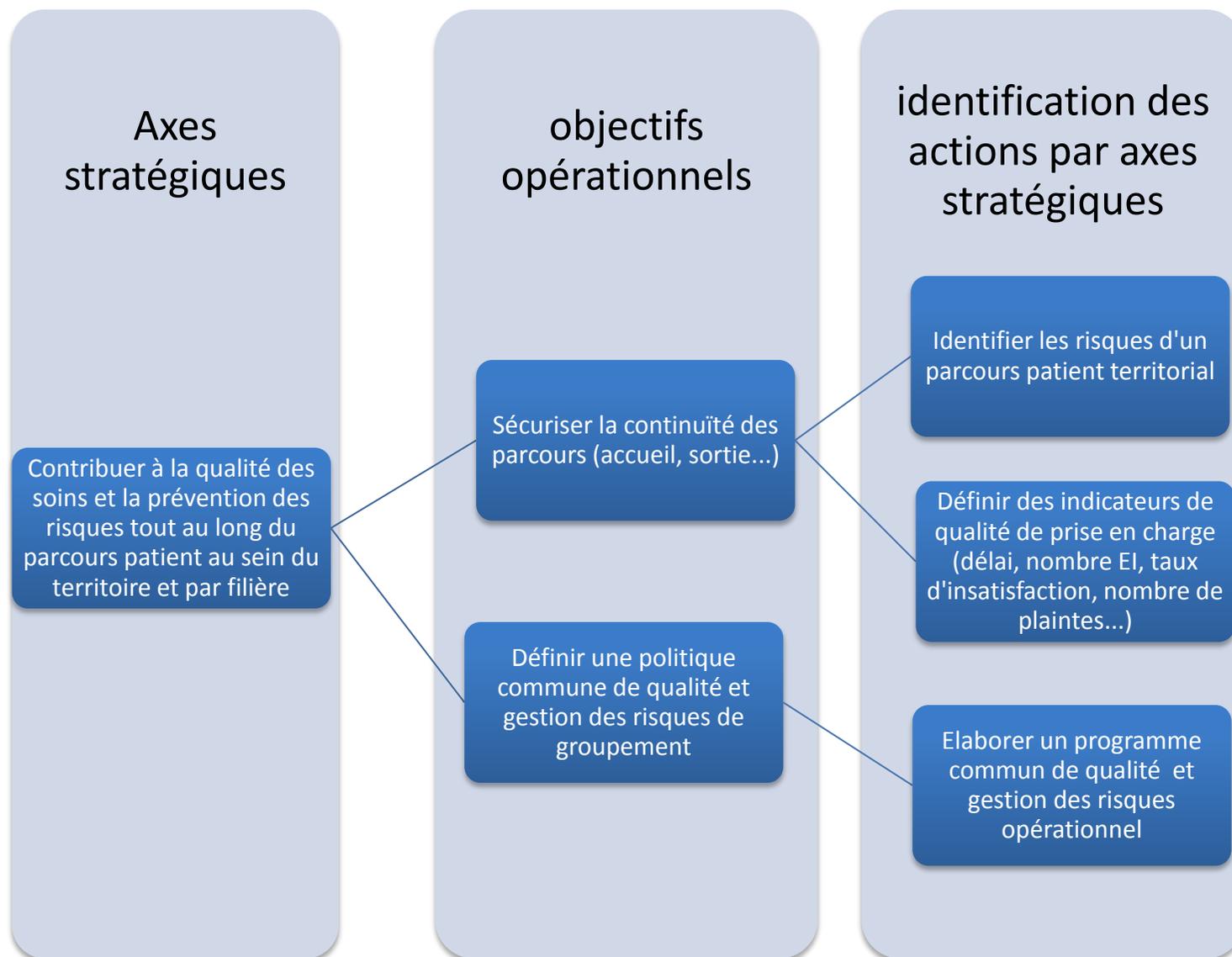
Section 4.02 Agir sur les écrits professionnels



Les écrits professionnels engagent la responsabilité des professionnels et de l'institution. Ils permettent tant la valorisation des activités que la traçabilité des actions de soins réalisées pour un patient ou un résident. Ils sont la preuve que les soins sont prodigués.

La qualité des écrits participe à la professionnalisation.

Ce premier objectif opérationnel est assez technique, puisqu'il doit permettre de préparer un nouveau support aux écrits professionnels paramédicaux. Ils sont l'utilité de la



La répartition des effectifs paramédicaux par activité peut, le cas échéant reposer sur des indicateurs de charge en soins. Les effectifs paramédicaux ne sont globalement pas normés en France, sauf pour quelques activités (USIC, réanimation, et néonatal). Cependant, il existe des repères de dimensionnement d'effectifs. Il est possible en complément de définir des effectifs cibles au regard d'indicateurs de charges en soins et de s'orienter ainsi vers des « *ratios* » de référence.

Section 4.03 Contribuer à la qualité

La qualité des soins et la prévention des risques relèvent de responsabilités partagées entre la commission médicale et la commission des soins. Ces deux instances portent ensemble les axes stratégiques relatifs à la qualité et la gestion des risques ainsi que leurs objectifs déclinés.

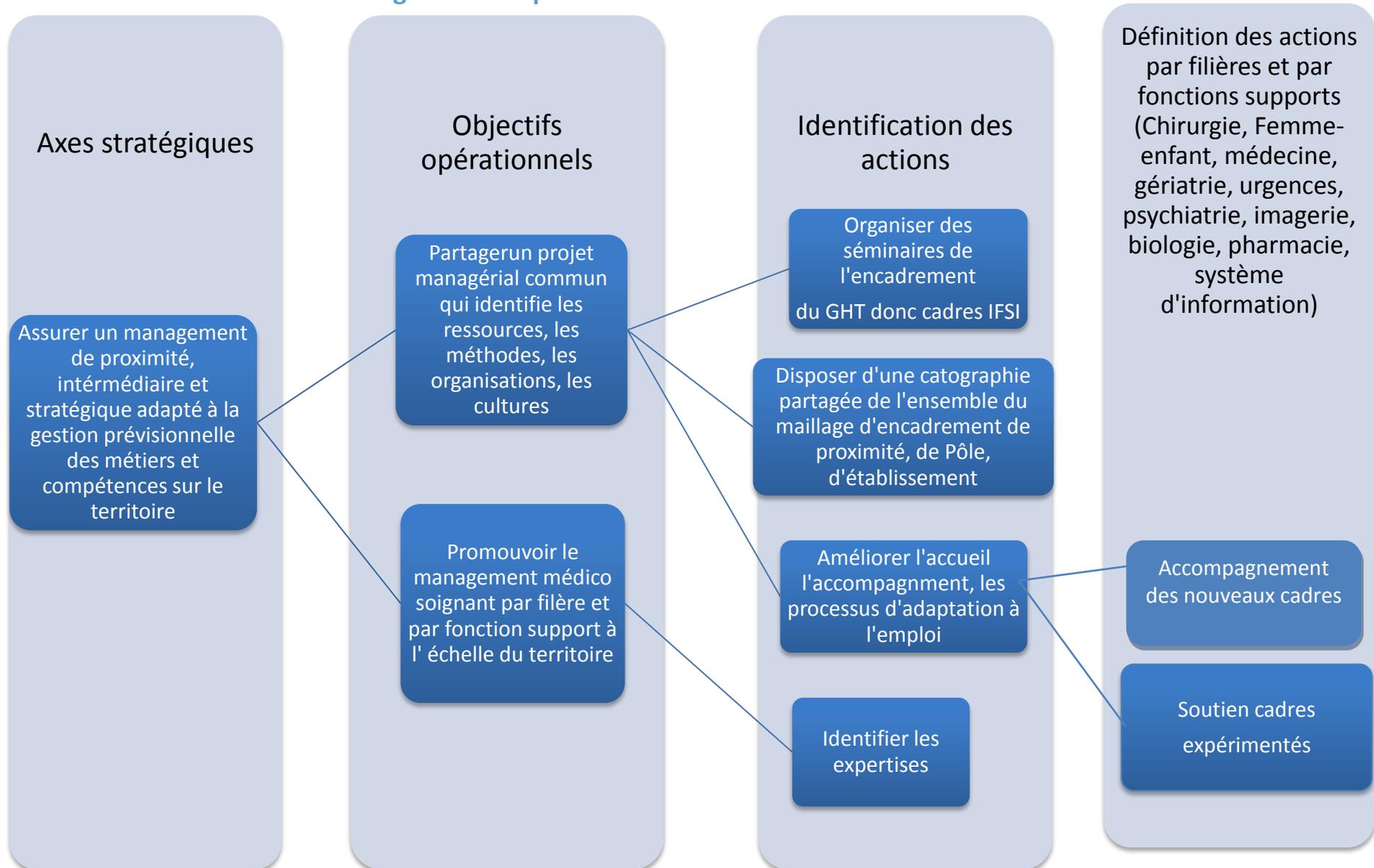
L'évaluation des pratiques professionnelles est une exigence professionnelle qui s'impose à tous les métiers. Suivant différentes méthodes intégrées dans des démarches qualité, l'évaluation des pratiques est l'apanage d'équipes pluridisciplinaires et n'a réellement d'intérêt que si elle est le point de départ d'une démarche d'amélioration.

Une évaluation conduira à la mise en place d'actions préventive et/ou correctives porteuses de sens et de motivations pour les professionnels. La démarche d'amélioration a pour objectif le maintien de certains résultats obtenus et l'amélioration de ceux qui s'avèrent insuffisants. Elle repose sur des indicateurs préalablement définis.

définition des actions par filières et par fonctions supports

Etablir une cartographie des risques de la prise en charge paramédicale et la décliner par filière (Chirurgie, Femme-enfant, médecine, gériatrie, urgences, psychiatrie, imagerie, biologie, pharmacie, système d'information)

Section 4.04 Assurer un management adapté



L'expression de l'encadrement soignant dans la perspective d'élaboration d'un projet managérial pourrait se résumer à quelques mots clefs autour de l'engagement et de la valorisation.

Il est attendu, tant à l'égard des chefferies d'établissements et médicales qu'à l'attention des équipes soignantes, des positionnements et pratiques volontaristes au service de l'intérêt général.

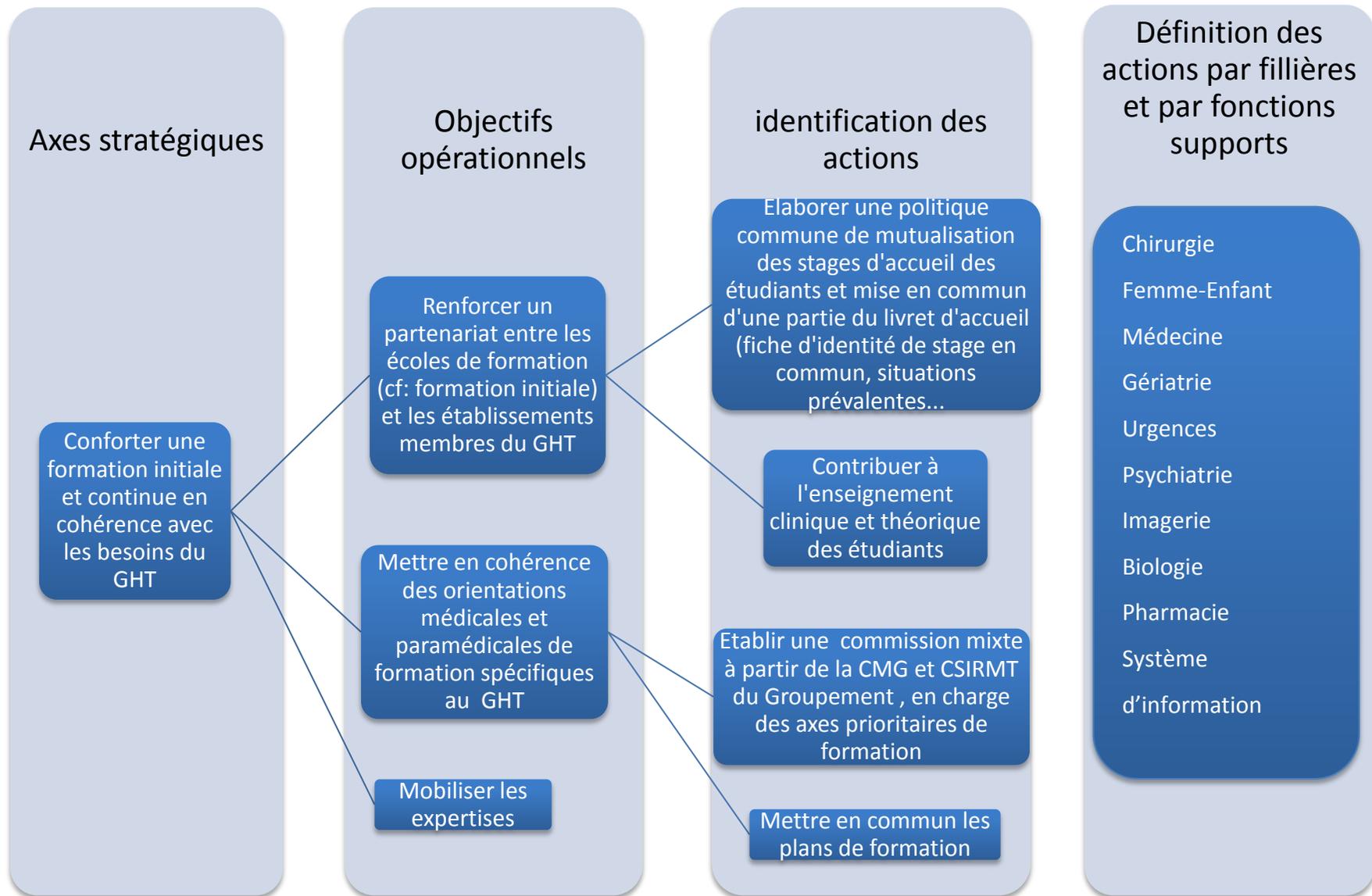
Les cadres de santé se positionnent pour être associés aux décisions qui concernent leurs domaines de responsabilité. Ils mettent à disposition leur expertise managériale pour le pilotage des projets du territoire.

Toute décision du GHT ayant un impact sur l'organisation des soins doit faire l'objet d'une concertation des cadres de santé de proximité. Ils sont le relai essentiel de la mise en œuvre des projets et favorisent une meilleure adhésion des soignants aux dynamiques des filières du GHT.

L'engagement existe déjà. Il s'agit de le consolider.

Les cadres de santé se projettent dans un management éthique qui s'observe notamment par la solidarité, le soutien mutuel, la bienveillance, le développement d'une culture de la qualité de vie au travail, pour que le travail ne soit pas uniquement vécu comme source de « souffrance »

Section 4.05 Conforter la formation



Il s'agit de mettre en place au niveau du territoire des ALPES du SUD une ingénierie de la formation pour créer le développement des compétences afin de répondre aux besoins des usagers.

Section 4.06 Les parcours patients, leur fluidité, leur coordination, les nœuds d'interactions

A partir des filières et parcours d'une offre de soins graduée identifiés dans le PMP, le PSP décline les principes d'organisation soignante des activités au sein de chacune de ces filières, et portant notamment sur les huit points suivants :

- La permanence et continuité des soins,
- Les activités de consultations externes et notamment avancées
- Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle,
- Les plateaux techniques,
- La prise en charge des urgences et des soins non programmés,
- L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles,
- Les activités d'hospitalisation à domicile,
- Les activités de prise en charge médico-sociale.

Section 6.01 FA n°1 : les indicateurs paramédicaux

CHAPITRES CONTENUS

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Définir les indicateurs emblématiques paramédicaux
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	DS CSS DIM
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Créer un groupe de travail 2. Identifier les indicateurs déjà disponibles dans le DPI, autre ? 3. Elaborer un indicateur par métier, spécialité, établissement (à préciser) 4. Rédiger un protocole par indicateur 5. Valider les indicateurs en CSIRMT et en commission mixte médico-économique (FA n°XXX) 6. Tester les indicateurs 7. Ajuster les indicateurs 8. Déployer les indicateurs
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	Création du GT en septembre 2017 Déploiement des indicateurs à partir de janvier 2019
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Mobilisation des soignants à la valorisation de leurs activités spécifiques Description des soins paramédicaux Démarche pédagogique auprès des soignants sur les managements médico-économiques
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Une procédure cadre et des protocoles par indicateurs
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	CME DIM Système d'information
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	Temps de travail des membres du groupe de travail
<i>INDICATEURS DE MESURE /ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	Respect des délais
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	Opérationnalité
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.02 FA n°2 : la commission médico-économique

CHAPITRES CONTENUS	
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Créer une commission médico-économique issue des CME et CSIRMT
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	PCME PCSIRMT DIM
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inscrire la création à l'ODJ des deux instances 2. Valider la création et la désignation des membres 3. Définir la gouvernance et les modalités de fonctionnement
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	Création avant fin 2017
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Décloisonnement des approches médicales et paramédicales sur les contenus des activités de soins et de prises en charge
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Une procédure
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Membres des deux instances
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	Temps de travail des membres
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	Opérationnalité
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.03 FA n°3 : le transfert de compétences

CHAPITRES CONTENUS

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Recenser les activités « frontières »
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	DS Cadres de santé
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Créer un support de saisie des informations 2. Rédiger une méthode d'observation et de saisie des informations 3. Recenser les activités 4. Rédiger un rapport d'évaluation
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Concerter le plan d'action
<i>CALENDRIER DE L'ACTION</i> <i>(Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Identification des activités qui pourraient être transférées de médecins à des paramédicaux Meilleures connaissances des activités par qualifications
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Une liste exhaustive par filière
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	Médecins et paramédicaux
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	Temps de travail
<i>INDICATEURS DE MESURE /ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	Liste établie
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.03 FA n°4 : les coopérations entre professionnels de santé

CHAPITRES CONTENUS

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Identifier les CPS nationaux applicables au GHT
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	CGS Conseiller technique régional HAS
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Editer la liste de tous les CPS validés et en cours en France 2. Sélectionner les CPS qui pourraient être appliqués au sein du GHT des ALPES du SUD 3. Proposer les CPS applicables aux CME et CSIRMT 4. Programmer les mises en œuvre après validation
<i>CALENDRIER DE L'ACTION</i> <i>(Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Inscription du GHT dans une dynamique nationale Evolution des métiers
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Liste
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	Effectivité de la liste des CPS et des applications possibles au sein du GHT
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.03 FA n°5 : Les protocoles paramédicaux

CHAPITRES CONTENUS

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Harmoniser les protocoles de soins entre les établissements
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	C. ISNARD G. DESLANDES
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	Directeurs des soins Cadres supérieurs de santé Cadres de santé
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sélectionner les protocoles similaires entre les établissements 2. Choisir les protocoles qui doivent être harmonisés 3. Rédiger les protocoles communs 4. Enregistrer les protocoles dans la gestion documentaire du GHT et des établissements
<i>CALENDRIER DE L'ACTION</i> <i>(Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS</i> <i>ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE /ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	Amélioration des délais de transfert des patients entre le CHEB et le CHBD Contribution à la qualité des prises en charge et prévention des risques de rupture des parcours
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	Cette fiche-action permettra notamment de préciser la modalité de prise en charge des patients sans consentement entre le CHEB et le CHBD
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	Pour la psychiatrie, il s'agira de rédiger et valider une procédure entre le CHEB et le CHBD.

Section 6.06 FA n°6 : les contenus du dossier de soins

CHAPITRES CONTENUS

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Faire un état des lieux des parties partagées des DSI
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Annexe 2. Les fiches actions - Axe stratégique N°2 – Agir pour des écrits professionnels

Section 6.07 FA n°7 : la structure du dossier de soins

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Créer une structure unique de dossier de soins
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

CHAPITRES CONTENUS

Section 6.07 FA n°8 : les transmissions ciblées

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Standardiser les transmissions ciblées
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISON PAR FILIERE DU PMP</i>	

Section 6.07 FA n°9 : les indicateurs de charges en soins

CHAPITRES CONTENUS

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Définir des indicateurs de charge emblématiques
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.10 FA n°10 : les ratios paramédicaux par activité

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Identifier des <i>ratios</i> par activité
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.11 FA n°11 : le suivi du PSP

CHAPITRES CONTENUS

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Déterminer les tableaux de bords requis par le pilotage du projet de soins
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Annexe 3. Les fiches actions - Axe stratégique N°3 – Contribuer à la qualité

Section 6.07 FA n°12 : le programme qualité et gestion des gestions

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Définir un programme qualité commun
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION</i> <i>(Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU</i> <i>VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS</i> <i>EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS</i> <i>ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE /</i> <i>ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.13 FA n°13 : les risques associés aux soins

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Etablir une cartographie des risques de la prise en charge paramédicale pour chacune des filières
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.13 FA n°14 : la continuité des parcours de soins

CHAPITRES	CONTENUS
NOM DE L'ACTION	Assurer la continuité des parcours
RESPONSABLE DE L'ACTION	C. ISNARD
CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)	DSI, cadres, médecins, IDE, AS, secrétaires
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p><u>Pour la psychiatrie :</u> Recenser l'existant en terme de documents de sortie (fiche de liaison..) Recenser les besoins des partenaires Créer des modalités d'information et communication à la sortie du patient</p>
CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)	Septembre 2017 à janvier 2018
RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE	<p>Pour la psychiatrie : Amélioration de la continuité de la prise en charge Eviter les ruptures du parcours de soin inter établissement</p>
LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS	
ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES	Tous les acteurs de la filière
MOYENS NECESSAIRES	Procédure écrite et validée
INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION	
RESULTATS OBTENUS	<p>Outils de communication et transmission Dématérialisation des outils Procédure de transmission d'information validée</p>
PLANNING PRÉVISIONNEL	<p>Septembre 2017 : création d'un groupe de travail, recensement de l'existant Novembre 2017 : recensement des besoins des partenaires Décembre 2017 : écriture de la procédure de transmission</p>
COMMENTAIRES	
DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP	Pour la psychiatrie, cette fiche-action permettra de créer un dispositif pour contribuer à la qualité des soins et la prévention des risques à la sortie du patient

Section 6.15 FA n°15 : les indicateurs de qualité

CHAPITRES CONTENUS

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Définir des indicateurs de qualités spécifiques aux soins paramédicaux
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Annexe 4. Les fiches actions - Axe stratégique N°4 – Assurer un management

Section 6.16 FA n°16 : les séminaires de l'encadrement soignant

CHAPITRES	CONTENUS
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Organiser des séminaires de l'encadrement du GHT
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE /ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.17 FA n°17 : la cartographie des postes de cadres soignants

CHAPITRES CONTENU

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Disposer d'une cartographie partagée de l'ensemble du maillage d'encadrement de proximité, de pôle, d'établissement
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.18 FA n°18 : l'intégration des nouveaux arrivants

CHAPITRES CONTENUS	
<i>NOM DE L'ACTION</i>	Améliorer l'accueil, l'accompagnement, les processus d'adaptation à l'emploi des nouveaux arrivants
<i>RESPONSABLES DE L'ACTION</i>	D. OLIVIER/F. LENFANT
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	JY. FLOURIOT / Service formation continue du CH de LARAGNE
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	Consolider un dispositif d'adaptation à l'emploi pour les paramédicaux, qu'ils soient des métiers socles ou nouvellement en position d'encadrement de proximité
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date début/fin prévisionnelle)</i>	Janvier 2017/Septembre 2017
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	Amélioration des compétences en soins ou en management et des savoirs Amélioration de la prise en charge des patients et de la gestion des activités de soins Meilleure connaissance de la spécificité de l'exercice : spécificité de l'exercice en santé mentale, spécificité de la fonction de cadre, etc.
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	Projet d'accompagnement et mise en œuvre
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	DSI, CSIRMT, CME, cadres, soignants des services, médecins
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	Evaluation dispositif actuel/Cahier des charges formation continue/Moyens en formation des tuteurs/Modalité recrutement tuteurs
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dispositif d'accompagnement/Durée et contenu de l'accompagnement Recrutement des tuteurs/Listing des tutorés / Planification des formations
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	Réécriture du projet du CHS pour une ouverture au GHT Nombre de personnes formées Dispositif pérenne/Evaluation au regard des compétences attendues pour la fonction intégrée Evaluation du projet par rapport aux bénéficiaires/ Evaluation par les cadres de santé
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	Janvier 2017 : écriture du projet Février 2017 : Fiche de poste tuteurs et diffusion Avril 2017 : Recrutement des tuteurs Sept 2017 : début de formation
<i>COMMENTAIRES</i>	Cette fiche-action permet notamment l'accompagnement des professionnels intégrant pour la 1 ^{ère} fois la psychiatrie mais également des nouveaux cadres de santé (ou faisant-fonction de cadre de santé)
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Annexe 5. Les fiches actions - Axe stratégique N°5 – Conforter une formation initiale et continue

Section 6.19 FA n°19 : la formation clinique initiale des paramédicaux

CHAPITRES CONTENUS

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Mettre en commun la politique des stages et les outils afférents
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION</i> <i>(Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Section 6.20 FA n°20 : la commission mixte pour la formation continue

	CHAPITRES	CONTENU
<i>NOM DE L'ACTION</i>		Etablir une commission mixte à partir de la CMG et CSIRMT du Groupement en charge des axes prioritaires de formation
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>		
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>		
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>		
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>		
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>		
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>		
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>		
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>		
<i>INDICATEURS DE MESURE / ÉVALUATION DE L'ACTION</i>		
<i>RESULTATS OBTENUS</i>		
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>		
<i>COMMENTAIRES</i>		
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>		

Section 6.21 FA n°21 : la formation continue des soignants

CHAPITRES CONTENU

<i>NOM DE L'ACTION</i>	Mettre en commun les plans de formation
<i>RESPONSABLE DE L'ACTION</i>	
<i>CONTRIBUTEURS DE L'ACTION (Internes et externes)</i>	
<i>DESCRIPTION DE L'ACTION</i>	
<i>CALENDRIER DE L'ACTION (Date de début et date de fin prévisionnelle)</i>	
<i>RESULTATS ATTENDUS OU VALEURS AJOUTÉE</i>	
<i>LIVRABLES ATTENDUS EVENTUELS</i>	
<i>ACTEURS CONCERNÉS ET COMMUNICATIONS ASSOCIÉES</i>	
<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	
<i>INDICATEURS DE MESURE /ÉVALUATION DE L'ACTION</i>	
<i>RESULTATS OBTENUS</i>	
<i>PLANNING PRÉVISIONNEL</i>	
<i>COMMENTAIRES</i>	
<i>DECLINAISONS PAR FILIÈRE DU PMP</i>	

Professionnels qui ont contribué à l'élaboration du PSP :

Membres de la CSIRMT de Territoire et les cadres de filières.

Fait à Gap, le 01 juin 2017,

Yann LE BRAS
Directeur du Centre hospitalier intercommunal
des Alpes du Sud

Yann LE BRAS
Directeur du Centre hospitalier d'Embrun

Yann LE BRAS
Directeur du Centre hospitalier d'Aiguilles

Yann LE BRAS
Directeur par intérim du Centre hospitalier des
Escartons de Briançon

Michel MERCIER
Directeur du Centre hospitalier de Buech
Durance