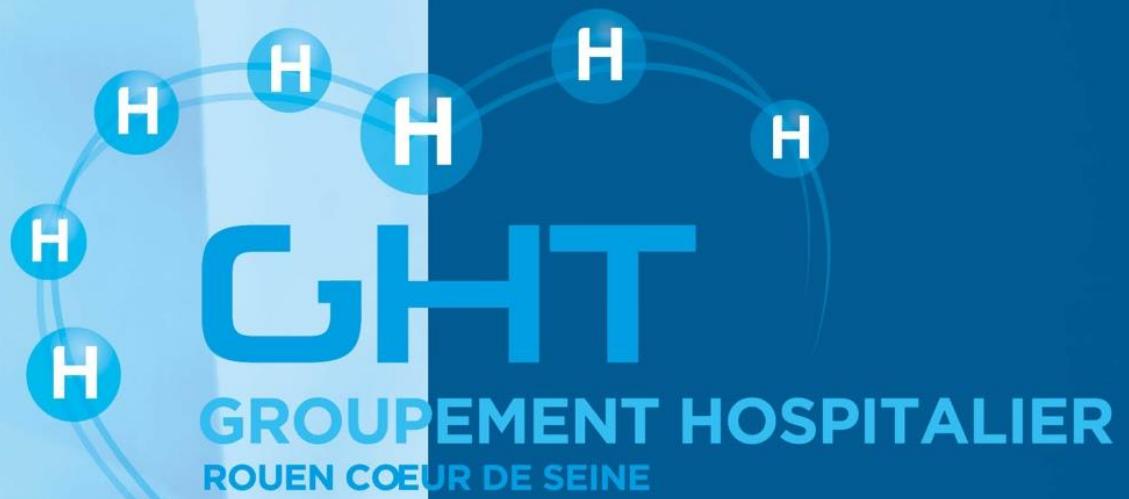


GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
ROUEN COEUR DE SEINE



PROJET

Médico-Soignant Partagé

Sommaire

Introduction	4
Principes généraux	5
Rappel de la loi	6
Les filières du projet médico-soignant partagé.....	7
Filière personnes âgées	9
Contexte de la filière personnes âgées sur le territoire	9
Organisation et fonctionnement actuel	19
Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge	20
Axes prioritaires de la filière personnes âgées –Synthèse	23
Filières périnatalité, gynécologie et autres chirurgies	71
Contexte de la filière	72
Organisation et fonctionnement.....	72
Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge	73
Axes prioritaires des filières périnatalité, gynécologie et autres chirurgies - Synthèse	74
Autres chirurgies (plastique et bariatrique)	98
Contexte	98
Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge	100
Thèmes transversaux : formation, enseignements et recherche	104
Filière Urgences	106
Contexte de la filière urgences.....	106
Organisation et fonctionnement.....	109
Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge	109
Axes prioritaires de la filière urgences - Synthèse	111
Filière Pharmacie	124
Organisation et fonctionnement actuel	125
Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge	126
Axes prioritaires de la filière pharmacie - Synthèse	128
Thématisques transversales	139
Conclusion	145
Annexes	146
Remerciements	157

Ce document est le résultat des travaux menés par les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire « Rouen Cœur de Seine ». Les 9 établissements membres du GHT sont :

- Centre Hospitalier de Barentin
- Centre Hospitalier du Belvédère
- Centre Hospitalier du Bois Petit
- Centre Hospitalier de Darnétal
- Centre Hospitalier de Gournay-en-Bray
- Centre Hospitalier de Neufchâtel-en-Bray
- Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
- Centre Hospitalier du Rouvray
- Centre Hospitalier d'Yvetot

Introduction

Résultat d'un travail collaboratif et pluridisciplinaire, le projet médico-soignant du GHT « Rouen Cœur de Seine » est un acte fort dans la définition de la stratégie publique d'offre de soins sur le territoire.

En se regroupant autour d'objectifs pragmatiques et ambitieux, les établissements publics de la région rouennaise ont fait le choix de s'engager dans une véritable logique de parcours de soins. Cette logique a pour but d'offrir aux patients une meilleure continuité dans leur prise en charge en garantissant l'égalité dans l'accès aux soins. Une attention toute particulière a été portée sur les points essentiels suivants : La lisibilité des parcours, la fluidité de l'information entre les différents acteurs et l'anticipation des besoins.

Ce document s'inscrit également dans la continuité des nombreux partenariats existants tout en cherchant à les renforcer et les développer.

De par son poids et sa vocation, le CHU de Rouen exerce un rôle particulier sur le territoire du GHT. Tout en représentant une opportunité forte, ce statut hospitalo-universitaire fait naître des enjeux de coordination et de gradation de l'offre de soins.

L'articulation entre le besoin de proximité et le rayonnement régional lié aux activités de recherche et d'enseignement est un défi permanent que les établissements du GHT cherchent à résoudre au quotidien. Ce projet médico-soignant de territoire est donc un effort partagé d'enrichissement mutuel au service des patients et de l'offre de soins publique.

Principes généraux

Conformément à la convention constitutive du 1^{er} juillet 2016, les établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire conviennent ensemble d'un projet médico-soignant partagé.

Il s'inscrit dans une volonté de coopération entre les établissements du GHT et plus généralement avec l'ensemble des partenaires du territoire.

Les principes qui ont guidé son élaboration sont les suivants :

- Le respect des valeurs du service public hospitalier
- La continuité de son fonctionnement
- L'égalité d'accès aux soins et aux activités de prévention
- La liberté et le respect des droits des usagers
- La recherche constante de l'excellence et l'amélioration continue de la qualité
- L'adaptation permanente des projets médicaux et de soins et des modes de prises en charge

A partir de ces valeurs, le GHT se donne pour objectif de garantir à tous les patients du territoire « Rouen - Cœur de Seine » un égal accès aux compétences médicales et paramédicales 24h/24, quels que soient leur état de santé et l'établissement initial de prise en charge, en cohérence avec les parcours de soins et la gradation de l'offre.

Par ailleurs, le groupement devra conforter l'offre de soins publique et sa qualité, en conjuguant équipes médicales et soignantes de haut niveau, plateaux techniques à la pointe du progrès et offre de proximité.

Enfin, il s'agira d'assurer une attractivité du groupement en favorisant le développement des points forts de chaque établissement, grâce à l'exercice de disciplines complémentaires et non concurrentes.

Rappel de la loi

La loi n°2016-41 du 16 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé prévoit la création des groupements hospitaliers de territoire et avec elle, le fait pour chaque établissement public de santé d'être partie à l'un de ces GHT.

Le 1^{er} juillet 2016, la convention constitutive marque la première étape dans la définition d'une stratégie commune des établissements publics de santé. La seconde étape est l'élaboration d'un projet médical partagé qui détermine les conditions et les moyens d'une prise en charge graduée et de qualité pour les patients du territoire.

Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire précise, dans son article 1, le contenu de ce projet médical partagé :

- I. *Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire. Il comprend notamment :*
 1. *Les objectifs médicaux ;*
 2. *Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;*
 3. *L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;*
 4. *Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur :*
 - a.*La permanence et la continuité des soins ;*
 - b.*Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;*
 - c.*Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;*
 - d.*Les plateaux techniques ;*
 - e.*La prise en charge des urgences et soins non programmés ;*
 - f.*L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;*
 - g.*Les activités d'hospitalisation à domicile ;*
 - h.*Les activités de prise en charge médico-sociale ;*
 5. *Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;*
 6. *Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;*
 7. *Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;*
 8. *Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;*
 9. *Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.*
- II. *Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.*
- III. *La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement.*

Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans.

Les projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Les filières du projet médico-soignant partagé

Le Groupement Hospitalier de Territoire Rouen Cœur de Seine a choisi pour son projet médico-soignant partagé autour de 3 ensembles de prise en charge :

- **La prise en charge des personnes âgées**
- **La périnatalité, gynécologie médicale et chirurgicale et autres chirurgies**
- **Les urgences**

En plus de ces filières, quatre thématiques transversales ont été identifiées :

- La santé mentale
- La cancérologie
- La santé publique et la prévention
- La prise en charge du handicap

Ainsi qu'un projet relevant de la filière médico technique : **la pharmacie** dès décembre 2016.

Pour la rédaction du projet, des groupes de travail thématiques ont été constitués. Les pilotes et les référents DIM sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Groupes de travail	Pilotes	Référents DIM
Personnes âgées	Dr N. Kadri (CHU Rouen) Dr A. Barrel (CH Darnétal) F. Delaire (CHU Rouen) V. Neveu (CH Yvetot) S. Grimaldi (CHU Rouen) E. Pasquier (CH Barentin)	Dr C. Hallais
Urgences	Dr I. Idrissi (CHU Rouen) Dr J. Frichet (CH Neufchâtel en Bray) S. Maillard (CH Barentin) A. Martineau (CHU Rouen)	Dr L. Tanguy
Périnatalité, gynécologie obstétrique. Néonatalogie et chirurgie	Dr S. Pauthier (CH Belvédère) Dr A. Diguet (CHU Rouen) M-A. Grout (CH Belvédère)	Dr L. Tanguy
Pharmacie	Dr A. Dieu (CH Neufchâtel-en-Bray) S. Decagny (CH Gournay-en-Bray) L. Da Cruz (CHU Rouen)	
Groupe support santé publique et prévention	Pr J. Ladner (CHU Rouen) M-A. Vassard (CH Darnétal)	Pr J. Ladner
Groupe synthèse santé mentale	Pr O. Guillain F. Dantan (CH Neufchâtel-en-Bray)	Dr Delegue
Expertise cancérologie	Pr F. Di Fiore	
Maladies chroniques (IRC)	Pr D. Guerrot (CHU Rouen)	
Troubles du comportement alimentaire (TCA)	Pr P. Dechelotte, Dr S. Grigioni (CHU Rouen)	



Filière Personnes âgées

Filière personnes âgées

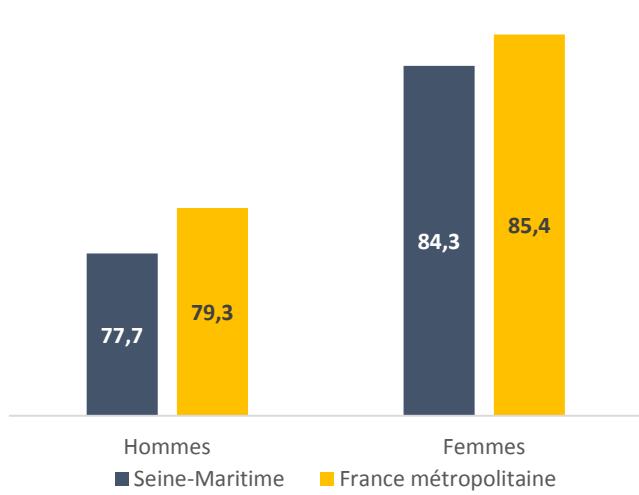
Contexte de la filière personnes âgées sur le territoire

Contexte sociodémographique

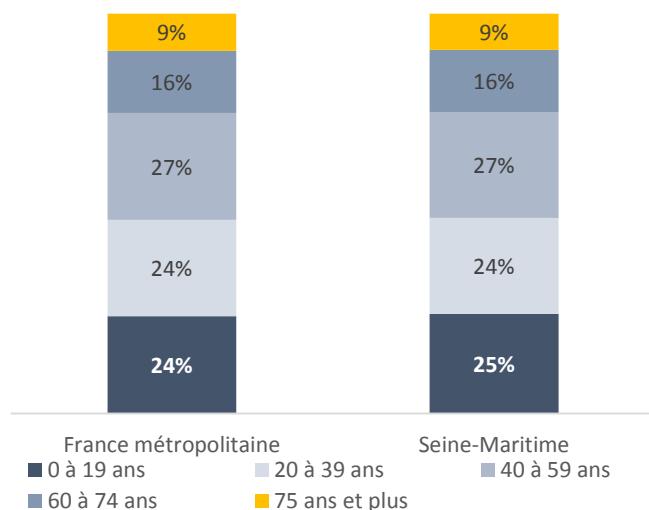
La Seine Maritime compte 112 000 personnes de plus de 75 ans sur une population totale d'environ 1,2 millions d'habitants soit 8,9%.

En 2015, 18 120 personnes en Haute-Normandie étaient âgées de plus de 90 ans. A l'horizon de 2040, une personne adulte sur 10 sera âgée de plus de 80 ans, ratio qui était de 1 pour 20 en 2010 (J. Delamare, INSEE, avril 2012).

Globalement, la structure de la population est similaire dans le département au reste du territoire national. L'espérance de vie à la naissance est légèrement inférieure à la moyenne française mais cette dernière est biaisée en raison des chiffres de la région parisienne.

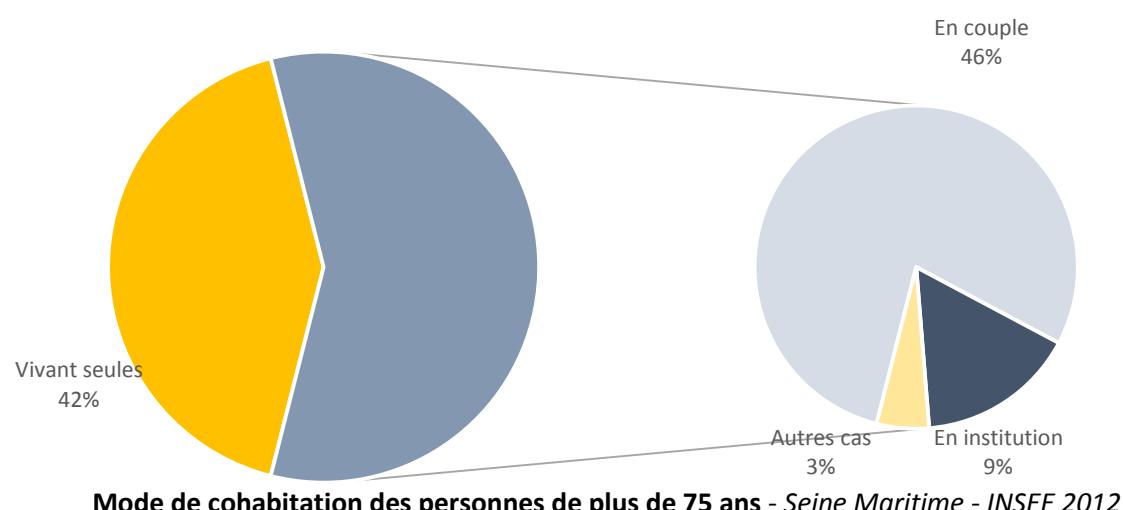


Espérance de vie à la naissance – INSEE 2014



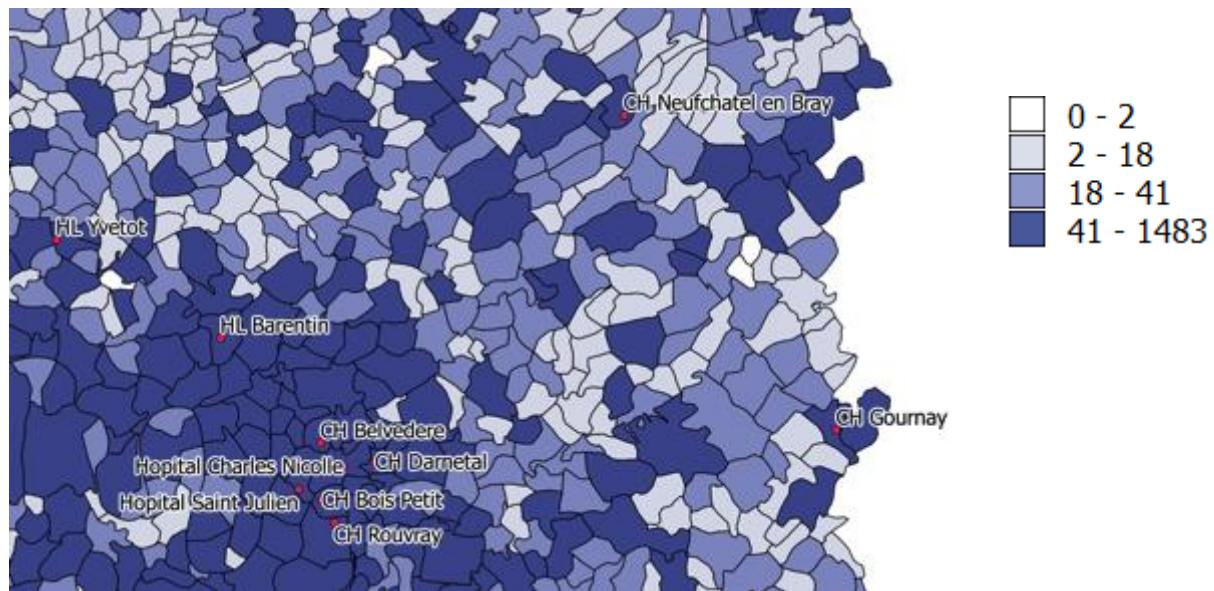
Structure de la population – INSEE 2015

La population des plus de 75 ans sur le département présente la particularité d'être plus fragile que dans le reste du pays. En effet, 42% d'entre eux vivent seuls contre seulement 38% en France métropolitaine (Paris exclu). Cette situation donne une importance supplémentaire au fait d'avoir une offre structurée et cohérente sur le territoire.



Mode de cohabitation des personnes de plus de 75 ans - Seine Maritime - INSEE 2012

En termes de répartition géographique, les plus de 75 ans sont très nombreux au nord du département et autour de l'agglomération rouennaise. Les établissements concernés par la filière gériatrique sont présents dans les mêmes zones. On note toutefois la situation particulière de Neufchâtel en Bray situé dans une zone avec beaucoup de personnes âgées et relativement éloignée des autres établissements du GHT.

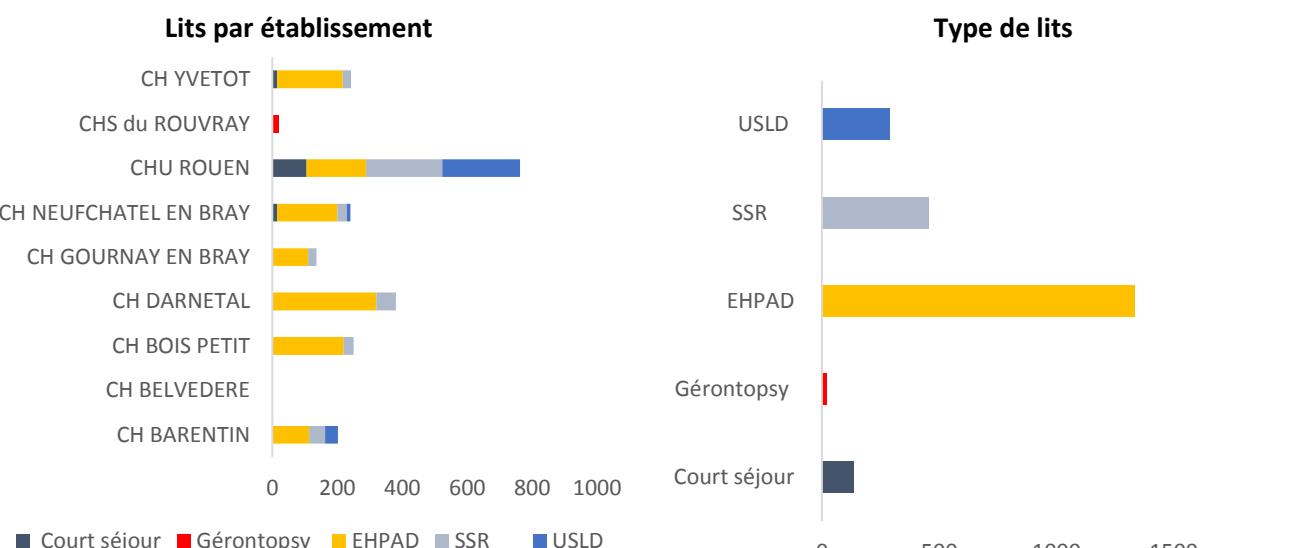


Nombre de personnes de plus de 75 ans par code postal - INSEE 2015

Offre de soins et activité

Parmi les 9 établissements du GHT, 6 ont une activité quasi exclusivement gériatrique, le CH du Belvédère n'est pas concerné. Le GHT a la particularité d'inclure deux établissements de référence régionale, le CHU et le CH du Rouvray, qui détiennent également une part non négligeable de cette activité.

Cela représente plus de 2200 lits dédiés exclusivement ou en partie à la gériatrie.



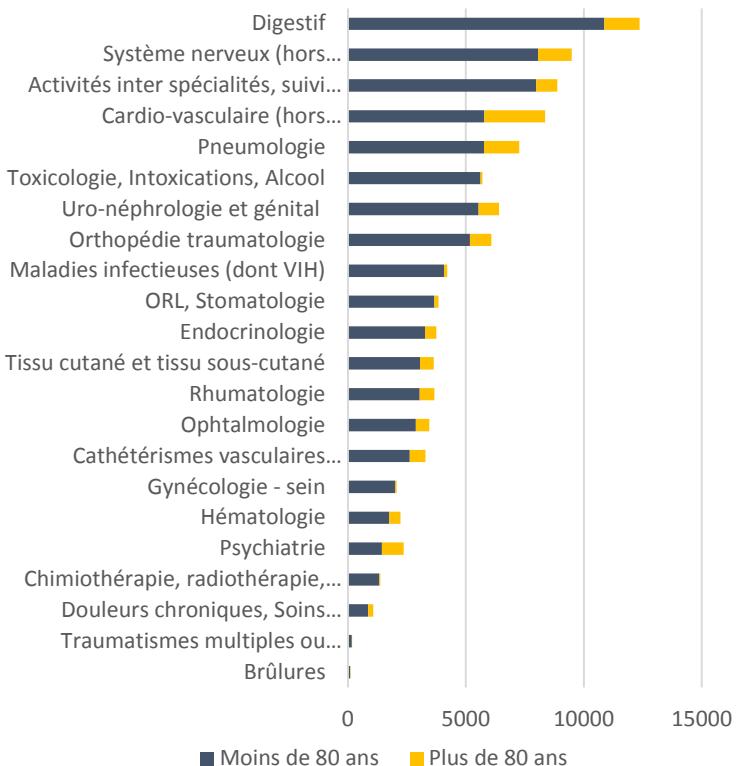
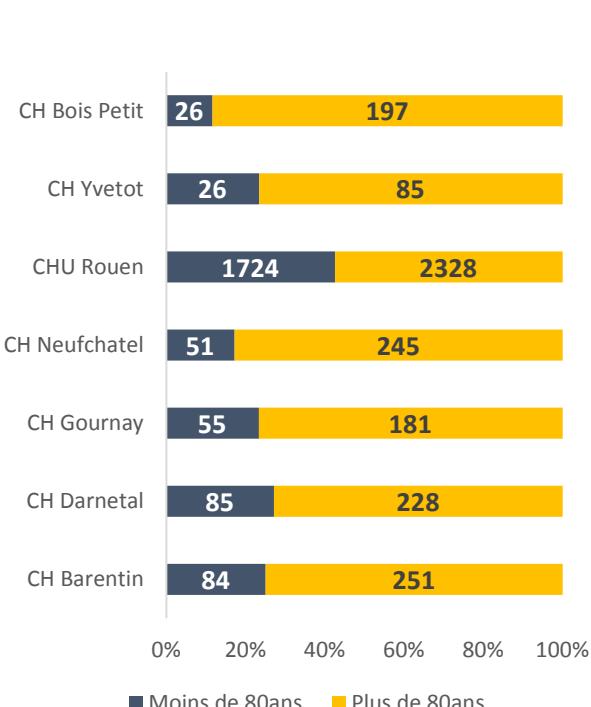
Offre	CH Barentin	CH Bois Petit	CH Darnétal	CH Gournay-en-Bray	CH Neufchâtel en Bray	CHU Rouen	CH Rouvray	CH Yvetot
Court séjour gériatrique								
SSR gériatrique ou à orientation gériatrique								
USLD								
HdJ					prévu en 17/18			
Consultations mémoire								
Equipe mobile de gériatrie								
EHPAD								
PASA								
UHR								
Accueil de jour								
Court séjour de gérontopsychiatrie								
Equipe mobile de gérontopsychiatrie								
SSIAD								
ESA								



Remarque : ces tableaux constituent une photo à un instant T et sont susceptibles d'évoluer.

Certains projets sont en effet en gestation : ouverture d'un HdJ à Neufchâtel, mise en place de télémédecine, UHR à Darnétal.

Concernant l'activité, les plus de 80 ans représentent 63% des séjours SSR et 14% des séjours MCO du GHT. Hors psychiatrie, cette catégorie de patients comptabilise 18 000 séjours en 2014.



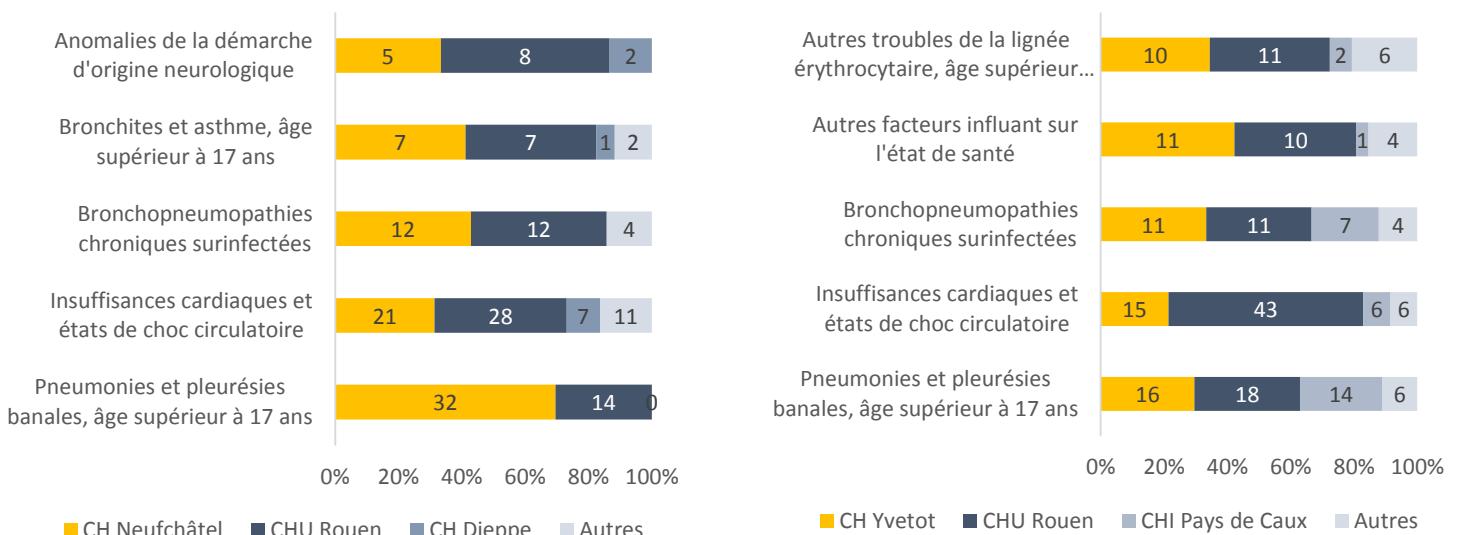
Nombre de séjours par âge en SSR – PMSI 2014

Répartition des séjours MCO par âge - CHU de Rouen, 2014, hors séances

Zoom sur l'activité MCO hors CHU (Neufchâtel et Yvetot) :

La zone d'attractivité du CH Neufchâtel est très majoritairement autour du CH (Plus de 50% des patients originaires de Neufchâtel et Forges les Eaux). Il en va de même pour Yvetot (zone d'attractivité : Yvetot et Yerville).

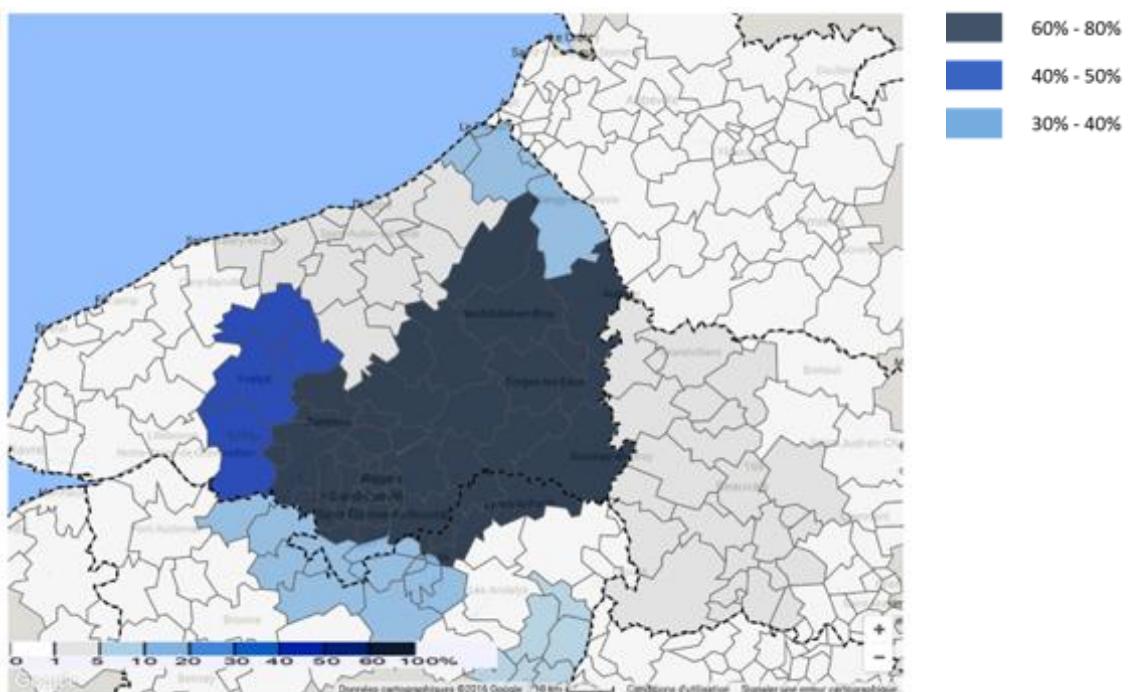
Sur ces zones et uniquement pour les personnes de plus de 75 ans, le tableau ci-dessous représente les 5 principales prises en charge en 2015. On s'aperçoit ainsi que le CHU et les deux autres MCO de la filière personnes âgées du GHT sont complémentaires dans la mesure où ils prennent en charge une grande part des patients sur des pathologies similaires.



CH Neufchâtel

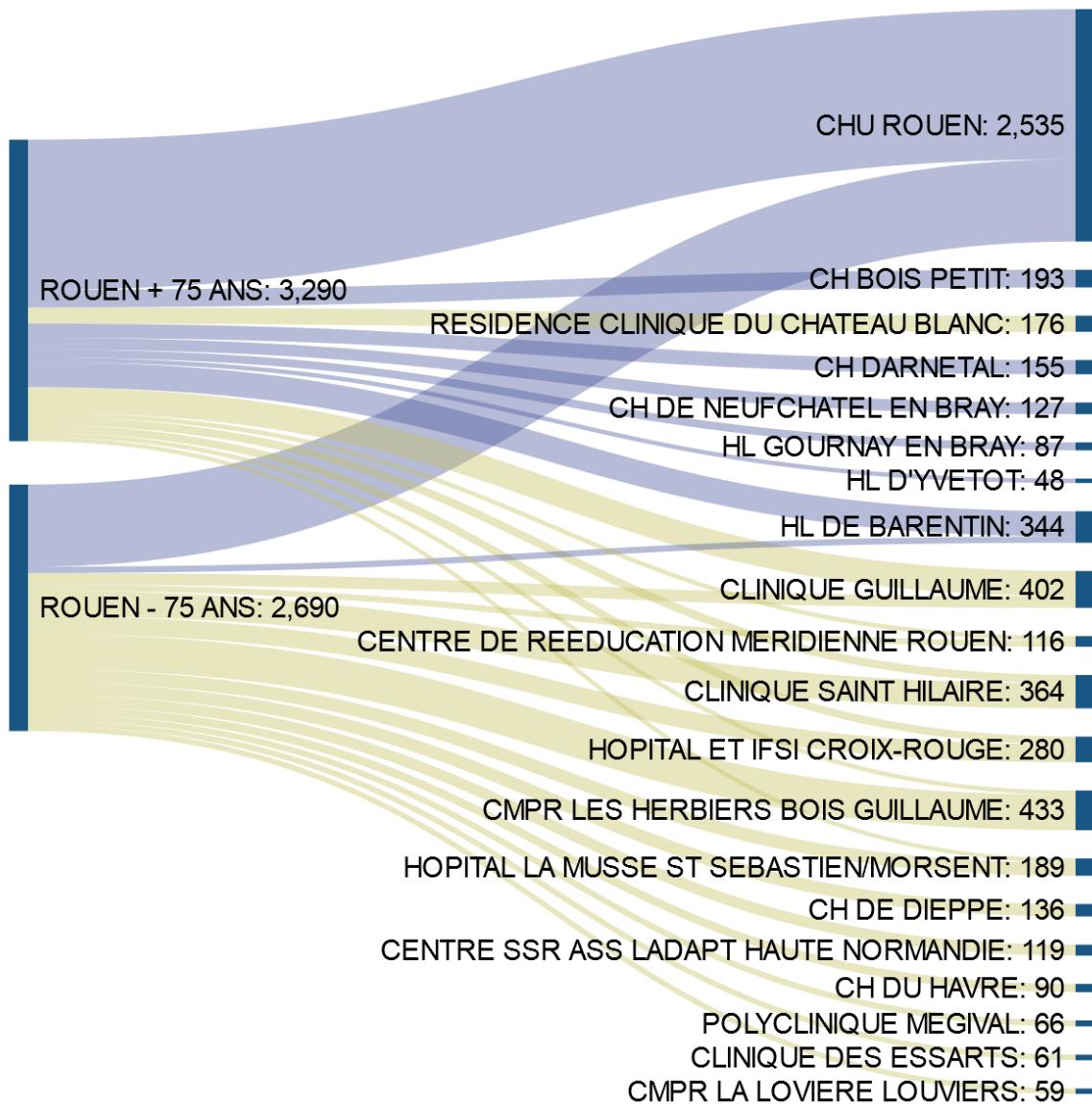
5 principales racines de GHM de l'établissement sur sa zone d'attractivité pour les plus de 75 ans – PMSI 2015

Le GHT est l'acteur principal en gériatrie sur le territoire puisque la part de patientèle (ou part de marché) cumulée de ses SSR sur les plus de 80 ans était de 46% en 2014 (contre 25% sur l'ensemble du SSR). Les établissements hors-GHT, en particulier les établissements privés, ne sont donc pas positionnés sur cette typologie de patient même s'ils accueillent également des patients âgés en spécialités d'organes, court séjour essentiellement.



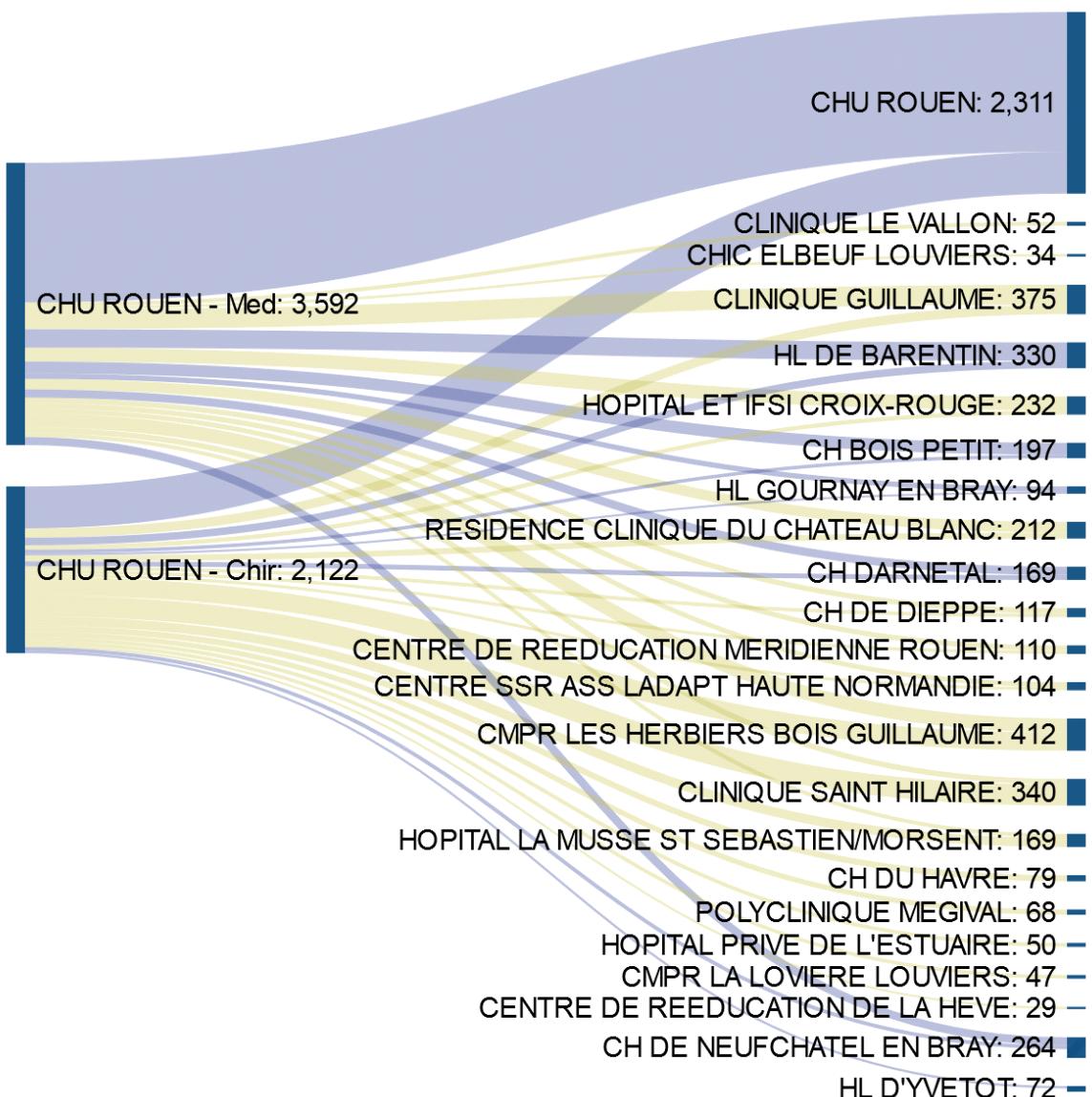
Part de patientèle de plus de 80 ans en SSR - Etablissements du GHT - 2014

Au-delà de cette situation, il est intéressant de voir les liens très étroits qui existent entre l'activité de court séjour du CHU de Rouen et les établissements SSR du GHT. Ainsi, parmi les 5 980 patients qui en 2015 ont eu un séjour en SSR après une prise en charge MCO, 42 % d'entre eux sont allés vers des SSR du GHT. Cette proportion est de 77 % si l'on s'intéresse uniquement au plus de 75 ans.



Destination des patients MCO du GHT (CHU de Rouen) vers les SSR

Méthode : Passage en SSR moins de 30 jours après un séjour MCO, base PMSI 2015



Destination des patients MCO du GHT (CHU de Rouen) vers les SSR

Méthode : Passage en SSR moins de 30 jours après un séjour MCO, base PMSI 2015

Cette analyse des parcours se complète avec le tableau suivant qui reprend les données de via-trajectoire fournies par la **Coordination Orientation et Parcours Haute Normandie** avec les 5 premiers prescripteurs par établissement.

Remarque : Cette étude porte sur l'année 2015 et est fondée sur l'analyse des données issues de l'observatoire Via Trajectoire (requêtes du 26 octobre et du 08 novembre 2016).

Les résultats présentés sont tributaires :

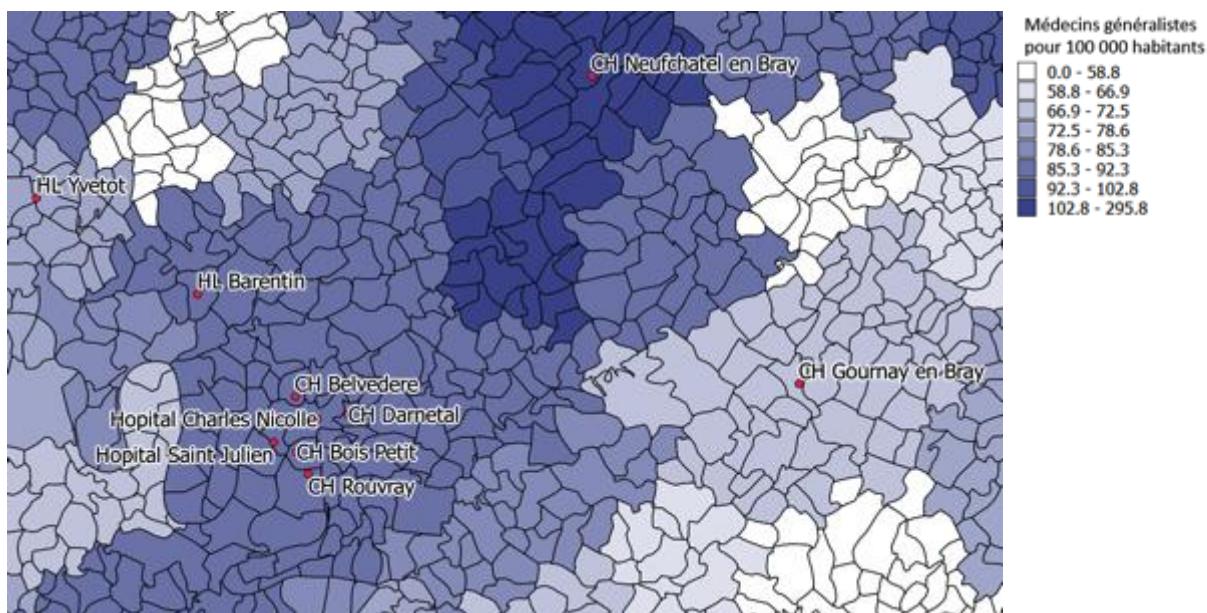
- de la pathologie, des objectifs de prises en charge en SSR et des conditions liées au patient et à son environnement, sélectionnées par le prescripteur lors de l'orientation,
- de la qualité du suivi du processus en particulier de la finalisation des demandes lorsqu'un patient est admis dans une structure d'aval. Seuls les dossiers finalisés (c'est-à-dire après que le prescripteur a déclaré le départ du patient de son unité dans Via Trajectoire) sont pris en compte au sein de l'observatoire. Ceci pourrait conduire à une sous-estimation du nombre de dossiers.
- Certaines orientations peuvent être réalisées sans qu'un dossier Via Trajectoire ait été rédigé (réadmission en SSR, admissions directes...). Ces données ne reflètent pas l'exhaustivité des orientations en SSR.

Structure Receveuse :	5 premiers prescripteurs en terme d'admissions :	Total Pres° reçues	Adm° effectives	% admis/ Pres°
CENTRE SSR PA CH DARNETAL	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	391	88	23%
	HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	70	16	23%
	CLINIQUE SAINT-HILAIRE ROUEN	134	84	63%
	CLINIQUE DU CEDRE	98	61	62%
	CLINIQUE ST ANTOINE BOIS GUILLAUME	26	20	77%
CH NEUFCHATEL-EN-BRAY	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	100	48	48%
	HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	14	9	64%
	CLINIQUE SAINT-HILAIRE ROUEN	4	2	50%
	CLINIQUE DU CEDRE	10	6	60%
	CH DIEPPE	10	7	70%
HL GOURNAY-EN-BRAY	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	59	31	53%
	HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	11	8	73%
	CLINIQUE DU CEDRE	4	4	100%
	CH BEAUVASIS	120	53	44%
	CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS	7	4	57%
HL YVETOT	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	120	21	18%
	HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	24	5	21%
	HL YVETOT	38	25	66%
	CLINIQUE CHIRURGICALE D'YVETOT	13	12	92%
	CLINIQUE TOUS VENTS LILLEBONNE	31	11	35%
CENTRE SSR PA CH SOTTEVILLE/ROUEN	CH LILLEBONNE CHI CAUX VALLEE DE SEINE	7	5	71%
	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	209	66	32%
	HOPITAL SAINT JULIEN CHU ROUEN	147	50	34%
	HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	36	6	17%
	CLINIQUE DU CEDRE	2	1	50%
CH HOPITAL PASTEUR VALLERY RADOT (BARENTIN)	CH LES FEUGRAIS CHI ELBEUF	8	1	13%
	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	298	138	46%
	HOPITAL SAINT JULIEN CHU ROUEN	13	5	38%
	HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	56	26	46%
	CLINIQUE SAINT-HILAIRE ROUEN	15	3	20%
HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	CLINIQUE DU CEDRE	20	12	60%
	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	1132	563	50%
	HOPITAL SAINT JULIEN CHU ROUEN	30	5	17%
	HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	261	133	51%
	CH LOUVIERS CHI ELBEUF	10	1	10%
HOPITAL DE OISSEL CHU ROUEN	CH DIEPPE	4	1	25%
	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	147	44	30%
	HOPITAL SAINT JULIEN CHU ROUEN	32	4	13%
	HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	32	10	31%
	CH LES FEUGRAIS CHI ELBEUF	73	17	23%
HOPITAL SAINT JULIEN CHU ROUEN	CH LOUVIERS CHI ELBEUF	65	11	17%
	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	257	98	38%
	HOPITAL SAINT JULIEN CHU ROUEN	285	187	66%
	HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME CHU ROUEN	35	4	11%
	CLINIQUE SAINT-HILAIRE ROUEN	14	1	7%
	CH LES FEUGRAIS CHI ELBEUF	16	1	6%

Remarque : les données présentées ne sont pas exhaustives dans la mesure où les entrées directes ne sont pas comptabilisées. Par ailleurs, les flux de patients observés à Gournay ou à Yvetot (ils accueillent un nombre élevé de patients hors GHT) s'expliquent en grande partie, aujourd'hui, par leur situation géographique. Il faut également noter qu'en 2016, les lits du SSR de Saint Julien ont déménagé à Bois Guillaume ce qui modifie les flux de patients.

En plus d'être l'acteur principal du territoire, le GHT dispose donc en son sein d'une filière gériatrique déjà très active.

En ce qui concerne la médecine de ville, il est intéressant de noter que la répartition des médecins généralistes correspond à celle des personnes âgées. Ainsi, la densité y est supérieure sur le nord du département autour de Neufchâtel en Bray. De manière globale, la Seine Maritime est bien dotée en médecins généralistes dans la mesure où on en compte 151 pour 100 000 habitants contre environ 83 sur l'ensemble du territoire.



Densité de médecins généralistes – INSEE 2014

Il faut noter l'existence d'une maison de santé pluridisciplinaire à Neufchâtel en Bray, dont le modèle de fonctionnement est très attractif pour les médecins, et le projet d'ouverture d'une autre maison de santé à Yvetot en 2017.

Eléments d'analyse des données par les établissements

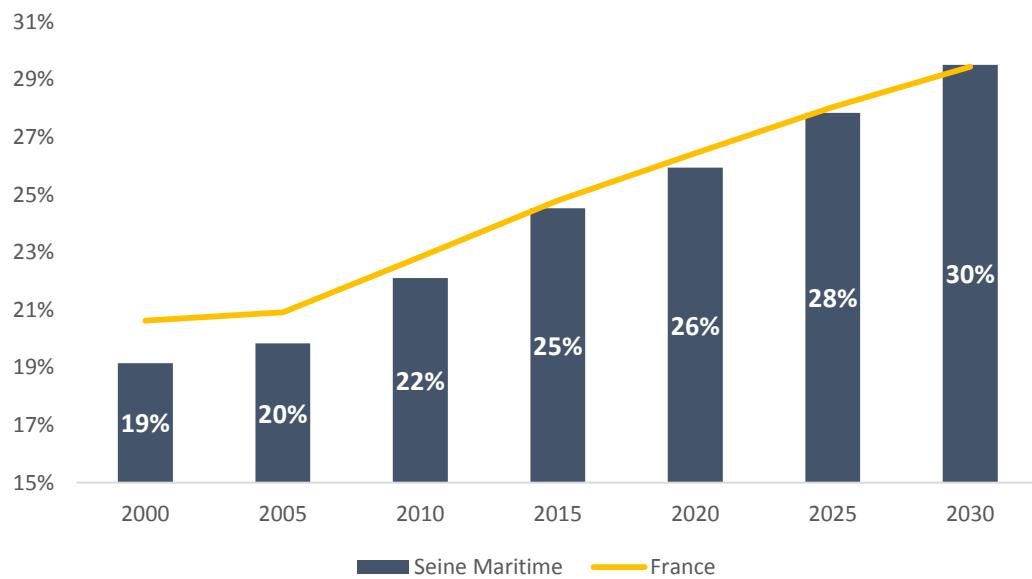
Globalement, les flux de patient à l'échelle du GHT s'expliquent par une forte collaboration entre le CHU et les SSR du GHT. Le critère d'orientation et d'acceptation reste un critère géographique, l'objectif étant que le patient soit pris en charge près de son domicile et de sa famille.

Il ne faut toutefois pas négliger un certain nombre de flux propre à chaque établissement (entrée directe, transfert du MCO vers la médecine...). Ces flux font la spécificité de chaque établissement et ne devront pas être ignorés dans le cadre du GHT.

Par ailleurs, certaines situations temporaires peuvent modifier les grandes tendances du territoire indépendamment de la volonté de chaque acteur. Ces situations doivent être appréhendées individuellement pour bien comprendre la situation globale du GHT.

Evolution prévisible de la filière

La Seine Maritime compte en 2015, 307 000 personnes de plus de 60 ans. Cela représente 25% de la population, en augmentation constante depuis 15 ans. Cette tendance est amenée à se poursuivre dans la mesure où cette proportion devrait atteindre 30% en 2030.



Part des plus de 60 ans dans la population - INSEE Modèle Omphale 2000 - 2030

Bien que ce phénomène ne soit pas propre au département, on remarque toutefois que le vieillissement est intervenu à un rythme plus élevé en Seine Maritime qu'ailleurs et qu'il y a eu un phénomène de rattrapage par rapport à la moyenne nationale.

Le nombre de patients potentiel va donc augmenter de 10% dans les 10 prochaines années. Une telle évolution oblige les acteurs à s'organiser afin de répondre au mieux à une transition démographique d'une telle ampleur.

Organisation et fonctionnement actuel

Les forces et les faiblesses de la filière ont été synthétisées dans la matrice SWOT suivante :

	<u>Positif</u>	<u>Négatif</u>
Interne (Etablissements du GHT)	<u>Forces :</u> Complémentarité entre les établissements Activité principale du GHT (8 établissements concernés) Part de marché importante sur le territoire Toutes les composantes nécessaires pour réaliser une filière complète Les acteurs du territoire ont l'habitude de travailler ensemble Une offre spécialisée : dispositif de gérontopsychiatrie, équipe mobile de soins palliatifs, télémédecine, onco-gériatrie, ortho-gériatrie, etc. Tous les types d'instituts de formation sont au sein du GHT	<u>Faiblesses</u> (ou marges d'amélioration) Système d'information Patients complexes aux DMS élevées Absence actuelle d'universitaire de gériatrie
Externe (Environnement)	<u>Opportunités :</u> Renforcement de l'attractivité de la filière gériatrique publique Disposer d'un système d'information avec une gestion commune de l'identification des patients Relation avec les autres GHT Solidarité des établissements dans la gestion des cas difficiles Structuration des acteurs proches du domicile (ex : MAIA)	<u>Menaces :</u> Difficultés d'aval en EHPAD pour des raisons financières ou juridiques (aide sociale, tutelle, etc.) Evolution du financement des structures La possibilité de formation des jeunes médecins Complexité sociale Déficit en médecin gériatre Déficit en personnel soignant et spécialisé (psychologues, kinésithérapeutes ...) Insuffisance des travailleurs sociaux (enquête prospective à faire)

Rappel des objectifs du PRS – Thème Handicap et Vieillissement

Source : PRS Haute Normandie - Juin 2011 - 3 axes identifiés :

1. Poursuivre l'adaptation et la restructuration du dispositif médico-social existant pour une meilleure qualité de prise en charge ;
2. Diversifier les modalités de prise en charge en développant les alternatives à l'institutionnalisation ou encore les services d'accompagnement, pour une meilleure adéquation aux besoins des personnes,
3. Développer une offre adaptée en direction de populations spécifiques (Alzheimer, autisme, handicap physique...)

Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge

Structuration projetée de la filière

La filière personnes âgées doit répondre à une double injonction :

- Offrir des soins de proximité adaptés à une population croissante de patients
- Proposer une prise en charge spécialisée de qualité dans un contexte scientifique et technologique en pleine mutation

Il est donc essentiel de proposer une offre graduée, lisible et cohérente pour chaque typologie de patient.

Le défi principal est donc de maîtriser les flux de patients, quantitativement et qualitativement.

Pour cela, il est nécessaire d'identifier l'état actuel de l'offre de soins, les blocages ou points de fragilité, de noter les actions déjà entreprises, et de proposer des actions concourant au double objectif de fluidification et d'adéquation des parcours.

La démarche consiste à articuler une approche populationnelle destinée au plus grand nombre et une approche par pathologie pour des patients spécifiques. Cette démarche prend tout son sens pour des personnes âgées pour lesquelles la part de maladies chroniques et de profils pluri pathologiques est très élevée. L'analyse du case mix des établissements confirme d'ailleurs l'importance de ce type de pathologies pour les patients âgés.

Le GHT identifiera donc la typologie des patients pour leur proposer un parcours adapté et coordonné.

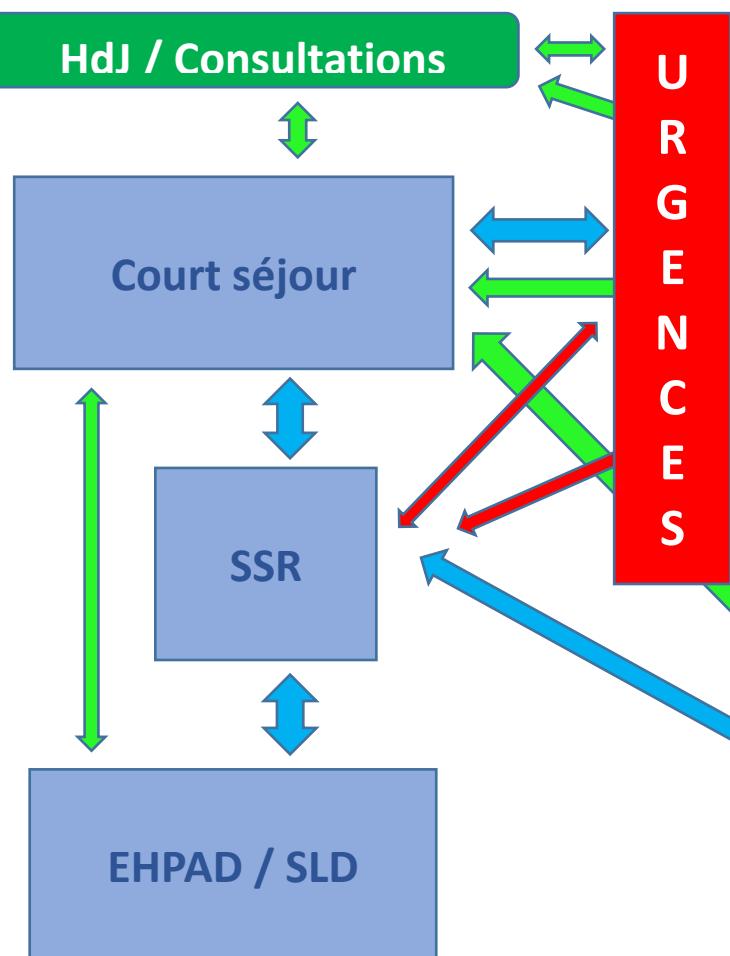
- Par exemple, et conformément au PRS, les types de prises en charge pour lesquelles une réponse spécifique est abordée pourra concerner l'onco-gériatrie, l'ortho-gériatrie, la cardio-gériatrie, la maladie d'Alzheimer, la géronto-psychiatrie, et bien d'autres thèmes...

Le déroulement de chaque sujet prendra en compte, pour ce qui le concerne, un certain nombre de structurations transversales telles qu'elles sont détaillées ci-dessous, par exemple la télémédecine ou les consultations, ou la prise en charge médico-sociale. Certains chapitres feront plutôt l'objet d'un développement spécifique, comme celui de la permanence des soins ou des plateaux techniques, ou encore la gestion des risques exceptionnels.

Principe d'organisation des activités

	Permanence et continuité des soins	La permanence des soins devra s'organiser à l'échelle du territoire dans le respect des professionnels et de la mission de service public de l'hôpital
	Consultations externes / avancées	L'offre de consultations devra obéir à un impératif de proximité des soins et d'égalité dans l'accès à des avis spécialisés
	Hospitalisation (ambulatoire, partielle, conventionnelle)	L'organisation de l'hospitalisation devra se faire selon des critères de gradation de la prise en charge ainsi que de proximité géographique pour le patient
	Plateaux techniques	L'accès aux plateaux techniques devra être facilité et la communication des résultats entre les professionnels améliorée
	Situations sanitaires exceptionnelles	La réponse à des situations sanitaires exceptionnelles devra être coordonnée à l'échelle du territoire et devra suivre des protocoles définis en amont
	Prises en charge urgentes et non programmées	L'objectif est de limiter au maximum le passage par les urgences en favorisant l'anticipation et les entrées directes
	Hospitalisation et soins à domicile	Le maintien durable et le retour à domicile sont une priorité de la filière gériatrique et de sa fluidification
	Prise en charge médico-sociale	La continuité des soins et la coopération entre professionnels devront être les moteurs de la relation avec le secteur médico-social

Filière Hospitalière



Ville

A fluidifier

Optimiser / Privilégier

Discutable

Axes prioritaires de la filière personnes âgées –Synthèse

L'ensemble de la prise en charge des personnes âgées au sein du GHT devra être organisée autour d'un objectif commun : la fluidification du parcours.

Le GHT est au service du parcours de vie et de santé des personnes âgées et des personnes en perte d'autonomie. Son activité, sanitaire, a donc des implications et articulations médico-psycho-sociales larges et fortes qui plaident pour le dialogue et la co-construction avec les acteurs du domicile, des institutions et les structures de coordination.

Les flux constatés aujourd'hui sont complexes. Ils peuvent aussi être analysés suivant leur pertinence ou les blocages qu'ils représentent : il est banal de dire que trop de personnes âgées arrivent à l'hôpital pour de mauvaises raisons, ou dans de mauvaises conditions, notamment en passant par les urgences. Si l'urgence médicale gériatrique réelle doit être correctement abordée, tous les autres cas, jugés inappropriés, doivent faire l'objet d'un traitement différent.

De cela découle l'idée d'anticiper à chaque fois que cela est possible, de prévenir la crise plutôt que de la laisser se produire Il s'agit d'éviter le recours inapproprié aux urgences depuis le domicile, depuis les EHPAD.

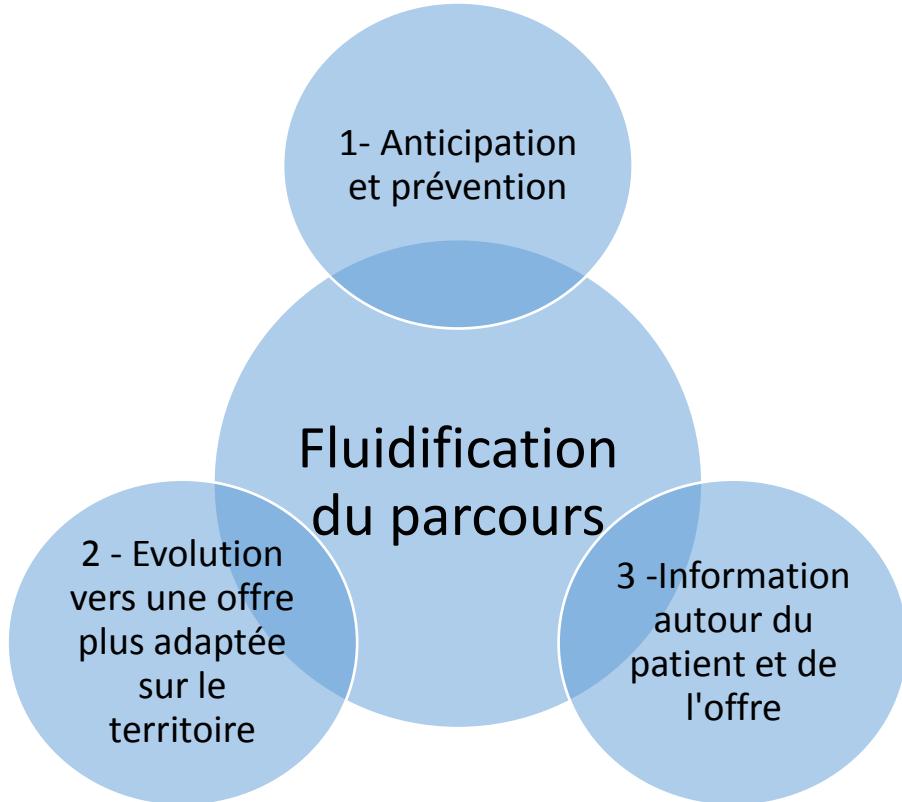
Le deuxième temps fort est d'adapter l'offre dans ses modalités pour que la réponse d'accueil corresponde au problème posé lorsqu'il ne peut être anticipé ou prévenu : optimiser le mode d'entrée dans le GHT, fluidifier le parcours intra-GHT dans son esprit de filière, privilégier la « gériatrisation » des prises en charges et la recherche du meilleur retour à domicile ou dans le meilleur contexte de domicile.

Tout cela suppose une structuration de l'information de la communication à l'échelle du GHT lui-même, et à destination du grand public, des personnes âgées elles-mêmes, de leurs aidants, des professionnels de la ville et des correspondants de tous ordres. Communication de l'information médicale, accès à l'information du public sur l'offre de soins, contacts entre professionnels doivent concourir à l'amélioration des prises en charge, en tenant compte des évolutions technologiques.

En conclusion, cette projection du GHT vers la résolution des problématiques d'amont est la première marche. Un accueil des personnes âgées à ses portes les plus adaptées est la deuxième. Une structuration interne du GHT pour fluidifier ses fonctionnements en réelle filière gériatrique en est la troisième. L'accroissement de son attractivité pour les professionnels médicaux et soignants est nécessaire à ce projet, de même que l'adaptation à ses objectifs d'un système d'information unique, modernisé et communiquant.

Telles sont les clés d'une filière gériatrique efficiente et fluide pour le GHT « cœur de Seine »

A ce titre, la filière s'organisera autour de trois grands axes :



- Axe 1 : Anticipation et prévention

Identifier les personnes âgées fragiles, dans leur lieu de vie habituel, et tout mettre en œuvre pour éviter que la situation ne se dégrade, est une priorité pour l'ensemble des acteurs de la filière.

Le repérage du risque de perte d'autonomie, des problèmes médicaux et sociaux pouvant aboutir à une hospitalisation est à consolider.

Cette notion d'**anticipation** est donc au premier plan et doit se placer au plus proche des patients âgés, de leurs aidants et de leurs professionnels de premier recours afin que chacun soit informé, formé et soutenu, pour aboutir à une **prévention** efficace des situations de crises.

Il s'agit, à tous ces niveaux, et sur l'ensemble du territoire du GHT, de structurer une offre pertinente pour apporter sans retard des réponses graduées, à toutes les étapes du parcours de vie des personnes âgées, à l'ensemble de leurs problématiques médico-psychosociales.

Cette gestion positive de l'amont permettra de réduire les flux inappropriés de personnes âgées vers les urgences et lits d'hospitalisation des établissements du GHT.

- Axe 2 : Evolution vers une offre gériatrique plus adaptée sur le territoire

Une filière efficace est d'abord et avant tout une filière au sein de laquelle l'offre est en adéquation avec le besoin des patients du territoire, en garantissant l'égalité d'accès aux soins les plus adaptés pour tous les patients du territoire.

Le groupe de travail a conduit sa réflexion en utilisant aussi les outils du PRS 2 (Projet Régional de santé), de façon à intégrer la politique stratégique adoptée au niveau régional. Les réflexions visent donc à la fois une approche analytique, par chantiers, avec actions à mettre en œuvre, mais aussi en abordant quelques-uns des « points de blocage » du Schéma PRS, évoqués notamment dans l'interaction ville-hôpital. L'analyse structurelle et dynamique intra-GHT donne des pistes pour privilégier des modes d'entrée adaptés dans la filière, optimiser certaines pistes, et bien sûr réduire les flux inadéquats. Les coopérations entre les établissements du GHT sont à développer, dans ce sens.

Cette réflexion est considérée comme essentielle face aux problématiques rencontrées dans beaucoup de territoires tels le vieillissement démographique, les déficits médico-soignants en milieu libéral (villes et campagnes) et à l'hôpital (notamment les hôpitaux de proximité), les difficultés dans les EHPAD.

Par opposition, et contrairement aux idées reçues, les personnes âgées en urgence médicale ou de façon plus programmée, ont un grand besoin de recourir efficacement au système hospitalier, où leur accueil doit alors être souhaité, bienveillant et compétent. La gériatrie est loin de n'être que sociale.

Ainsi, en rapport avec ces thèmes, seront évoqués des parcours spécifiques par thèmes pathologiques, les défis démographiques et l'attractivité médicale et soignantes en gériatrie, et bien sûr l'ensemble des propositions d'actions visant une facilitation et sécurisation de l'accès aux soins et aux compétences spécifiques, ainsi que les modalités de ces soins médico-pharmaceutiques et soignants et leur déploiement sur le territoire.

- Axe 3 : Information autour du patient et de l'offre de soins

L'offre de soins de la filière gériatrique du GHT doit faire l'objet d'une stratégie de communication à destination du grand public, des personnes âgées et de leurs aidants, et bien sur des professionnels qui doivent y trouver le moyen de recourir aux compétences gériatriques le plus facilement possible sur l'ensemble du territoire.

Cette communication doit être pédagogique sur l'utilité de chaque structure, de chaque acteur, et sur les parcours par grande problématique. Aucune question ne doit rester sans réponse opérationnelle claire.

A l'intérieur de la filière, il est essentiel que la transmission de l'information médico-soignante et pharmaceutique entre les professionnels soit source de qualité et de fluidité entre les différentes étapes de prise en charge.

L'évolution des systèmes d'information est au cœur des progrès attendus, mais ceux-ci peuvent commencer dès maintenant sur la base des constats simples connus de tous sur le partage efficace d'informations, dans l'interface ville -hôpital comme à l'intérieur du GHT. Elle est aussi la base du déploiement de certaines technologies innovantes, notamment en télémédecine ou en médecine connectée et gérontechnologie.

La communication entre professionnels, doit devenir facile, des moyens là aussi gradués sont à mettre en place, en commençant dès demain.

Ce projet médico-soignant et pharmaceutique partagé de filière gériatrique a pour vocation d'identifier un nombre certain de problématiques et, sur la base de l'offre de soins existante, d'émettre des propositions d'actions, nombreuses, dont la priorisation sera ensuite discutée, définie en fonction de leur impact, et de leur faisabilité.

Dans tous les cas, le GHT, nouvelle structure, se nourrira du succès des améliorations graduées et innovations qui se feront jour au quotidien, pour que les professionnels, les patients et leurs familles, puissent apprécier qu'une dynamique est en route pour la gériatrie « Cœur de Seine ».

Axe n°1 : Anticipation et prévention

Axe 1 : Anticipation et prévention	
<i>Objectif : Réduire les flux inappropriés en offrant la bonne réponse au patient au bon moment de son parcours : mécanismes d'entrée et de sortie dans la filière gériatrique, collaboration étroite avec la médecine de ville et les structures médico-sociales</i>	
Projet	
1.1	<p>Favoriser le maintien durable au domicile : Développer les services d'accompagnement, pour une meilleure adéquation aux besoins des personnes</p> <p>Développer l'offre de prévention</p> <p>Proposer une offre de bilans gériatriques (chutes, consultation mémoire, fragilité, dénutrition, etc.)</p> <p>Former les professionnels et informer la population : accompagner à domicile et formation coordonnée</p> <p>Sortir l'expertise des murs des établissements du GHT : équipes mobiles (à garder ?)</p>
1.2	<p>Prévenir les mauvaises orientations et l'hospitalisation inappropriée :</p> <p>Eviter le passage inapproprié par les urgences (en particulier en provenance des EHPAD)</p> <p>Développer les programmes d'éducation thérapeutique</p> <p>Diversifier les modalités de prise en charge en développant les alternatives à l'institutionnalisation</p> <p>Développer les coopérations prioritaires des urgences avec le court séjour gériatrique</p> <p><i>Favoriser le repérage des sujets âgés fragiles dans les services non gériatriques</i></p>
1.3	Améliorer la réponse sur le territoire aux urgences gériatriques et aux urgences gérontopsychiatriques
1.4	<p>Développer l'articulation avec le réseau de soins primaire : médecine de ville, IDE, pharmacien, etc.</p> <p>Disposer d'un numéro unique d'entrée dans le GHT (ou d'un annuaire des correspondants) adossé à une plateforme de recours gériatrique</p> <p>Améliorer la lisibilité et l'accessibilité pour la ville par un recours facilité à l'expertise gériatrique : consultations, HdJ, etc.</p> <p>Utiliser l'équipement de Télémédecine des EHPAD comme support à la médecine de ville de proximité</p>

Projet 1.1 : Favoriser le maintien durable au domicile grâce à une offre coordonnée à destination des professionnels et de la population sur le territoire du GHT

Constats :

- Vieillissement de la population, forte augmentation des + 80 ans notamment à partir de 2027 (INSEE, Omphale scénario central)
- Prévision du doublement de la population potentiellement dépendante d'ici 2027
- Au 1 er janvier 2015, + de 60 ans, 26 % de la population, augmentation 32 % en 15 ans.
+de 75 ans : 9,7 % de la population régionale
- Accroissement du nombre de personnes âgées, du niveau de dépendance et de soins
- Répartition + 75ans : 42 % vivent seuls, 46 % vivent en couples, 9,2 % vivent en institution
- Manque de formation et de temps dédié pour des actions de prévention.

Objectifs

- Prévention de la perte d'autonomie à domicile : repérage, dépistage, information, orientation, évaluation, coordination
- Soutien au domicile avec une évolution de l'offre de services à domicile sur le territoire GHT.

- Une approche parcours favorisant des réponses graduées sur l'ensemble du territoire du GHT
- Promouvoir l'éducation thérapeutique
- Favoriser le décloisonnement des acteurs de la prévention, du social, du médico-social, de la ville et du sanitaire
- Renforcer les dispositifs de soutien aux aidants et de l'offre de répit

Chantiers :

A/Développer les actions de prévention à destination des professionnels (formation) et de la population (information)

B/Proposer une offre de bilans gériatriques renforcée

C/Sortir l'expertise des murs des établissements du GHT

D/Favoriser le retour au domicile réussi

A/Développer les actions de prévention à destination des professionnels (formation) et de la population (information)

Existant :

En faveur des professionnels

- Compétences reconnues et sollicitées dans le cadre de l'organisation de la formation initiale et continue. Toutefois, elles ne sont à ce stade ni structurées, ni organisées au niveau du territoire du GHT (offre individuelle sur sollicitation)
- Enseignement, formations réalisées auprès des IDE, rééducateurs, aides-soignants, ambulanciers, aides à domicile...dans le cadre de la formation initiale et continue
- Formation en lien avec la mise en place du guichet d'intégré des 4 MAIA (Rouen Rouvray, Rouen Nord, Bresle et Bray, Caux Austreberthe)
- Quoi de neuf en gériatrie ? à destination des médecins dans le cadre des enseignements postuniversitaires

En faveur de la population

- Consultation du bien vieillir
- Ateliers de prévention des structures inter-régimes : ASEPT
- Actions d'éducation thérapeutique
- Journées thématiques des CLIC, CCAS...

Actions à développer :

- Développer une offre de prévention coordonnée du GHT : répertorier l'offre et définir les axes prioritaires du GHT annuellement
- Construire un parcours de prévention à l'échelle des territoires en lien avec les 4 MAIA, à partir des diagnostics réalisés et des travaux engagés sur les parcours de prévention
- Identifier des financements dédiés à la prévention et répondre de manière concertée aux appels à projets sur le territoire du GHT
- Développer la communication autour du mandat de protection futur et des directives anticipées pour améliorer l'anticipation des situations de crise

B/Proposer une offre de bilans gériatriques renforcée

Existant :

Différents outils de repérage précoce de la fragilité et d'évaluations multidimensionnelles ont été construits et partagés sur le territoire. Ces outils sont utilisés par les professionnels de la gériatrie pour le repérage, afin de faciliter la communication et l'adressage des personnes âgées.

Actions à développer :

- Les actions seront développées dans le cadre de l'axe 2 et visent à favoriser les interfaces ville - hôpital et médico-social – sanitaire.
- L'enjeu est de proposer une couverture complète du territoire en définissant le rôle des centres de proximité et du centre de recours.

C/Sortir l'expertise des murs des établissements du GHT

Existant :

- Equipes mobiles à domicile (Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile) ou en EHPAD (Equipe mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gérontopsychiatrie)
- Télémedecine à destination des EHPAD (gériatrie, psychiatrie, dermatologie)
- SSIAD et ESA
- Visites à domicile des ergothérapeutes pour accompagner le retour à domicile
- Evaluations multidimensionnelles en vue de l'intégration en gestion de cas (CORS-MAIA)

Actions à développer :

- Mettre en œuvre le Centre des aides techniques

- Coordonner l'offre en équipes mobiles et en télémédecine
- Mettre en place un guichet unique de recours aux équipes mobiles (plateforme séniors)
- Etendre l'offre d'intervention des équipes mobiles en proximité pour couvrir l'ensemble du territoire du GHT
- Etendre l'offre de télémédecine à d'autres disciplines médicales (ex : cardiologie, ORL...)

D/Favoriser le retour au domicile réussi

Existant

En faveur de la population

- Une offre d'accueil séquentiel de répit variée : accueil de jour, hébergement temporaire, baluchonnage, plateforme de répit...
- Un suivi en sortie d'hospitalisation au travers de l'hospitalisation de jour ou de consultations spécialisées
- Des liens avec les associations d'usagers (ex : France Alzheimer)
- Une offre de programmes d'éducation thérapeutique pour les aidants sur les maladies chroniques
- Un accompagnement en sortie d'hospitalisation par les équipes mobiles (EMED, EMG, EMSP, EMGP), l'HAD ou les SSIAD.

En faveur des professionnels

- Programmes de formation dédiés aux professionnels du domicile (cf. point A)
- Protocoles favorisant la prise en charge à domicile, diffusion du référentiel de bonnes pratiques professionnelles des SSIAD.

Actions à développer :

- Développer le retour d'expérience patients pour améliorer nos dispositifs et organisations ainsi que les liens avec les associations d'usagers
- Développer le recours au gérontechnologie et participer au développement de la silver économie : projet européen « caregiverspro »
- Développer le soutien aux professionnels du domicile par la formation et l'accompagnement
- Permettre une réponse en urgence aux demandes d'entrée en EHPAD : développer en lien avec l'ARS et le CD76 des solutions sociales et financières dans l'urgence.
- Favoriser le repérage des sujets âgés fragiles dans les services non gériatriques pour un meilleur adressage vers les dispositifs existants du GHT (sanitaires et médico-sociaux)
- Favoriser l'échange d'information en sortie d'hospitalisation : diagnostic, ordonnance et consignes de surveillance et de suivi (pochette de sortie)
- Définir des critères de faisabilité de retour à domicile ou en structure médico-social pour éviter les réhospitalisations

- Améliorer la prise en charge palliative en HAD

Projet 1.2 : Prévenir les mauvaises orientations et l'hospitalisation inappropriée

Constats :

- Difficultés à anticiper des situations de crise qui favorisent un recours inapproprié aux urgences
- Manque de connaissance et d'accessibilité aux alternatives à l'hospitalisation complète
- Une évolution du profil des résidents accueillis dans les EHPAD qui engendre une augmentation des flux des patients entre les EHPAD et l'hôpital
- Manque de lisibilité sur les critères de recours aux différents dispositifs de prise en charge au domicile existants (Equipe mobile à domicile – HAD – Service de Soins Infirmiers A Domicile – Service d'aide à domicile)
- Absence de lisibilité sur l'ensemble des dispositifs (sanitaires et médico-sociaux) existants sur le territoire du GHT qui amène des passages inappropriés aux urgences

Objectifs :

- Mieux anticiper les situations de crise à domicile et en EHPAD
- Réduire les hospitalisations évitables par une meilleure connaissance à la fois des pathologies chroniques invalidantes et des syndromes gériatriques
- Améliorer l'anticipation des situations prévisibles (risques financier, psychologique, protection juridique et prévention des décompensations)
- Développer un continuum de l'offre pour éviter les hospitalisations inappropriées et évitables
- Améliorer les délais de prise en charge dans les différents dispositifs alternatifs à l'hospitalisation complète
- En cas de recours nécessaire aux urgences, transmission des éléments clés de la prise en charge : autonomie, statut cognitif, comorbidités, traitements, directives anticipées, avis équipe mobile sollicité, état général des 7 derniers jours, dispositifs d'aide ou de soutien déjà mis en place (pochette d'entrée).

Chantiers :

A/ Eviter le passage inapproprié par les urgences

B/ Diversifier les modalités de prise en charge en développant les alternatives à l'institutionnalisation

A/ Eviter le passage inapproprié par les urgences

Constats :

Domicile

- La difficulté à anticiper des situations de crise, amène à de nombreuses hospitalisations via les urgences.
- La méconnaissance des dispositifs mobilisables à domicile favorise le recours aux urgences.
- L'isolement social et la diminution du nombre de médecins libéraux sont des facteurs favorisant d'un recours inapproprié aux urgences.
- La réduction du nombre de visites à domicile par les médecins de premier recours aboutit à un isolement accru et une non prise en charge d'une population très âgée, dépendante, présentant des troubles neuropsychiatriques, échappant à un suivi médical.

EHPAD

- L'évolution du profil des résidents accueillis dans les EHPAD, très âgés, porteurs de poly pathologies engendre des décompensations de situations aiguës (décompensation de maladies chroniques, évènements intercurrents). Ceci conduit à une augmentation des flux de patients arrivant des EHPAD vers l'hôpital et particulièrement au service des urgences.
- Absence d'astreinte médicale et infirmière la nuit dans les EHPAD, génère des hospitalisations nocturnes qui pourraient être évitées.
- Des professionnels intervenants auprès des résidents insuffisamment formés à la prise en charge des syndromes gériatriques.

Existant

Domicile

- Des dispositifs d'aide au soutien à domicile existent sur le territoire du GHT : infirmiers libéraux, SSIAD, HAD, EMED...
- L'accompagnement social est facilité par le maillage des CLIC.
- La mise en place de la gestion de cas pour les situations complexes couvre la totalité du territoire du GHT.

- Des rencontres interdisciplinaires à l'initiative des MAIA permettent l'anticipation de situations de crise et la mise en place d'une prise en charge adaptée au domicile, en soutien des intervenants du réseau de soins primaire.

EHPAD

- Des conventions sont signées entre les EHPAD et les centres hospitaliers de référence.
- Les équipes mobiles multithématiques (EMG, EMSP, Equipe mobile de psychiatrie) peuvent intervenir pour anticiper les situations de crise.
- Le recours à la télémédecine pour certaines spécialités évite des transports de patients pour des avis spécialisés.
- La mise en place de numéro d'appel direct pour avis gériatrique facilite la gestion et l'anticipation des situations de crise.

Actions à développer : domicile – EHPAD :

- Formation des soignants des EHPAD : proposer sur le modèle du document diffusé par l'ARS Ile de France « IDE et AS en EHPAD : conduite à tenir en situation d'urgence » un référentiel commun au GHT Cœur de Seine.
- Développer une astreinte infirmière dans les EHPAD du GHT la nuit et le weekend.
- Permettre l'accès à l'expertise gériatrique de proximité en tout point du territoire du GHT grâce à la définition des rôles des centres de proximité et du centre de recours.
- Proposer la mise en place d'un guichet unique de recours aux équipes mobiles, à la télémédecine et à un gériatre (plateforme séniors), tout en respectant l'offre gériatrique de proximité.
- Etendre le dispositif EMED à l'ensemble du territoire du GHT.
- Faciliter le recours à l'expertise psychiatrique en tout point du GHT.
- Définir l'articulation avec les pôles de santé libéraux ambulatoire, les plateformes territoriales d'appui
- Régulation du 15 : mettre en place un outil de repérage simplifié des syndromes gériatriques ne nécessitant pas le passage systématique aux urgences en lien avec la plateforme gériatrique en journée pour avis.
- Disposer d'une offre d'entrée en urgence (temporaire ou définitive) dans les EHPAD du GHT en cas d'urgence sociale.
- Développer les coopérations prioritaires entre les urgences et les services de court séjour gériatrique.

B/ Diversifier les modalités de prise en charge en développant les alternatives à l'institutionnalisation
Pour répondre à l'objectif de renforcement des dispositifs de soutien aux aidants et de l'offre de répit cité au point 1-1, il convient de mettre en œuvre le plan d'action « D/Favoriser le retour au domicile réussi ».

Projet 1.3 : Développer l'articulation avec le réseau de soins primaire : médecine de ville, IDE, pharmacien, etc.

Constats :

- Manque de lisibilité sur l'ensemble des dispositifs (sanitaires et médico-sociaux) existants sur le territoire du GHT pour les acteurs de la ville.
- Difficulté de lisibilité des critères de recours aux différents dispositifs de prise en charge au domicile existants (Equipe mobile à domicile – HAD – Service de Soins Infirmiers A Domicile – Service d'aide à domicile, etc).

Objectifs :

- Améliorer la circulation de l'information entre les différents acteurs du GHT et les acteurs du premier recours.
- Développer les moyens de communication (internet, annuaire, télémédecine...).

Chantiers :

A/ Faciliter le recours à l'expertise gériatrique

B/ Etendre l'utilisation de l'équipement de télémédecine des EHPAD aux médecins libéraux

A/ Faciliter le recours à l'expertise gériatrique

Existant :

- Numéros d'appel direct aux gériatres et à la plateforme séniors.
- Intervention de l'EMED sur signalement du CLIC.
- Recours à la gestion de cas pour les situations complexes. Expertise gériatrique au sein du comité d'orientation.

Actions à développer :

- Mettre en place un annuaire dynamique des correspondants du GHT, en accès direct pour l'ensemble des acteurs du GHT et de la ville, afin d'améliorer la lisibilité et l'accessibilité de l'offre pour tous.
- Disposer d'un numéro unique de recours adossé à la plateforme séniors.
- Accès facilité aux dispositifs ambulatoires du GHT en respectant l'offre de proximité (consultations, HDJ, équipes mobiles, etc.).
- Partager des outils communs d'évaluation et de suivi.
- Développement du dispositif d'Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile en lien avec les CLIC sur tout le territoire du GHT.

B/ Etendre l'utilisation de l'équipement de télémédecine des EHPAD aux médecins libéraux

Existant :

Certains EHPAD installés sur le territoire du GHT disposent d'un équipement de télémédecine et ont signé une convention pour la réalisation de consultations spécialisées (gériatrie, dermatologie, psychiatrie).

Actions à développer :

- Diversifier l'offre de consultation spécialisée en télémédecine.
- Etendre le nombre d'EHPAD du territoire du GHT équipé d'un dispositif de télémédecine.
- Ouvrir l'utilisation de la télémédecine aux médecins de ville en proximité des EHPAD pour un accès facilité en tout point du GHT à avis spécialisé.

Axe n°2 : Développement d'une offre de soins adaptée

Axe 2 : Evolution vers une offre plus adaptée sur le territoire

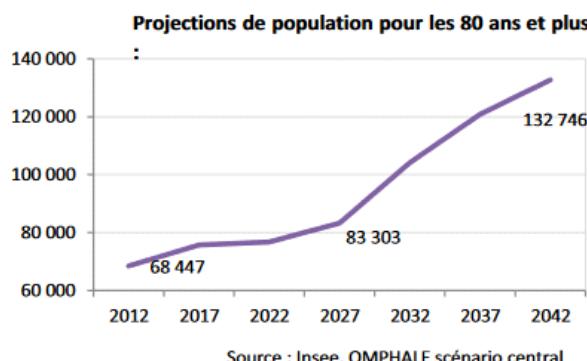
Objectif : Fluidifier le parcours des patients au sein même de la filière par une offre en adéquation avec le besoin

Projet	
2.1	Consolider l'adéquation de l'offre sur le territoire au regard des besoins de la population (plus de 75 ans)
A	Répertorier l'offre sur le territoire et l'analyser au regard des besoins
B	Optimiser le parcours et les coopérations intra-GHT
2.2	Développer une offre adaptée en direction de populations spécifiques
A	Articuler les compétences au bénéfice de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées
B	Articuler les compétences au bénéfice de l'onco-gériatrie
C	Articuler les compétences au bénéfice d'autres populations spécifiques et promouvoir de nouvelles offres
D	Améliorer la réponse sur le territoire aux urgences gériatriques et aux urgences gérontopsychiatiques
2.3	Faciliter et sécuriser l'accès aux soins et aux compétences disponibles sur le territoire
A	Pérenniser les équipes mobiles des différents établissements en adéquation avec les besoins du territoire
B	Développer la télémédecine
C	Optimiser l'offre de soins gériatriques au sein de la filière personnes âgées
D	Inclure les propositions du projet pharmaceutique du GHT dans la réflexion gériatrique
E	Développer une politique qualité de la prise en charge médicale commune en lien avec les responsables qualité
2.4	Répondre à la problématique de la démographie des professionnels de la gériatrie
A	Etablir un état des lieux des ressources médicales (en gériatres) sur le territoire
B	Avoir une réflexion commune sur l'attractivité médicale et paramédicale et les recrutements
C	Développer la formation des professionnels de la gériatrie

Projet 2.1 : Consolider l'adéquation de l'offre sur le territoire au regard des besoins de la population (plus de 75 ans)

Constats :

* Vieillissement de la population, forte augmentation des + 80 ans notamment à partir de 2027 en Seine-Maritime



Projections de population pour les 60-79 ans :

Année	Population
2012	220 792
2017	235 000
2027	279 041
2037	265 000
2042	259 448

Source : Insee, OMPHALE scénario central

37

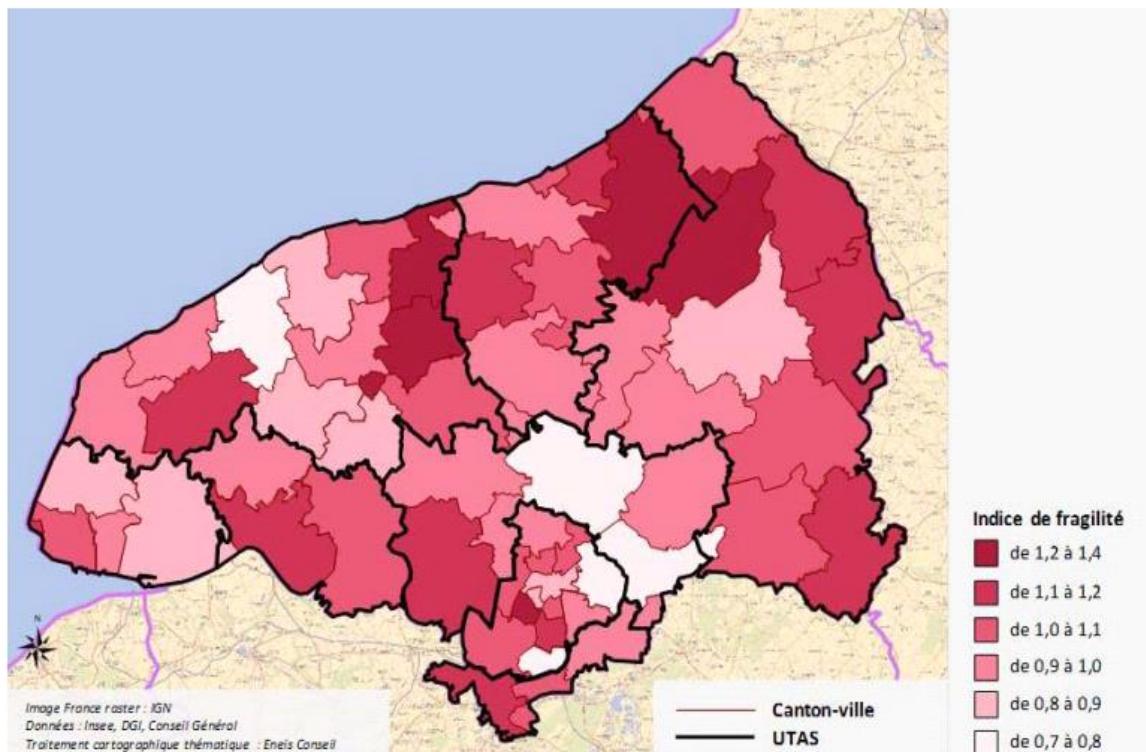
Projet Médico-Soignant Partagé – GHT Rouen Cœur de Seine

GHT
GROUPEMENT HOSPITALIER
ROUEN COEUR DE SEINE

1^{er} juillet 2017

* Prévision du doublement de la population potentiellement dépendante d'ici 2027

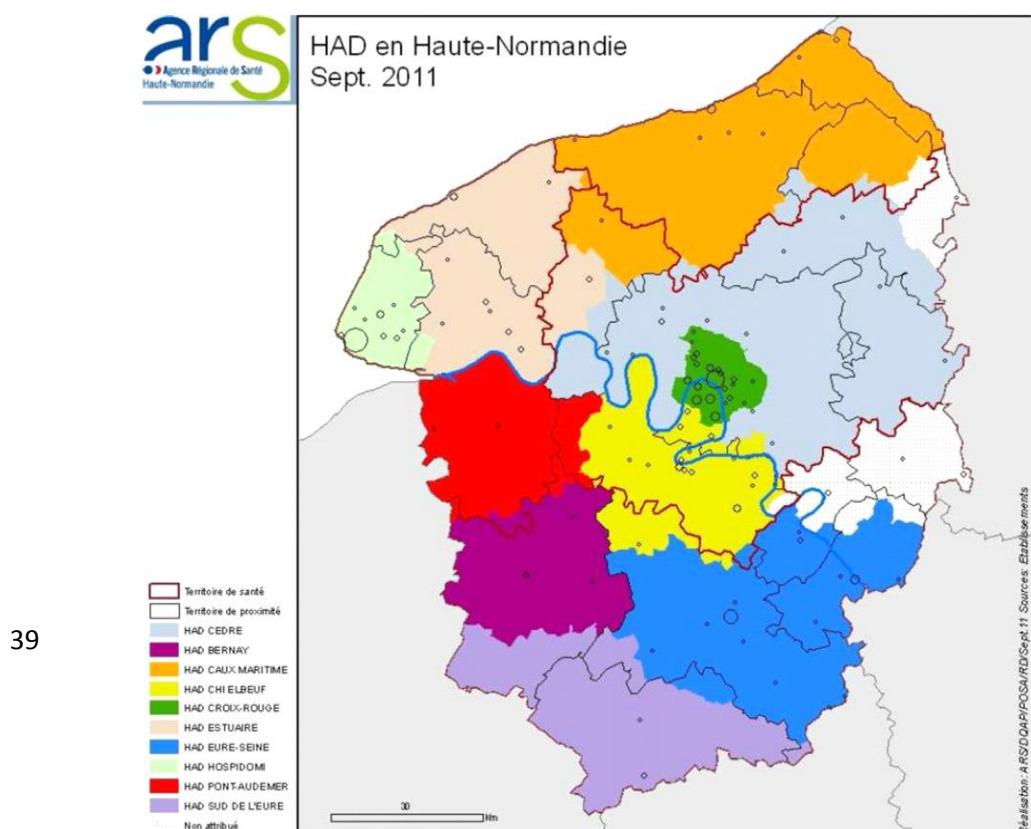
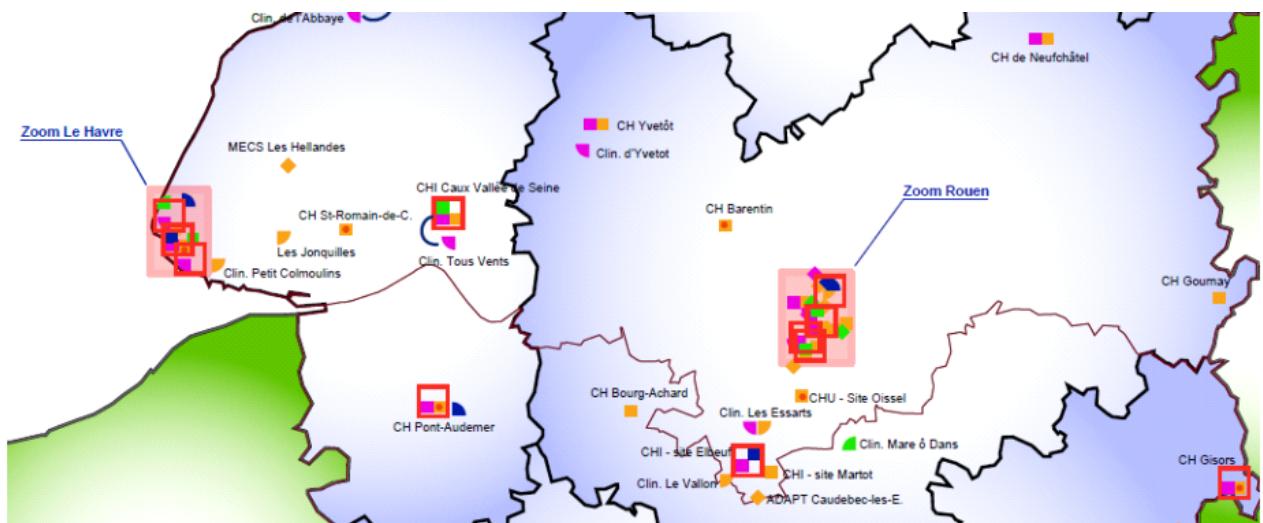
Globalement une fragilité médico-sociale prégnante sur la zone nord-est et ouest du territoire du GHT en particulier sur le canton de Duclair.



Indice de fragilité médico-sociale calculé à partir de l'agrégation de plusieurs indicateurs :

- Part des 75 ans et +
- Montant moyen des retraites
- Part des GIR 1 et 2 APAD
- Densité médecins
- Densité infirmiers
- Taux d'équipement EHPAD-USLD

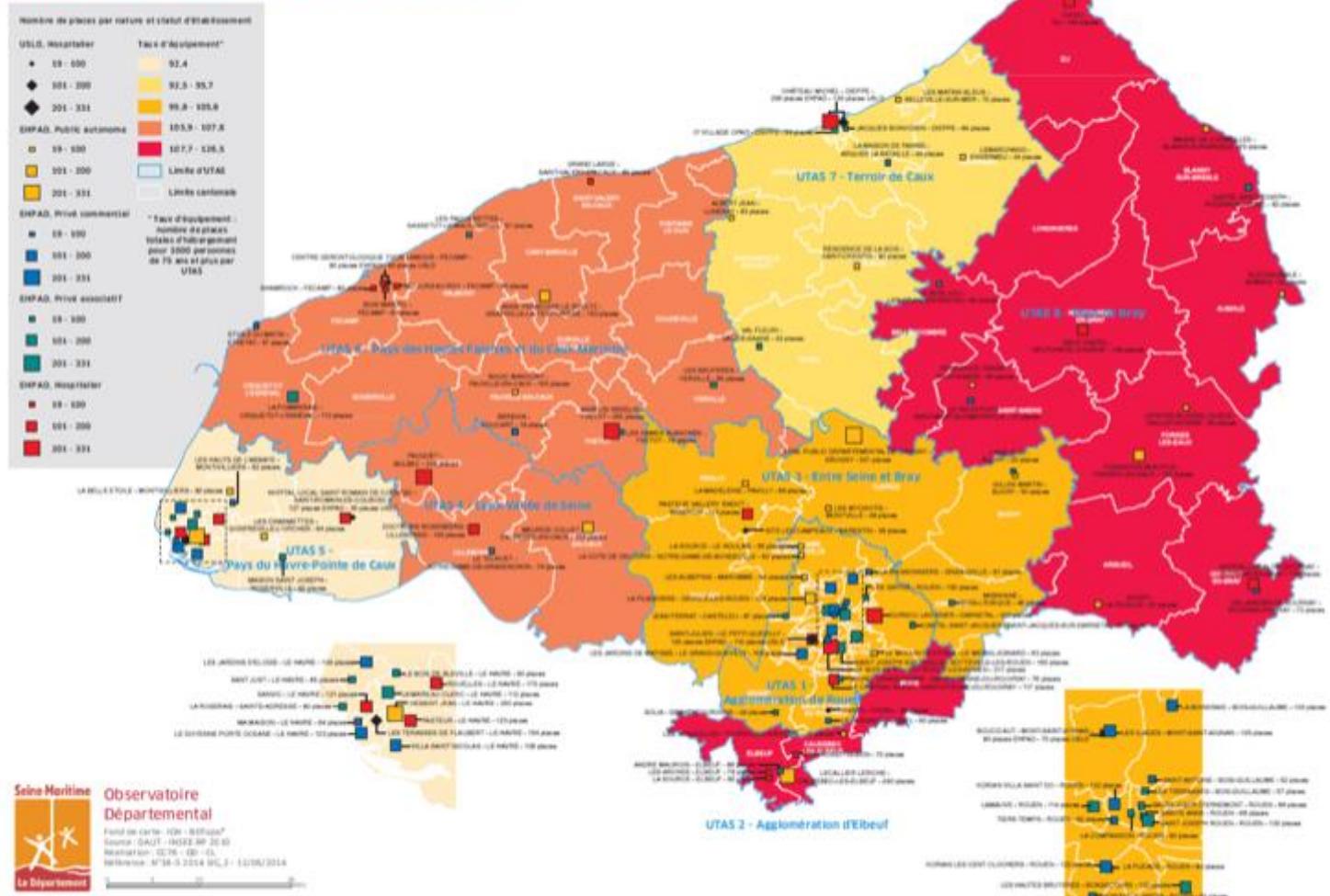
* Une offre sanitaire concentrée sur Rouen :



* Une offre en EHPAD et USLD dans la moyenne nationale avec une plus faible densité dans la partie EST du GHT.

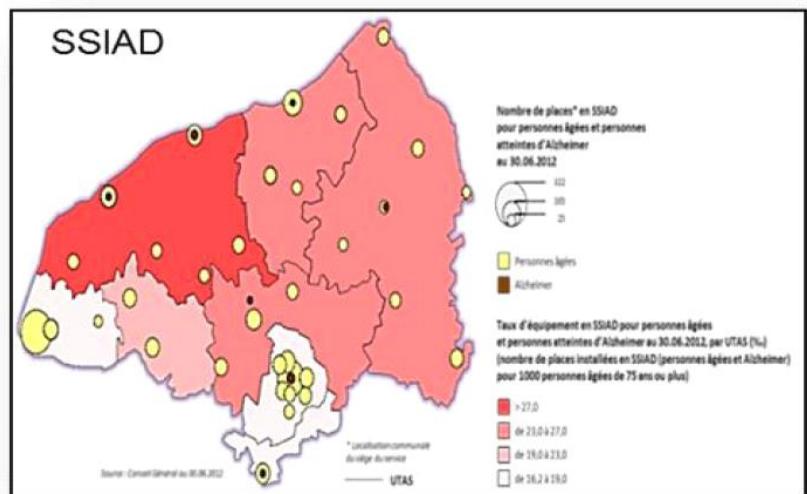
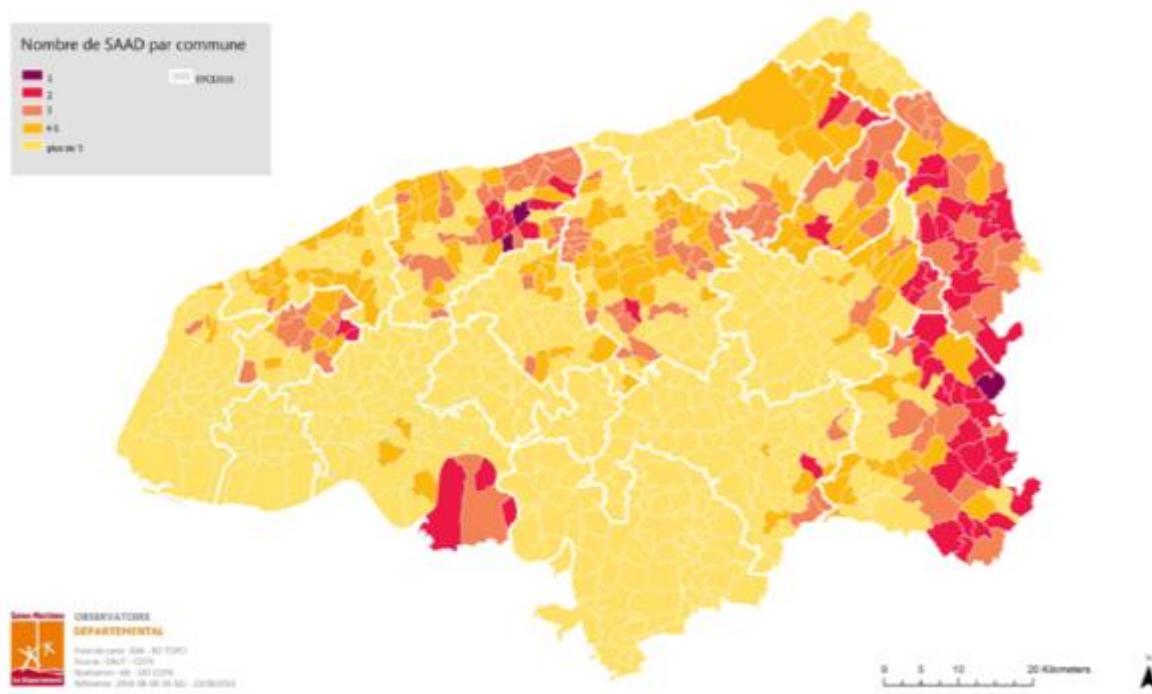
Avec 10 578 places (hébergement permanent et temporaires) installées en EHPAD et 665 lits d'USLD, la Seine-Maritime bénéficie d'un taux d'équipement de 95.3% personnes âgées de 75 ans et plus, soit un taux d'équipement équivalent à la moyenne nationale (99.9%-source STATISS 2014).

EHPAD et USLD : Répartition et taux d'équipement*



* Une offre de service diversifiée pour le maintien à domicile : cartographie des SAAD sur le territoire :

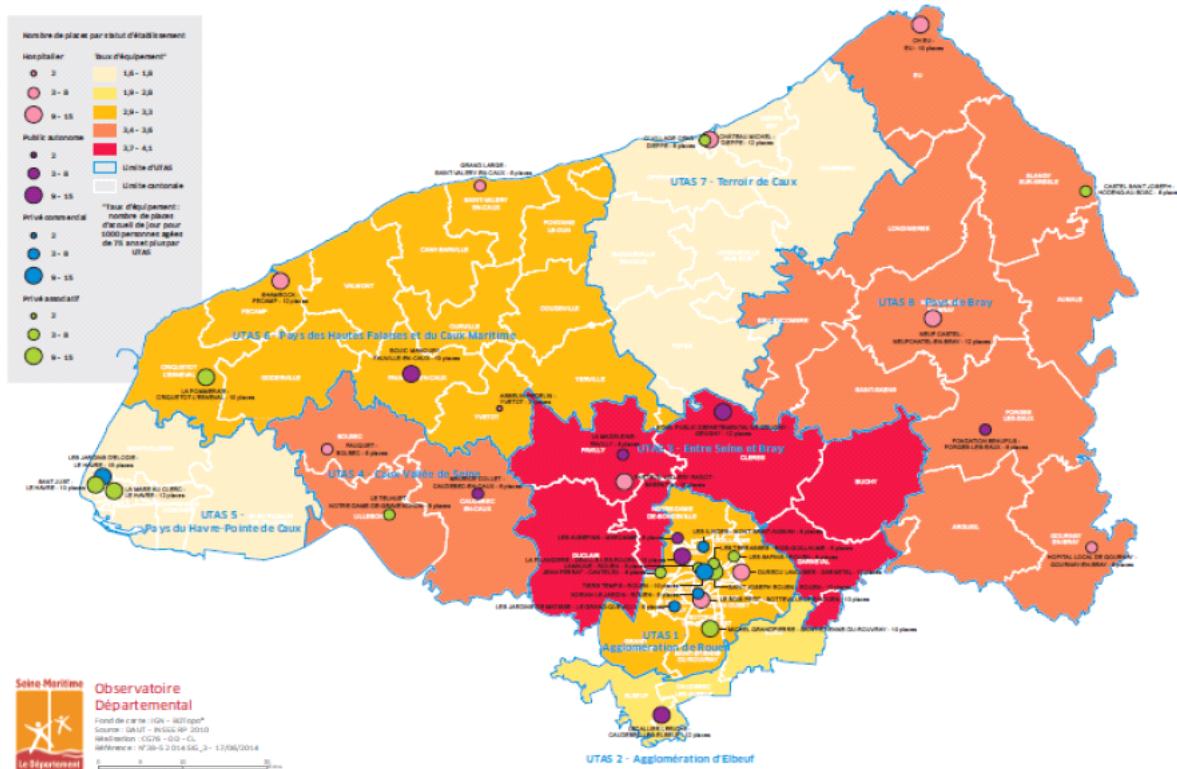
NOMBRE DE SERVICES D'AIDE A DOMICILE PAR COMMUNE DE LA SEINE-MARITIME



On peut citer la politique SPASAD : démarche intégrée de SSIAD et de SAAD.

* L'offre de répit apportée par les accueils de jour (Adj) participe également au maintien à domicile : cartographie des Adj sur le territoire :

Accueil de jour des personnes âgées : Répartition et taux d'équipement*



- Identifier les besoins en matière d'offre sanitaire et médico-sociale en répertoriant l'existant sur le territoire et en l'analysant au regard des besoins en favorisant le décloisonnement
- Optimiser les parcours de santé et de soins au sein de la filière personnes âgées du territoire du GHT
- Favoriser une prise en charge et un accompagnement de proximité de la personne âgée

Chantiers :

A/Répertorier l'offre sur le territoire et l'analyser au regard des besoins

B/ Optimiser le parcours et les coopérations intra-GHT

A/ Répertorier l'offre sanitaire et médico-sociale et proposer son évolution au regard des besoins

Actions à mettre en œuvre :

- Répertorier l'offre sanitaire (sur la base du diagnostic inséré dans les orientations de la conférence des financeurs)
- Répertorier l'offre médico-sociale (sur la base du diagnostic inséré dans les orientations de la conférence des financeurs et des diagnostics MAIA)
- Identifier les besoins de la population de plus de 75 ans (sur la base du diagnostic inséré dans les orientations de la conférence des financeurs + chiffres DIM)
- Formaliser un premier diagnostic au regard de ces données sur le plan géographique et en termes de typologie de services
- Partager le diagnostic avec les partenaires du territoire (EHPAD, MAIA, CLIC, SSIAD, etc...), le compléter le cas échéant
- Identifier clairement les acteurs de la filière « personnes âgées » (interlocuteurs, services selon situation) et notamment celle portée par le CHU de Rouen afin d'améliorer les parcours de soins et de santé (exemple : lien avec la question du passage nécessaire, évitable ou inadéquat aux urgences)
- Etablir les maquettes organisationnelles par typologie de services (EHPAD, USLD, SSR, MCO)
- Recenser les métiers spécifiques (IDE cliniciennes)
- Evaluer le nombre de personnels de rééducation présents par structure
- Recenser les fiches de postes/métiers
- Au regard de toutes ces données, proposer des adaptations du dispositif, qualitatives et quantitatives : couverture du territoire, adaptations pour les fluidités d'aval, diversification de l'offre et alternatives.

B/ Optimiser le parcours et les coopérations intra-GHT

Actions à mettre en œuvre :

- Améliorer l'anticipation et l'organisation des entrées et sorties d'hospitalisation (planification, organisation du transport, informations à transmettre). Actions à détailler => ex : plaquettes sur les critères d'entrée / organisation de l'entrée via ideolink ?
- Eviter d'aboutir à des pertes d'orientations dans les services de suites (= services faisant suite à un autre) par entrées non réalisées, en raison de demandes mises en concurrence à un jour près.
- Privilégier la coopération entre les établissements de la filière gériatrique du GHT pour assurer la fluidité des parcours des personnes âgées dans la filière.
- Porter la culture gériatrique dans les services non gériatriques pour éviter les orientations inadéquates et les sorties inadaptées.
- Réfléchir et expérimenter les nouvelles articulations depuis les urgences/UHCD/Unités d'accueil transitoire/Court séjour gériatrique/SSR gériatrique traditionnel et avec toutes les structures alternatives sans aboutir à tronçonner les séjours et les prises en charges des patients âgés.
- Repenser la réflexion sur les séjours longs au vu des problématiques non résolues (charges lourdes en soins ou techniques expertes en soins, demandes de tutelles, demandes d'aide sociale, soins coûteux) et repenser la place des SSR, USLD et des EHPAD face à ces défis.
- Plaider au titre du GHT pour la résolution de ces problèmes auprès des décideurs (ARS, tribunal d'instance, conseils départementaux, ...) (axe 3)
- Enrichir la démarche Via Trajectoire sanitaire et médico-sociale des outils d'informations médicale partagée du GHT
- Pour favoriser une prise en charge et un accompagnement de proximité de la personne âgée : veiller à une orientation vers les services de soins (SSR/médecine) et médico-sociaux en cohérence avec les besoins de la personne et son domicile (sensibilisation des services sociaux et des médecins hospitaliers et libéraux)
 - Faciliter l'orientation grâce à un logiciel basé sur les codes postaux (patient ou référent)
 - Améliorer et développer l'utilisation d'un dossier administratif d'admission harmonisé, voire mutualisé, pour les EHPAD afin de faciliter les démarches pour les proches et d'optimiser le temps des travailleurs sociaux et des agents administratifs.
 - Formaliser les différents parcours dans une collaboration médico-soignante
- Communiquer sur la filière personnes âgées, l'offre => annuaire (disponible sur internet - portail GHT et sur une application Smartphone à l'exemple du CLCC Becquerel)

Continuum médico-social

- Développer l'utilisation de l'HAD pour les EHPAD et améliorer le continuum HAD/SSIAD/SAAD
- Partager les informations recueillies au sein des tables territoriales des 4 MAIA pour alimenter la stratégie GHT sur la question de la filière PA dans le groupe => définir qui fait ce retour / MAIA dans un tableau (correspondant GHT)
- Améliorer la lisibilité de l'offre des dispositifs d'hébergement (résidences autonomies, hébergement et accueil séquentiel, solution d'accueil spécifiques, répit...) en s'appuyant sur les référentiels d'intervention MAIA
- Identifier l'enjeu de transformation de l'offre dans le cadre du développement du maintien à domicile (HT, HU, HAD, SSIAD/ESA, ...), gestion des situations de crise / cas complexes
- Promouvoir la place des aidants dans les parcours et organiser des rencontres d'aidants au sein du GHT.
- Développer les échanges d'information entre sanitaire et médico-social sur les aspects opérationnels sous forme de « Quoi de neuf » par exemple (Ex : actualités du territoire, développement d'un projet de télémédecine, présentation équipe mobile de soins palliatifs, HAD...) : piloté par la filière gériatrique du CHU (2018)

Pharmacie clinique

- Elaborer un livret gériatrique commun des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, par l'organisation d'un COMEDIMS de GHT.
- Développer l'organisation de circuits d'approvisionnement commun des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

Projet 2.2 : Développer une offre adaptée en direction de populations spécifiques

Constats sur les parcours spécifiques :

- **La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées**

Elles se situent au carrefour de 3 spécialités médicales que sont la gériatrie, la psychiatrie et la neurologie et font appel à de multiples compétences dans les domaines du sanitaire et du médico-social.

La succession des plans Alzheimer désormais appelés plan maladie neurodégénérative (PMND) a structuré la filière Alzheimer mais les articulations entre les différents acteurs peuvent parfois manquer d'efficience par manque de connaissance des différentes offres de soins mais aussi peut-être par le fait que certains besoins identifiés n'ont pas encore de solutions adaptées dans cette filière.

L'identification des différentes structures existantes (consultations mémoire, consultations gériatriques et gérontopsychiatriques, équipes mobiles, services de court séjour gériatrique, court séjour gérontopsychiatrique, UCC, hôpitaux de jour psychogériatriques, EHPAD, USLD, PASA, UHR, Accueil de jour, Hébergement temporaire, plateforme de répit, ESA, CLIC, MAIA) et la meilleure

connaissance de leurs indications et des moyens qui leurs sont dévolus est essentielle pour adresser le bon patient, au bon endroit, au bon moment mais également pour permettre de développer une offre de soins graduée, personnalisée et ajustée aux besoins sur l'ensemble du territoire du GHT.

L'existence de 4 MAIA sur le territoire du GHT est un plus incontestable dans le maillage territorial pour la prise en charge des cas complexes par les gestionnaires de cas. Pour autant une articulation entre ces 4 structures est à envisager pour favoriser l'harmonisation des projets et éviter le « jeu » concurrentiel ou des projets redondants.

Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) de Haute-Normandie, situé au sein du GHT, coordonne et anime le réseau des consultations mémoire labellisées avec organisation de réunions régulières permettant la circulation de certaines informations et décisions. Il existe également, en dehors de ce réseau, des consultations gériatriques ou gérontopsychiatriques prenant en charge ces patients, que ce soit pour établir un diagnostic et un plan de soins ou pour évaluer et traiter les troubles psychologiques et comportementaux susceptibles d'apparaître au cours de l'évolution de la maladie.

Le CMRR a un rôle central au sein de la filière : il doit être informé des évolutions des structures locales pour les relayer mais également être acteur des relations avec les médecins généralistes.

L'existence de troubles psychologiques et/ou comportementaux à l'origine de la survenue de situations de « crises » au domicile rendant le maintien à domicile temporairement ou définitivement impossible, ou la gestion des situations d'urgence (hospitalisation de l'aide principal par exemple) représentent 2 problématiques auxquelles il est souvent difficile de répondre dans l'urgence. Elles sont pourtant à l'origine d'hospitalisations inappropriées, en grande partie en raison de l'absence de structure adaptée disponible à ce moment précis et/ou du coût financier que cela engendre pour les familles.

- **Onco-gériatrie**

Pour ce qui concerne la cancérologie, au plan épidémiologique, les patients de plus de 75 ans sont fréquemment concernés par les cancers digestifs et urologiques mais la situation est également présente pour les autres disciplines oncologiques du CHU compte tenu du profil de la patientèle de la structure. La prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer relève des services de spécialités du CHU de Rouen sous l'égide de la fédération de cancérologie.

L'offre de soins actuelle repose sur :

- Des consultations spécialisées en oncologie digestive et urologie
- Une prise en charge pluridisciplinaire avec IDE pivot, IDE clinicienne, programme ETP sur les traitements oraux et sur la nutrition, prise en charge conjointe avec équipe ambulatoire des soins palliatifs
- L'organisation de RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) spécialisées médico-chirurgicales « d'organes ».

Le dépistage de la fragilité gériatrique par l'outil oncodage G8 chez les patients âgés de plus de 75 ans est une recommandation de l'INCa.

Une évaluation onco-gériatrique peut être réalisée à la demande du cancérologue si le G8 est anormal pour proposer une prise en charge adaptée à l'état de fragilité éventuelle du patient. Cette consultation est disponible sous 2 formes :

- Une hospitalisation de jour pluridisciplinaire sur le site de Bois Guillaume (clinique ambulatoire gériatrique) et sur le site de Saint Julien (policlinique Saint Julien)
- Une intervention de l'équipe mobile de gériatrie dans les différents services du CHU.

Parmi les disciplines ouvertes à la prise en charge des affections touchant les personnes âgées, certaines paraissent plus évidentes que d'autres, parmi lesquelles : ortho-gériatrie, gérontopsychiatrie, néphrologie, douleur, cardiologie, maladies infectieuses, médecine interne-diabétologie et dermatologie). La filière gériatrique du GHT envisage de renforcer le développement des prises en charge en lien avec ces disciplines.

- **Ortho-gériatrie**

Le développement de l'activité d'ortho-gériatrie au CHU de Rouen sur un schéma de 10 lits s'inscrit dans l'évolution des lits actuels du service de médecine gériatrique en proposant un accueil post-opératoire immédiat des malades opérés d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. La proximité géographique du service de Médecine Gériatrique avec celui de l'orthopédie (même étage) est une valeur ajoutée en termes de co-management fonctionnel. L'optimisation de cette prise en charge doit s'articuler avec l'équipe mobile de gériatrie pour le conditionnement précoce des malades en préopératoire et faciliter leur admission vers l'unité d'accueil gériatrique médico-chirurgicale. Ce modèle innovant de « soins intégrés » pluridisciplinaire pourrait être appliqué à d'autres types de chirurgie comme la chirurgie digestive.

- **Gérontopsychiatrie**

Parmi les troubles psychiques du sujet âgé, les plus fréquemment rencontrés sont :

- 1) les troubles thymiques surtout représentés par la **dépression** : pathologie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé, (10 à 40 % des Personnes Agées souffrent de dépression). L'atypicité et la diversité des aspects cliniques de la dépression du sujet âgé expliquent le fait qu'elle soit sous diagnostiquée et sous traitée. Par ailleurs la **problématique du suicide** est fortement liée à la dépression : 1/3 des patients suicidés ont plus de 60 ans et la population des plus de 60 est celle qui paie le plus lourd tribu face au suicide.
- 2) les troubles du comportement en rapport avec une pathologie démentielle (80% de troubles psycho-comportementaux).
- 3) les troubles délirants, soit de survenue tardive (syndromes délirants du sujet âgé), soit des troubles vieillissants (évolution démentielle des schizophrénies), constituant un handicap psychique.
- 4) les troubles de personnalité et troubles anxieux : il s'agit de troubles de personnalités vieillissantes, ou l'apparition de troubles anxieux tardifs (phobie de la marche, syndrome post chute, trouble panique...)
- 5) les troubles des conduites, souvent secondaires à un trouble thymique avec, au premier plan, les mésusages médicamenteux et l'alcoolisme.

Ces pathologies sont à l'origine d'un handicap chez les personnes âgées qui en souffrent. Cette situation de handicap psychique les rend vulnérables avec souvent une perte d'autonomie rendant le maintien au domicile impossible. Ce handicap est également à l'origine de consultations et hospitalisations inappropriées

Le service de Psychiatrie pour Personnes Âgées « Marie-Françoise Rochard-Bouthier » du CHS du Rouvray regroupe actuellement 4 unités fonctionnelles :

L'unité Matisse, accueille des patients de plus de 60 ans qui présentent des pathologies psychiatriques de type trouble de l'humeur, troubles délirants, troubles psycho-comportementaux dans la démence... Il s'agit d'un service d'admission de court séjour de 20 lits.

Les admissions dans cette unité se font sous la forme **d'entrées directes programmées** sur demandes médicales pour les patients au domicile ou des différents services de MCO du territoire du CHR ou des EHPAD et RPA. L'objectif principal, au-delà du traitement de la pathologie en cause, est le maintien au domicile et repose sur une prise en charge multidisciplinaire : assistante sociale, neuropsychologue, ergothérapeute, infirmière, aide soignants, psychiatres et médecins polyvalents.

L'Hôpital de jour Théodore Monod, reçoit des patients de plus de 60 ans adressés par un médecin et présentant des troubles thymiques associés ou non à des symptômes cognitifs résiduels ; les prises en charges reposent sur la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive avec l'aide des nouvelles technologies. Les patients adressés à l'Hôpital de Jour bénéficient d'un bilan social, neuropsychologique, ergothérapie, infirmier et psychiatrique afin de cibler au mieux les symptômes à améliorer, afin de limiter les rechutes et de favoriser le maintien au domicile.

L'Unité de psychiatrie de liaison et de consultations avancées : les patients âgés sont vus dans les services de gériatrie du CHU site Rouen et dans différents SSR de l'agglomération rouennaise. 5 sites de consultations spécialisées dans les troubles psychiatriques du sujet âgé permettent aux patients de venir en consultations extérieures pour une prise en charge ambulatoire.

L'uniformisation des avis psychiatriques semble souhaitable au vu de la spécificité de l'approche psychiatrique PA et doit être réfléchie au sein du GHT.

	Intervention de l'équipe de secteur psychiatrique	Intervention de l'équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées
CH Barentin	X	
CH Bois Petit	X	X
CH Darnétal		X
CH Gournay		X
CH Neufchâtel		Prévu 2017
CHU Rouen	X	X
CH Rouvray		X
CH Yvetot		X

Service de deuxième voire de troisième recours, les patients ne peuvent entrer dans le dispositif qu'adressés par un médecin prenant contact via le secrétariat de psychiatrie pour personnes âgées (du lundi au vendredi de 9 h à 17H) et rempli un formulaire de consultation ou un avis téléphonique psychiatrique aboutissant :

- soit à une hospitalisation programmée dans le service Matisse soit à une orientation vers l'UNACOR (unité d'accueil et d'orientation) sur le site du CHSR en fonction du degré d'urgence et des places disponibles

- soit à une consultation sur l'un des sites et orientation secondaires (HDJ, hospitalisations programmées...)

- **Néphrologie**

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique (IRC) stades 3, 4 ou 5 ($\text{DFGe} < 60 \text{ ml/min}$) est d'environ 50% entre 75 et 85 ans et de 66% au-delà de 85 ans. Ainsi les patients âgés de plus de 75 ans représentent 40% des patients insuffisants rénaux terminaux en France, chiffre en constante augmentation (Données registre REIN 2010).

La prise en charge des patients IRC âgés pose des questions complexes, notamment compte tenu de la fréquence de la polypathologie, de la poly médicamentation et de la fragilité dans cette population.

Dans ce contexte, la consolidation des interactions entre néphrologie et gériatrie, en lien constant avec le médecin traitant, est un moyen essentiel d'améliorer la prise en charge globale des patients IRC âgés de notre territoire, en particulier - mais pas exclusivement - au stade 5, lorsque se pose la question du choix entre prise en charge conservatrice, transplantation ou épuration extrarénale.

Le service de néphrologie du CHU propose une prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë et chronique, des troubles hydroélectrolytiques, de l'hypertension artérielle et de la lithiase rénale. Dans ce cadre elle est le service de référence régional pour la transplantation rénale.

Outre l'activité de consultation, l'offre de soins hospitalière s'appuie sur 6 lits de surveillance continue, 18 lits d'hospitalisation conventionnelle et 9 lits d'hospitalisation programmée. Elle dispose de 27 postes d'hémodialyse et immunoadsorption.

Dans le périmètre du GHT le service de néphrologie, qui noue des liens spécifiques avec l'ANIDER et la Croix Rouge Française, assure, en collaboration, des consultations avancées à Neufchâtel en Bray.

- **Douleur**

La douleur est un symptôme extrêmement fréquent chez les personnes âgées, parfois sous-évalué ou mal évalué, et dont les conséquences peuvent être multiples : mutisme, troubles du comportement, anorexie, alitement, agitation, etc... Les traitements médicamenteux antalgiques « classiques » peuvent être source de nombreux effets secondaires potentiellement graves (exemple de la constipation et de la confusion avec le tramadol) et il existe parfois une escalade thérapeutique trop rapide vers la morphine. Ces situations risquent d'être de plus en plus fréquentes avec le vieillissement de la population.

Les activités de consultation « de la douleur » du CHU de Rouen sont localisées principalement sur le site de Charles Nicolle et plus faiblement sur le site de Saint Julien (1 vacation hebdomadaire). C'est sur le site de Saint Julien que le Dr Mathilde KHETTA apporte son expertise lors de ses consultations à la polyclinique mais aussi lorsque les patients âgés sont hospitalisés en service de médecine gériatrique.

- **Cardiologie**

Vu la fréquence des pathologies cardiaques dans les secteurs MCO gériatriques, l'accès à des avis cardiaques est devenu indispensable. On pourrait certainement en dire de même en secteur de SSR gériatrique.

Le CHU de Rouen sur son site de Charles Nicolle répond aux demandes d'avis au lit du patient en cas de besoin. La présence d'un cardiologue au sein d'une équipe gériatrique est un « plus » comme cela est le cas sur l'hôpital Saint Julien. Ce spécialiste travaille en lien avec le service de cardiologie de Charles Nicolle avec une activité partagée. Les demandes d'avis concernent la prise en charge médicamenteuse de patients présentant une décompensation cardiaque, des troubles du rythme et/ou un syndrome coronarien aigu. La conduite à tenir est adaptée à l'âge du patient, les comorbidités sans oublier l'état cognitif.

L'expérience liée aux consultations de cardiologie à la polyclinique Saint Julien montre une augmentation régulière des patients présentant une insuffisance cardiaque chronique et pour lesquels une prise en charge globale est nécessaire.

L'offre de soins repose sur des consultations cardiaques, réalisation d'échocardiographies, activité dans un service de gériatrie.

- **Maladies infectieuses (MIT)**

L'infectiologie gériatrique est en plein développement : meilleure prise en charge thérapeutique avec monitoring des anti-infectieux du fait des comorbidités ou d'une éventuelle insuffisance rénale. Amélioration de la prévention : vaccination des personnes âgées.

L'offre de soins repose actuellement sur un infectiologue référent VIH et co-infection régional, coordonnateur de la RCP régionale et exerçant au sein d'une structure MCO de médecine gériatrique. Des avis téléphoniques répondraient à des besoins ponctuels correspondant à des situations complexes.

- **Odontologie**

Importantes problématiques bucco-dentaires accentuées par le vieillissement. Les fauteuils dentaires basés au Centre Universitaire de soins dentaires de l'hôpital Saint-Julien sont souvent le seul recours pour beaucoup de patients âgés institutionnalisés ou non en raison de la fréquente polyopathologie et polymédication chez ces patients. Il s'agit de la seule structure hospitalière avec Le Havre sur les départements 76 et 27.

- **Médecine Interne – Diabétologie**

L'impact du vieillissement de la population sur le recrutement en médecine interne (polypathologie) et en diabétologie (25% diabétiques > 75 ans) est reconnu comme majeur. Cela s'observe aussi bien chez les personnes âgées hospitalisées mais aussi en consultation ambulatoire.

Le diabète est une pathologie qui connaît une progression importante et représente un véritable enjeu de santé publique notamment chez les personnes âgées.

Par ailleurs, on sait le lien qui existe entre diabète et maladies neurocognitives telles que la maladie d'Alzheimer ou la démence vasculaire.

Sur l'hôpital de Bois Guillaume, l'équipe de diabétologie assure les avis au lit ou en consultation. Sur l'hôpital Saint Julien, un médecin du service de diabétologie (Dr Karine Durand) intervient ainsi que le médecin responsable du service de Médecine Interne polyvalente (Pr Jean Doucet).

- **Dermatologie**

Le service de dermatologie du CHU de Rouen est très impliqué, et depuis de nombreuses années, dans la prise en charge des pathologies cutanées des patients âgés (PA) :

- **Dans le service de dermatologie**

- 1 consultation dédiée à la dermatogériatrie en dermatologie 1/semaine
- 1 consultation / semaine de cicatrisation (population âgée) en dermatologie
- 1 consultation par mois de cryochirurgie pour les cancers cutanés des PA

- **En déplacement**

- déplacements directement au sein des services accueillant des PA au CHU (SSR, USLD, EHPAD, gériatrie aiguë...) pour des avis au lit
 - Consultations et/ou visites au lit du malade dans les services recevant des PA au CHU (St julien, Boucicaut, Oissel, Charles Nicolle), mais aussi sur d'autres établissements (Bois Petit, Neufchâtel)
 - réalisation d'une journée de dépistage des cancers cutanés en EHPAD (les hautes bruyères)

- **Télédermatologie** en lien avec 17 EHPAD de la région et certains CH

- participation au réseau onco-normand pour la prise en charge des cancers cutanés de la PA avec journées de formation (formation médicale et soignante)

Objectifs :

- Articuler les compétences au bénéfice de la prise en charge médicale de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées
- Articuler les compétences au bénéfice de l'onco-gériatrie
- Articuler les compétences au bénéfice d'autres populations spécifiques (exemples : orthogériatrie, gérontopsychiatrie, dermatologie) et promouvoir de nouvelles offres
- Améliorer la réponse sur le territoire aux urgences gériatriques et gérontopsychiatriques

Chantiers

A/ Articuler les compétences au bénéfice de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

B/ Articuler les compétences au bénéfice de l'onco-gériatrie

C/ Articuler les compétences au bénéfice d'autres populations spécifiques et promouvoir de nouvelles offres (ortho-gériatrie, gérontopsychiatrie, ...)

D/ Améliorer la réponse sur le territoire aux urgences gériatriques et aux urgences gérontopsychiatriques

A/ Articuler les compétences au bénéfice de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

Actions à mettre en œuvre :

- Elaborer une cartographie des structures avec compétences, objectifs et moyens et diffusion aux membres du GHT (prévoir une actualisation régulière)
- Décloisonner le sanitaire et le médico-social : envisager le partage des informations médicales et sociales entre gestionnaires de cas (MAIA) et équipes médicales.
- Favoriser une coordination des 4 MAIA du territoire du GHT, en lien avec l'ARS et le département, pour que certains projets s'harmonisent et ne soient pas concurrentiels ou redondants.
- Partager l'information concernant la disponibilité de places en hébergement temporaire via internet (Portail internet du GHT)
- Création de quelques lits de répit de très courte durée tarifés au forfait soins pour faire face aux situations d'extrême urgence prenant en compte le résultat de l'appel à projet de l'ARS lancé sur le territoire Rouen/Rouvray en 2017
- Etablir un état des lieux des professionnels (PM et PNM), formés à la prise en charge des pathologies cognitives neurodégénératives et apparentées, sur les différents hôpitaux du GHT et répertorier les formations inscrites au plan de formation PNM de chaque établissement pour établir une offre de formation partagée

B/ Articuler les compétences au bénéfice de l'onco-gériatrie (OG)

Actions à mettre en œuvre :

- Diffusion du G8 (test de dépistage de la fragilité en onco-gériatrie) sur les différents sites du GHT
- Favoriser la formation à l'OG niveau 1 au sein des établissements du GHT
- Développer télémédecine et OG
- Développer des consultations avancées et de suivi OG

- Développer les consultations d'onco-gériatrie au CHU
- Mettre en place un numéro unique plateforme gériatrique
- Favoriser la diffusion du G8
- Intervention OG /EMG dans les services
- Etablir un état des lieux des professionnels formés (PM et PNM) sur les différents hôpitaux du GHT et répertorier les formations inscrites au plan de formation PNM de chaque établissement pour établir une offre de formation partagée
- Recenser les expériences en Télémédecine, équipes mobiles ...

C/ Articuler les compétences au bénéfice d'autres populations spécifiques et promouvoir de nouvelles offres

Actions à mettre en œuvre :

L'ortho-gériatrie

- Amener la compétence gériatrique suite aux interventions orthopédiques sans pour autant déresponsabiliser les chirurgiens et anesthésistes des suites qui leur sont propres.
- S'articuler dès l'abord avec les services de SSR afin d'établir un parcours fléché compétent et harmonisé sur les pratiques thérapeutiques, de rééducation et d'autonomisation y compris sociale.
- Couvrir le territoire du GHT sur cette problématique

La gérontopsychiatrie

- Uniformiser les avis psychiatriques donnés dans les différents sites avec une valence psychiatrie-personnes âgées
- Développer la télé-psychiatrie dans les différents sites
- Fluidifier le parcours patient pour les soins psychiatriques : permanence téléphonique médicale ou sur le modèle de la plateforme gériatrique : à travailler
- Favoriser les échanges entre le CHSR et les différentes partenaires du GHT : admissions de patients dans les SSR /EHPAD et services MCO et psychiatriques

La dermatogériatrie

- Poursuivre et compléter la démarche de consultations avancées de dermatogériatrie pour une couverture du territoire et la pratique des actes de cryothérapie et de biopsies et d'exérèses simples
- Accentuer le déploiement de télédermatologie avec le CH de Barentin, ainsi qu'avec les CH de Gournay-en-Bray et d'Yvetot

- Développer les actions de formation au dépistage des lésions à montrer au dermatologue et des traitements dermatologiques, y compris plaies et cicatrisations.

Odontologie, ophtalmologie

- Développer une offre gériatrique de territoire dans ces domaines où l'offre est rare et le besoin global mal couvert.

D/ Améliorer la réponse sur le territoire aux urgences gériatriques et aux urgences gérontopsychiatriques

Urgences gériatriques :

Constats :

Le GHT présente des dispositifs de prise en charge des urgences gériatriques bien différents selon les sites. Si le CHU de Rouen représente la principale structure au sein du GHT, 2 établissements, Neufchâtel et Yvetot, proposent un accueil d'urgence via des groupements de médecins généralistes.

Les urgences gériatriques sont très souvent des situations de crise ne relevant pas d'une admission immédiate au SAU même si une hospitalisation peut s'avérer nécessaire.

- Au CHU de Rouen, 30 % des admissions au SAU sont la conséquence d'un défaut d'anticipation médico-sociale lors d'un séjour hospitalier récent (< 30 jours) - Flux du SAU très important avec proportion de patients gériatriques également extrêmement importants (Cf. audit PA)
- Plusieurs types d'organisation testés avec des résultats mitigés : historiquement 1/2 ETP PH gériatre (SAU seul) sur site puis passage systématique uniquement à l'UHCD le matin
- Actuellement compte-tenu des effectifs médicaux du service, déplacement SAU + UHCD à la demande
- Mise à disposition d'un n° de téléphone portable et/ou plateforme téléphonique pour les médecins généralistes favorisant les entrées directes

Actions à mettre en œuvre :

- Réaliser un état des lieux de l'offre de santé en matière d'urgences gériatriques, pour décrire comment chaque établissement, en fonction de ses rôles bien sûr, s'inscrit dans l'accueil des urgences extérieures.
- Evaluer la gestion de la permanence des soins gériatriques sur les établissements du GHT eux-mêmes, pour l'intégrer dans le schéma général de la permanence des soins du GHT.
- Intervention souhaitable du gériatre dans la future Unité d'Hospitalisation d'Aval du CHU
- Préparation d'une organisation médicale en cas de situation de crise (Cf. Hiver 2016) s'accompagnant de l'ouverture immédiate d'une unité d'hospitalisation supplémentaire au CHU nécessitant le recours aux forces vives déjà limitées en gériatre

- Optimisation de la gestion des patients victimes d'une FESF (Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur) arrivant aux urgences : Admission directe possible dans le service avant le bloc
- Ouverture d'une consultation « d'urgence gériatrique » sur Bois Guillaume et Saint-Julien afin de limiter le flux trop élevé de personnes âgées aux urgences
- Augmentation du temps d'ouverture de la plateforme gériatrique
- Travail avec le SAMU pour la régulation des urgences gériatriques « ressenties » alors qu'il s'agit souvent de situations de crise ne relevant pas d'une admission au SAU : COORDINATION avec la plateforme + équipe mobile + CLIC
- Faciliter la réorientation des patients âgés au sein du GHT
- Développement de la télémédecine au bénéfice des EHPAD pour limiter le passage au SAU
- Réaliser un guide de gestion de quelques situations d'urgence pour les professionnels de santé notamment des EHPAD (à l'exemple du document de l'ARS-IDF regroupées dans un guide pratique « Que faire en cas de... ?» à destination des aides-soignantes, IDE en EHPAD).
- Maintenir une réflexion "urgences gériatriques" active et régulière au sein d'un Copil entre gériatres et urgentistes du GHT.

Urgences gérontopsychiatriques :

Constats

Il apparaît que le Centre Hospitalier du Rouvray est bien représenté au sein du GHT Cœur de Seine avec des interventions dans les différents établissements en revanche il est souligné une disparité en fonction des interventions, en effet le Service de Psychiatrie pour Personnes Agées n'intervient pas dans tous les établissements, avec des réponses parfois hétérogènes.

Utilité soulignée d'une uniformité des prises en charge avec extension des interventions de la psychiatrie PA en second recours sur tous les établissements du GHT.

Le CHS du Rouvray apporte une réponse à toutes les problématiques de santé psychiatriques aigues et dont la prise en charge relève d'une urgence thérapeutique. C'est l'UNACOR (unité d'accueil et d'orientation), ouverte 24h/24 et 7 jours/7 qui assure ces prises en charge psychiatriques urgentes et notamment celles touchant la population très âgée.

L'urgence différée peut se gérer sous forme d'hospitalisation programmée en gérontopsychiatrie, en fonction des disponibilités.

Actions à mettre en œuvre :

- Améliorer le parcours des PA face à l'urgence psychiatrique
- Apporter l'expertise gérontopsychiatrique aux réunions du Copil sur les urgences gériatriques

Projet 2.3 : Faciliter et sécuriser l'accès aux soins

Constats :

1- **Faciliter l'accès aux soins** sous-entend que toute personne âgée malade doit pouvoir disposer dans sa proximité géographique (à définir) d'un accès à des soins de premiers recours (médecin généraliste) et d'un hôpital de proximité en capacité de prendre en charge des soins médicaux ne nécessitant pas de plateau technique lourd (Centre hospitalier Général (CHG) ou Universitaire (CHU)). Cette notion importante de facilité d'accès aux soins doit également pouvoir se définir aussi précisément que possible pour la spécialité médicale gériatrique.

2- La notion de « **promouvoir de nouvelles offres de soins** » à destination des personnes âgées malades pourrait suggérer que le point 1 est acquis. Sans être dénué d'une certaine réalité, différente d'un territoire à un autre et parfois au sein d'un même territoire, certaines de ces « nouvelles offres de soins » peuvent avoir leur place « presque » indépendamment.

3- Situation des équipes mobiles

- L'équipe Mobile de psychiatrie pour personnes âgées (EMPPA)

Le Dr QUEINNEC est le médecin responsable de l'EMPPA. Créée en 2007, l'EMPPA fonctionne avec un binôme IDE/psychiatre se rendant à dates arrêtées dans un EHPAD pour y examiner des résidents souffrant de troubles psychiques sur demande écrite d'un médecin (traitant ou coordonnateur). Il s'ensuit un courrier donnant des indications thérapeutiques médicamenteuses ou non. Rapidement les patients sont revus par l'IDE qui assure le suivi immédiat (efficacité, bonne tolérance...) avant la réévaluation médicale.

L'EMPPA fonctionne sur la base d'un partenariat conventionné entre le CHR et l'EHPAD. L'EMPPA intervient désormais dans plus de 25 EHPAD, et 6 Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), couvrant plus de 2500 lits et prenant en charge près de 800 patients par an.

- Les équipes mobiles gériatriques

- Existence d'une équipe mobile intra CHU pour les spécialités non gériatriques et d'une équipe mobile gériatrique « CHU » pour les EHPAD de l'agglomération de Rouen
- Équipe mobile de soins palliatifs au CHU qui se déplace sur la plupart des CH du GHT et également en EHPAD
- L'EMED (Equipe Mobile d'évaluation gériatrique à domicile) adossée au CHU et qui concerne principalement l'agglomération rouennaise.
- sur Neufchâtel : équipe mobile intra hospitalière de soins palliatifs sur le CH de Neufchâtel

4.Etat des lieux sur la télémédecine

- Psychiatrie :

Depuis dix ans le CH du Rouvray a développé la télémédecine en psychiatrie. Cette activité consiste en des téléconsultations et des télé-staffs. Les deux axes majoritaires qui ont été développés ont été les soins aux personnes âgées dans les EHPAD et vers le médico-social recevant des patients avec TSA. Pour ce qui est des établissements du GHT, cette activité est fonctionnelle entre le CH du

Rouvray et ceux d'Yvetot et de Neufchâtel. Il pourrait être intéressant de développer cette technologie sur l'ensemble des acteurs du GHT.

- Dermatologie :

Mise en place depuis 2013, par le service de dermatologie du CHU, de l'activité de télédermatologie dédiée aux personnes âgées, projet porté par l'ARS, permettant aujourd'hui de travailler avec 17 EHPAD de l'ancienne « Haute Normandie ».

→ Extension de ce projet vers de nouveaux EHPAD dans les mois qui viennent afin de proposer ce service à davantage de personnes âgées.

→ Déploiement vers certains CH dépourvus de dermatologues (CH Bourg Achard, CH de Verneuil sur Avre, Gournay, Dieppe, Grugny, Yvetot, st Valery en Caux...), à destination des personnes âgées.

- Gériatrie :

→ Développer la télémédecine en gériatrie sur le secteur du futur GHT « Rouen Cœur de Seine ».

La télémédecine est un outil fédérateur qui a d'ores et déjà mis en évidence ses capacités de lutte contre l'isolement des professionnels tant en termes de conseils, de diagnostics et de formation.

Ses atouts pour les patients sont de privilégier son confort en lui évitant ainsi un transport médicalisé, le plus souvent en ambulance, le site de consultation étant généralement à plusieurs dizaines de kilomètres. L'amélioration de l'accessibilité aux soins est ainsi favorisée. En effet, un refus de consultation traditionnelle de la part du patient et de sa famille est fréquent. Chez des patients présentant pour une grande partie des troubles neurocognitifs, cette démarche peut être « agressive », entraînant ainsi une aggravation paradoxale des troubles psycho-comportementaux pour lesquels le patient consulte. Ce retard à la prise en soins a également pour conséquence un recours plus fréquent aux hospitalisations via le service des urgences, la situation ayant tenté d'être jugulée avec les ressources locales, avec les conséquences que l'on connaît sur l'impact en termes d'hospitalisations non-programmées.

L'intérêt des acteurs pour la télémédecine reprend un peu d'ampleur avec l'amélioration récente de la valorisation des actes de téléconsultation par la Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017). Malgré tout cette valorisation reste encore insuffisante. Pourtant la télémédecine permet d'éviter ainsi des consultations avancées peu rentables en temps médical ou paramédical, de permettre au praticien une meilleure connaissance et prise en compte de l'environnement du patient lors de sa décision thérapeutique (présence de l'assistant de télémédecine lors de la téléconsultation) et enfin de constituer un mode d'entrée dans la filière gériatrique du GHT et notamment celle du CHU. Ce dernier point est majeur car la télémédecine constitue ainsi une vitrine pour la filière gériatrique mais aussi pour tout l'établissement, dans un domaine où le secteur privé est aujourd'hui peu présent.

Le CHU en tant que centre d'expertise contribue ainsi à la diffusion et l'harmonisation de ses connaissances et de son savoir-faire. Les liens collaboratifs entre les différents acteurs du réseau sont ainsi renforcés.

Outre les activités de télé staff et bibliographie qui ont pu être expérimentées, l'expertise des gériatres est au service des structures qui en sont dépourvues, elle a vocation à être développée pour l'ensemble du territoire du GHT.

Objectifs :

- Structurer et organiser au sein du territoire la prise en charge médicale gériatrique (Équipes mobiles, hospitalisation programmée et non programmée, urgences gériatriques)
- Formaliser le parcours de soins d'un malade âgé en termes de gradation de l'offre de soins au sein du territoire
- Développer l'accès à des spécialités médicales compatibles avec l'utilisation de l'outil « télémédecine »

Chantiers :

A/Pérenniser les équipes mobiles des différents établissements en adéquation avec les besoins du territoire

B/Développer la télémédecine et des téléconsultations

C/ Optimiser l'offre de soins gériatriques au sein de la filière personnes âgées

D/ Inclure les propositions du projet pharmaceutique du GHT dans la réflexion gériatrique

E/ Développer une politique qualité commune en lien avec les responsables qualité

A/Pérenniser les équipes mobiles des différents établissements en adéquation avec les besoins du territoire

Actions à mettre en œuvre :

- Renforcer l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière du CHU de Rouen
- Développer l'expertise gériatrique dans les services dits de spécialité du CHU en lien avec la mise en place de l'outil d'évaluation ABCDEF (version CHU), développer et suivre l'utilisation de cet outil (évaluation de la valence gériatrique) dans les services du CHU, formation des soignants à son utilisation.
- Renforcer l'équipe mobile « soins palliatifs » du CHU de Rouen qui intervient sur plusieurs établissements du GHT et notamment en soutien de l'équipe mobile du CH de Neufchâtel
- Nommer des professionnels référents (médecin, IDE) pour la prise en soins palliatifs sur les établissements du GHT en lien avec l'équipe « support » du CHU de Rouen
- Renforcer l'équipe mobile gériatrique intervenant dans les EHPAD de l'agglomération de Rouen
- Renforcer l'Equipe Mobile d'Evaluation gériatrique à Domicile (EMED), structure adossée au CHU et intervenant sur l'agglomération de Rouen
- Pérenniser et renforcer l'Equipe Mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) qui intervient sur 25 EHPAD et les structures du GHT.

- Poursuivre le déploiement des consultations avancées spécialisées sur les sites en fonction du besoin

B/ Développer la télémédecine

Actions à mettre en œuvre :

- Le GHT Rouen Cœur de Seine prépare une réponse à l'Appel à Projet de développement de la télémédecine en EHPAD, publié par l'ARS et à déposer au plus tard le 12 juillet prochain. Plusieurs spécialités sont proposées aux EHPAD ou à l'étude : gériatrie, dermatologie, cardiologie, ORL, psychiatrie mais aussi d'autres disciplines comme l'anesthésie, avec un projet de téléconsultation. Les objectifs principaux sont :
 - améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires,
 - notamment dans les zones enclavées ou sous-denses en matière de professionnels de santé ;
 - améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux ;
 - améliorer le parcours de soins, de vie et de santé des personnes.
- Développer les téléconsultations gériatriques à destination des résidents d'EHPAD
- Développer les activités de « télé-psychiatrie » de la personne âgée et de « télédermatologie » vers les CH et EHPAD du GHT.
- Détailler les modalités de télé-staff en soins palliatifs entre le CHU et les CH du GHT
- Etudier les besoins en télémédecine « personne âgée » pour d'autres spécialités médicales (cardiologie, odontologie, oncologie, ...)
- Créer un lien fonctionnel entre les MAIA et le GHT via un médecin gériatre qui pourrait être « référent » et apporter son expertise (activité partagée à plusieurs ?)
- Utiliser la compétence des IDE pour réaliser une primo-évaluation => projet de soins => DU de pratiques avancées
- Améliorer la tarification de cette activité, les outils informatiques de suivi, les échanges de données entre les différents sites (compatibilité des DSIs)

C/ Optimiser l'offre de soins gériatriques au sein de la filière personnes âgées

Actions à mettre en œuvre :

- Consolider les demandes des établissements du territoire et répondre à l'Appel à Projet Télémedecine en EHPAD, publié par l'ARS. Des financements (FIR) sont proposés pour déployer la télémedecine sur les EHPAD en région sur les spécialités prioritaires suivantes : **gériatrie, cardiologie, ORL, psychiatrie et dermatologie**. Le FIR pourra contribuer aux coûts de mise en œuvre de l'activité (équipements, achats de solutions informatiques, frais liés à l'amorçage du projet...).
- Développer une plateforme téléphonique « gériatrique » commune aux CH du GHT avec un numéro unique de téléphone (axe 3)
- Mettre en place sur chaque CH du GHT disposant de lits MCO et SSR, une ligne téléphonique avec un médecin au bout du fil (portable et/ou DECT) (axe 3)
- Diffuser l'information sur la procédure (simple) à suivre pour organiser une admission « directe » à partir du domicile, des EHPAD ou des CH (si besoin d'un lit au CHU)
- Développer des programmes d'ETP (éducation thérapeutique patient) concernant par exemple la prise en charge des malades diabétiques âgés, l'observance et la gestion de certaines thérapeutiques (AVK, anti-hypertenseurs, corticoïdes)

D/ Inclure les propositions du projet pharmaceutique du GHT dans la réflexion gériatrique

Actions à mettre en œuvre :

- Proposer une revue de médication gériatrique dans le cadre du développement de la pharmacie clinique
- Sécuriser le circuit du médicament par une automatisation de l'identification et/ou de la préparation des doses à administrer
- Organiser la permanence pharmaceutique sur le territoire
- Développer une politique qualité de la prise en charge médicamenteuse commune en lien avec les responsables qualité

E/ Développer une politique qualité commune en lien avec les responsables qualité

Actions à mettre en œuvre :

- Se donner les moyens d'un management en continu de la qualité et de la gestion des risques
- Y compris du circuit du médicament sous toutes ses formes en gériatrie
- Développer la gestion des risques a priori (exemples : risque infectieux en EHPAD, sécurité du patient, sécurité des soins)
- Développer la gestion des risques a posteriori (patient traceur...)
- Développer la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (en développant à l'échelle du GHT la culture de l'auto-déclaration "sans sanction administrative" des erreurs médicales ou paramédicales - procédé des CRAS développé au sein du CHU)
- Développer le déploiement des pratiques réflexives au sein des organisations
- Diffuser les recommandations
- Partager les protocoles de soins

- Profiter de l'expérience de chacun des établissements pour amorcer une spécificité gériatrique des cartographies des risques et des programmes d'action qualité, notamment en matière de promotion de la bientraitance et d'éthique du soin
- Faire l'inventaire des plans bleus, plans blancs et structuration des gestions de crise dans les différents établissements
- Adopter une stratégie coordonnée en matière de risques exceptionnels (disponibilité de lits, réorientation des programmations, harmonisation des procédures et des cellules de crise).
- Faire l'inventaire des conventions, notamment avec les courts séjours, dans le cadre des crises.

Projet 2.4 : Répondre à la problématique de la démographie des professionnels de la gériatrie

Constats :

Attractivité médicale :

La question de l'attractivité de l'exercice médical dans la filière gériatrique du GHT ne peut se poser qu'en prenant en compte d'abord les spécificités de chacun des établissements qui le composent, mais aussi en tenant compte de l'attractivité du bassin de vie qui entoure chacun d'eux. Cette question doit également prendre en considération la qualité de vie au travail qui est au fil des années, et sans doute en raison de la démographie médicale en baisse, l'un des éléments que les « nouveaux » médecins jugent important dans leur choix professionnel.

La ressource en médecins gériatres relève à la fois de décisions locorégionales mais aussi de réformes successives (en particulier : numérus clausus, réforme du 3^{ème} cycle des études médicales). Concernant la discipline gériatrique, la formation universitaire a produit des gériatres ayant suivi deux types de parcours : 1) celui du DESC de Gériatrie, après un internat (ou en fin) de spécialité ou de médecine générale suivi d'un clinicot de 2 ans dans un service hospitalo-universitaire de court séjour en règle général, 2) celui de la capacité de médecine gériatrique dont ont pu bénéficier de nombreux médecins généralistes dans le cadre d'une formation postuniversitaire de 2 ans. La Capacité de Gériatrie tend à disparaître au sein des facultés françaises au profit du DESC et prochainement au profit du DES de Médecine gériatrique.

Le premier type de parcours a surtout abouti à former des gériatres pour les structures MCO de court séjour gériatrique tandis que le second a permis de former des gériatres plus polyvalents, travaillant volontiers dans des structures d'EHPAD et de soins de longue durée. Enfin, les 2 types de parcours ont formé des praticiens pour les SSR gériatriques.

L'attractivité de la filière gériatrique passe par la diffusion d'une information attrayante et de qualité. C'est pourquoi, la création d'un site internet – portail du GHT « Rouen Cœur de Seine » et en particulier de sa filière gériatrique paraît indispensable. Ce portail internet du GHT permettra non seulement d'afficher une meilleure lisibilité de l'offre de santé et de soins destinés aux personnes âgées mais aussi de transmettre des informations diverses (postes à pourvoir, formations universitaires ou professionnelles continues, projets de recherche clinique, ...).

Quelles perspectives à court terme pour le GHT Rouen Cœur de Seine ?

- Un état des lieux de chaque structure hospitalière doit être réalisé en termes de nombre de lits (MCO, SSR, EHPAD et SLD) et d'effectif médical (en ETP) sur chacun des secteurs d'activité. Des ratios ETP médecin sur nombre de lits doivent se situer dans une fourchette « raisonnable », le ratio « cible » restant l'objectif à atteindre. Ainsi, pour les secteurs MCO et SSR les ratios cibles sont respectivement de 1 ETP/ 10 lits et 1 ETP/ 20 lits (*cf. Livre blanc de la gériatrie française, Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, Circulaire 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique*).
- Un prévisionnel des mouvements des médecins doit également être réalisé de façon annuelle.
- Un diagnostic « RH médical » devra être réalisé établissement par établissement. Aujourd'hui, vu la situation locale, les solutions se doivent être innovantes car il n'est pas possible d'attendre « la sortie » des médecins formés via le DES de gériatrie (début : novembre 2017) en Novembre 2021.

Pour cette raison, à la lumière de ce qui a été proposé récemment par la conférence des DG de CHU (vidéo diffusée le 27 octobre, Jean-Pierre Dewitte) nous devons nous tourner vers des jeunes médecins généralistes intéressés par une activité partagée en ville et hospitalière : mi-temps généraliste en libéral et mi-temps hospitalier. Des formations universitaires ou postuniversitaires sont possibles via différents diplômes universitaires (DU) de médecine gériatrique et de médecine polyvalente. Ces formations, réalisables en 1 à 2 ans, à distance par e-learning et dispensés par des facultés françaises, présentent tous les critères d'une formation théorique universitaire de qualité. Elles sont sanctionnées par un examen validant en fin de cursus.

Nous devons également envisager la possibilité de recruter et former des médecins étrangers (PADHUE) qui ont passé et réussi le concours de la PAE (Procédure d'autorisation d'exercice) en médecine générale ou médecine gériatrique. Ils doivent effectuer 3 années dans un ou plusieurs services universitaires validant pour la discipline. La possibilité de réaliser une activité partagée entre service universitaire et non universitaire au sein d'un GHT mérite une confirmation ministérielle car il faut que la formation « pratique » soit validante. Ces médecins étrangers ne peuvent actuellement pas exercer seuls sur un établissement. Ils sont sous la responsabilité d'un médecin titulaire obligatoirement présent sur le même temps d'activité. Les services participant à la formation des internes de médecine générale et de médecine gériatrique sont à priori habilités à accueillir ces médecins dits « PAE ».

L'ouverture de l'hôpital à des médecins généralistes en milieu de carrière doit également permettre de contribuer à renforcer les liens ville – hôpital. Pour autant il paraît indispensable que ces médecins valident dans un délai raisonnable (2 ans) une compétence par un DU en médecine polyvalente ou en médecine gériatrique et des périodes de stages au sein de services hospitalo-universitaires (1 semaine tous les 3 mois, 4 semaines sur 1 an).

Lorsqu'on évoque l'attractivité de l'exercice médical, on pense « recrutement » mais il faut également penser « fidélisation » sans quoi on assiste à une fuite vers d'autres établissements plus accueillants au sens large. Une discussion entre le responsable médical et les nouveaux arrivés doit avoir lieu pour évoquer les missions et activités diverses possibles de façon à proposer idéalement un « choix ». Il sera nécessaire de discuter « évolution de carrière » et la manière d'y parvenir dans l'intérêt des 2 parties. La participation à des activités de recherche clinique au sein du GHT semble un

« plus ». Enfin, l'accès à la « formation médicale continue » est incontournable et apparaît comme un élément d'attractivité majeur.

Dans un domaine tel que le renforcement de l'attractivité de l'exercice médical, on se doit d'associer des mesures qui viendront renforcer la discipline gériatrique sur un plan universitaire. Ainsi, l'ensemble des structures du GHT en lien avec le CHU de Rouen, doivent tenir une réflexion au moins annuelle sur les besoins en postes d'ASR en gériatrie auprès de l'ARS Normandie. Les services hospitalo-universitaires doivent se donner également les moyens d'accueillir et former des assistants-chefs de cliniques (AHU-CCA) sous réserve du maintien de postes de CCA via la Faculté de Médecine. Le champ d'attractivité pour la spécialité ne doit pas se cantonner à la région Normande mais doit au contraire lancer des offres de postes pour des gériatres déjà formés, en provenance de la région ou de l'île de France qui n'est pas si loin.

Le rétablissement d'une présence d'un universitaire en gériatrie est un objectif spécifique à notre GHT.

Enfin, et avant tout, la reconnaissance intra GHT de la spécialité gériatrique et de sa plus-value dans la prise en soins mérite l'attention de tous les acteurs du GHT.

Un groupe de travail sur la promotion de la discipline gériatrique devra être mis en place dans le cadre du GHT.

Attractivité paramédicale :

Cette problématique concerne toutes les professions paramédicales mais particulièrement celles liées à la rééducation (kinésithérapeutes, psychomotriciens) en raison d'une pénurie importante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

1- La notion d'attractivité pour l'exercice des professions paramédicales suppose :

- Un état des lieux des ressources PNM au sein du GHT,
- Le recueil d'informations telles que : le ratio PNM par lit et les maquettes organisationnelles de façon à pouvoir apporter des points de comparaison précis.

2- Le développement de la formation des professionnels de la gériatrie est un point clé de l'attractivité. Il suppose l'élaboration d'un plan de formation commun aux différents sites axée sur :

- Formation universitaire (DU Gériatrie avec un programme revu)
- Master en Pratiques Avancées (option gériatrie)
- MTC : simulation
- Développement des IDE expertes en gériatrie
- Identification des professionnels experts et valorisation des demandes d'expertise
- Développement de l'expertise en management au co-développement à des fins de soutien d'appui et d'accompagnement des cadres dans ces évolutions managériales

3- Une autre clé de l'attractivité est représentée par la recherche qui nécessite des actions :

- Développer la recherche clinique paramédicale
- Mettre en place une structure et un coordonnateur de la recherche paramédicale au sein du GHT (aide méthodologique, soutien, réponse aux appels à projets)

4- Pour mieux appréhender les pistes d'action pour renforcer l'attractivité des métiers paramédicaux de la rééducation, il sera nécessaire de travailler en lien direct avec le pôle 3R du CHU de Rouen et les cadres rééducateurs des différents sites du GHT.

Objectifs :

- Etablir localement sur chaque site hospitalier du GHT un état des lieux 1) des effectifs présents en médecins gériatres, 2) de leur devenir à 3-5 ans et 3) des besoins en égard aux activités déjà en place et en projet.
- Mettre en place une réflexion « GHT » de recrutement des personnels médicaux. Définir les mesures concourant à l'attractivité de l'exercice médical au sein des différentes structures du GHT.
- Développer un management des carrières médicales avec chaque professionnel
- Développer un programme de formation universitaire pour les futurs gériatres (internes / juniors)
- Définir et mettre en œuvre un programme de formation médicale continue (médecins seniors) qui soit accessible pour tout praticien.

Chantiers :

A/ Etablir un état des lieux des ressources médicales (en gériatres) sur le territoire

B/ Avoir une réflexion commune sur l'attractivité médicale et paramédicale et les recrutements

C/ Développer la formation des professionnels de la gériatrie

A/ Etablir un état des lieux des ressources médicales (en gériatres) sur le territoire

Actions à mettre en œuvre :

- Réalisation d'un questionnaire et adressage aux responsables médicaux et administratifs de chaque CH du GHT, à l'image des enquêtes réalisées par la Société Gérontologique de Normandie ces dernières années.
- Décrire les points positifs et points faibles de chaque CH du GHT dans la perspective du recrutement d'un médecin : comment devenir attractif ? seul ou ensemble ?

B/ Avoir une réflexion commune sur l'attractivité médicale et paramédicale et les recrutements

Actions à mettre en œuvre :

- Création d'une commission regroupant responsables médicaux et directions des affaires médicales des CH du GHT
- Création service par service d'une liste des postes non pourvus, des postes à créer, des postes qui se libèreront dans les cinq ans, et d'une liste des candidats potentiels à tous ces postes

- Définir les postes pouvant être « partagés » entre plusieurs structures du GHT et les conditions du partage
- Développer une réflexion commune autour des postes de CCA-AHU, ASR et AS-CHU destinés à accueillir des jeunes médecins ayant tout juste terminé leur internat.
- Développer un management personnalisé des carrières médicales au sein des CH du GHT : comment fidéliser ?
- Etudier la possibilité d'ouvrir certains recrutements à des médecins à diplôme étranger (concours de la PAE) ou à des médecins généralistes sous réserve des formations adéquates.

C/ Développer la formation des professionnels de la gériatrie

Actions à mettre en œuvre :

- Retrouver la valence universitaire de PU-PH en gériatrie
- Valoriser la formation universitaire des jeunes internes dans le cadre du DES de Gériatrie et selon la nouvelle réforme du 3ème cycle
- Promouvoir (pour d'autres moins jeunes) des formations de type DU que ce soit en gériatrie ou en médecine polyvalente (e-formation)
- Développer des formations sur le terrain à l'attention des médecins lauréats de PAE (en médecine générale, médecine interne et gériatrie)

Axe n°3 : Information autour du patient et de l'offre

Axe 3 : Information autour du patient et de l'offre	
Objectif : Fluidifier le parcours de l'information aussi bien concernant le patient que concernant l'offre sur le territoire	
Projet	
3.1	S'appuyer sur le système d'information territorial
	Permettre à minima la consultation des dossiers des patients dans tous les établissements du GHT
	Mettre en commun l'identification des patients
	Faciliter l'échange de données (plateforme, messagerie sécurisées, etc.)
	Participer à la convergence du système d'information
3.2	Harmonisation des informations à fournir sur la situation du patient
	Harmonisation des informations à fournir sur la situation du patient pour son admission (ex : Check list) et développer la conciliation d'entrée
	Harmonisation des informations à fournir sur la situation du patient pour son retour au domicile et développer la conciliation de sortie
	Harmonisation et mutualisation des procédures et des dossiers administratif d'admission (EHPAD, HdJ, HAD, etc.)
	Anticiper et communiquer sur les obstacles à l'entrée en EHPAD (protection juridique, obstacles financiers, etc.)
3.3	Définir une politique de communication commune de l'offre du GHT sur l'ensemble du territoire
3.4	Développer la communication entre les professionnels du GHT
	Mettre en place d'un ligne téléphonique portée par un médecin senior pour la communication intra-GHT et avec les professionnels libéraux
	Créer des moments d'échanges entre les praticiens de la filière (conférence ?) et multidisciplinaire (partage de compétences, formation)
3.5	Disposer des données complémentaires (EHPAD, flux aux urgences, etc.)

L'ensemble de l'axe 3 est apparu comme transversal aux groupes des différentes filières du GHT. Il a donc été décidé de développer cet axe en intergroupe.

Nous n'évoquerons donc ici que la spécificité gériatrique de ce chapitre, en prélude aux réflexions de l'intergroupe.

Projet 3.1 Partager un système d'information, tendant à la convergence

- La mise en place de l'identification unique des patients est un premier élément pour tracer le parcours de la personne âgée en intra-GHT et en lien avec les correspondants médico-pharmaceutiques extérieurs au GHT, laboratoires, imagerie, consultants, soignants, pharmaciens.
- Les interfaces hôpital-ville et la messagerie sécurisée en santé répondent à la nécessaire unicité du parcours patient âgé dans son trajet de vie (DMP, dossier pharmaceutique informatisé, transmissions dématérialisées de résultats).
- En intra GHT, la possibilité de suivre le parcours patient, avec son autorisation, sur l'ensemble des séjours, actes et consultations. Elle permettrait de résoudre drastiquement les grandes difficultés de circulation de l'information médicale, pharmaceutique et soignante rencontrées actuellement.

Projet 3.2 Harmoniser les informations sur la situation des patients

Il ne faut pas attendre la mise en place à un terme plus ou moins lointain de ce parcours patient partagé informatisé pour améliorer sensiblement la transmission des informations pertinentes entre acteurs de santé.

- Les informations vers l'hôpital, en provenance du domicile particulier, des EHPAD ou d'autres structures sont à formaliser et systématiser,
 - De même que celles qui doivent accompagner (ou même précéder) le patient à la sortie de toute modalité d'hospitalisation et de consultation.
 - Enrichir la démarche Via Trajectoire sanitaire et médico-sociale des outils d'informations médicale partagée du GHT
-
- Les systèmes de check-list permettent dès maintenant de définir en commun les informations à transmettre et de s'en donner les moyens, en temps réel :
 - Comptes rendus de consultations, d'hospitalisations,
 - Résultats de biologie ou d'imagerie, explorations fonctionnelles
 - Éléments sociaux pour la continuité de la prise en charge.

En gériatrie, le partage des évaluations multidimensionnelles, des outils de repérage des facteurs de fragilité est probablement une particularité pour permettre d'éviter les ré hospitalisations, les multiplications de bilans inutiles et la reprise au début de démarches déjà entreprises ailleurs.

La démarche concertée de pharmacie clinique gériatrique avec les conciliations d'entrée et de sortie est un bon moyen de cohérence et de continuité des soins hôpital ville, mais aussi de collaboration positive gériatres-pharmacien sur ce sujet capital de la prévention de la iatrogénie.

L'instruction commune ou mutualisée par exemple des demandes d'EHPAD, de protection juridique sont à mettre à l'étude, base d'une harmonisation des pratiques.

L'argumentation de façon fédérée sur les causes des séjours longs doit se faire en plaident au titre du GHT pour la résolution de ces problèmes auprès des décideurs (ARS, tribunal d'instance, conseils départementaux, ...)

Projet 3.3 Définir une politique de communication commune de l'offre du GHT sur l'ensemble du territoire

L'existence même de la filière gériatrique se doit d'être matérialisée par un affichage commun en termes de communication :

- Description de l'offre de soins gériatrique de l'ensemble GHT, ce qui permettra de renforcer la place de chacun dans le dispositif et de faire appréhender aux correspondants la cohérence de l'ensemble de la filière. Cette communication peut d'ailleurs avoir un effet positif sur l'attractivité de chaque structure, par les flux logiques qu'elle peut engendrer (exemple des parcours Alzheimer).
- Les parcours thématiques gériatriques rentrent de plein droit dans cette dynamique.
- La promotion de l'offre manquante suit d'ailleurs la même logique et les mêmes voies de communication.

Les publics ciblés : les actions sont évidemment différentes suivant que l'on s'adresse au grand public, aux personnes âgées et leurs aidants, aux professionnels du domicile ou aux professionnels intra-GHT.

Dans les développements de l'axe 1 et 2, on a pu trouver un certain nombre de propositions d'actions concrètes sur ces plans :

- Annuaire téléphonique commun coordonné des professionnels et services gériatriques
- Numéro unique d'entrée
- Plateforme d'appui et d'orientation,
- Numéros d'urgence gériatrique
- En lien par ailleurs avec les CLIC et les MAIA pour que les annuaires soient communs et coordonnés.

Les modalités :

- Site internet portail du GHT, avec la page de la filière gériatrique, reprenant l'annuaire et l'approche par thème et parcours, avec question-réponse pour guider le public et les professionnels.
- Déclinaison des outils papiers, affichages et autres moyens coordonnés de communication, sur l'ensemble du dispositif et sur chaque élément constitutif.

Projet 3.4 Développer la communication entre les professionnels du GHT

- Comme dans le point précédent, par un annuaire téléphonique commun coordonné des professionnels et services gériatriques
- Mais aussi par des initiatives, de mutualisation de l'offre que le GHT peut proposer en termes de formation initiale, de formation continue et de démographie médicale
- En plus des réunions possibles, la distance peut aussi être abolie par les procédés de téléconférences, téléréunions de dossiers et de bibliographie, les formations intersites dématérialisées, le développement de la télémédecine dans ses bonnes indications, ou encore les médecines connectées et la gérontotechnologie.

En conclusion, les acteurs de la filière gériatrique attendent du système d'information et de communication un affichage commun et coordonné, un partage systématique et pertinent de l'information pour assurer la continuité et la sécurité des soins dans le parcours de vie de la personne âgée, et une meilleure communication de l'ensemble des acteurs, au sein de modes d'accueil diversifiés et optimisés, et de techniques innovantes et avancées.



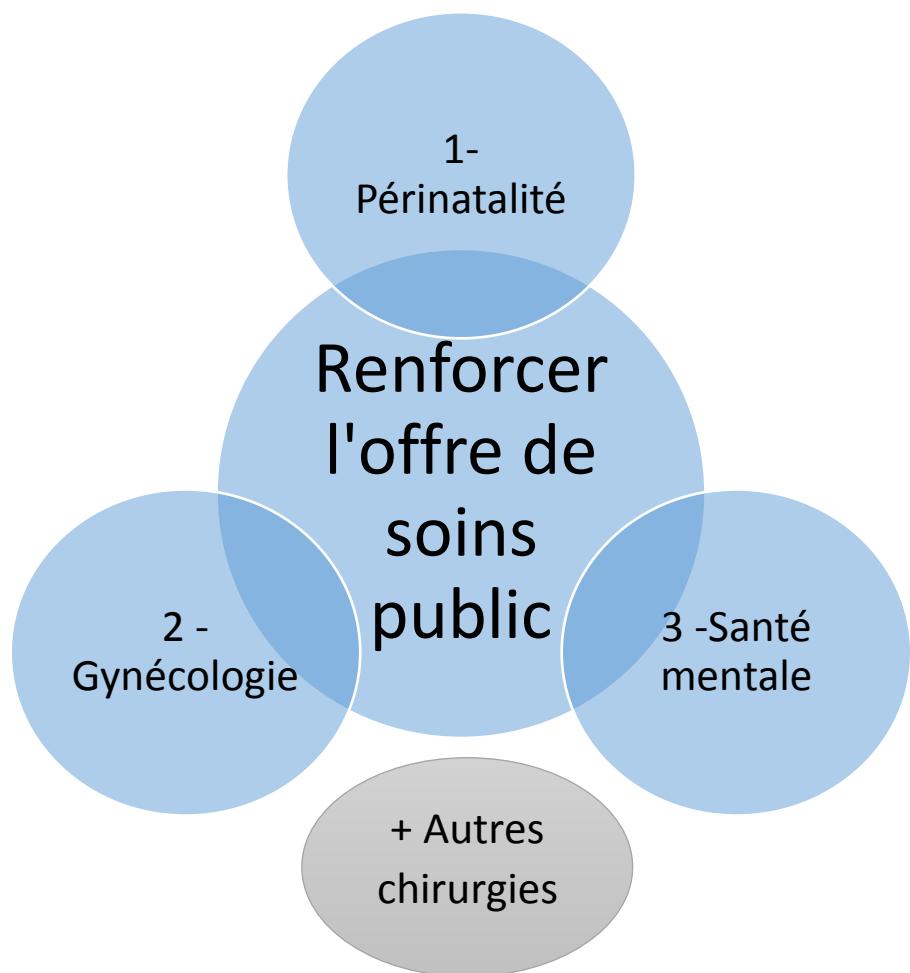
Filière Périnatalité, gynécologie et autres chirurgies

Filières périnatalité, gynécologie et autres chirurgies

Ces filières sont traitées dans deux chapitres distincts :

- Un chapitre sur les filières « périnatalité, gynécologie médicale et chirurgicale », divisé en 3 axes :
 - Axe n°1 : Renforcer la complémentarité de l'offre publique tout au long du parcours de la filière « Périnatalité »
 - Axe n°2 : Consolider l'offre publique et la permanence des soins en Gynécologie
 - Axe n°3 : Améliorer la prise en charge de la santé mentale des femmes en pré et postnatal
- Un chapitre sur la filière « autres chirurgies » (chirurgie bariatrique et plastique)

L'objectif principal de ces filières est de renforcer et de promouvoir la complémentarité de l'offre publique sur le territoire.



Contexte de la filière

Organisation et fonctionnement

Les établissements du GHT ont identifié 3 axes prioritaires autour desquels ces filières seront structurées :

- Axe n°1 : Renforcer la complémentarité de l'offre publique tout au long du parcours de la filière « Périnatalité »
- Axe n°2 : Consolider l'offre publique en Gynécologie et la permanence des soins
 - Gynécologie médicale
 - Gynécologie chirurgicale
 - A) Gynécologie chirurgicale non cancéreuse
 - B) Gynécologie chirurgicale cancéreuse
- Axe n°3 : Améliorer la prise en charge de la santé mentale des femmes en pré et postnatal

Les forces et les faiblesses de ces filières ont été synthétisées dans la matrice SWOT suivante :

	<u>Positif</u>	<u>Négatif</u>
Interne (Etablissements du GHT)	<u>Forces :</u> Collaborations entre établissements (transferts, retour des patientes) Rapprochements mère-enfant facilités Bonne collaboration notamment pour la permanence des soins en anesthésie Valeur pédagogique des deux maternités reconnues par les internes et les étudiants sages-femmes Dossier médical informatisé performant au Belvédère à préserver. Changement du système du CHU envisagé du fait des contraintes techniques, les deux systèmes devront être convergents (interfaçage sur plateforme commune). Elaboration de protocoles communs Le GHT est un élément d'attractivité pour certaines spécialités Centres experts au CHU (endométriose, périnéologie)	<u>Faiblesses :</u> Offre de soins en psychiatrie pour les femmes enceintes et accouchées en hospitalisation Difficulté d'accès aux résultats de biologie entre établissements
Externe (Environnement)	<u>Opportunités :</u> Démographie des gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres et sages-femmes plutôt favorable Facilitation des postes partagés Formalisation des partenariats pour la réponse donnée aux situations de crise Très bon équilibre acquis entre l'offre et la demande pour les lits d'obstétrique et les salles de travail au sein du département et plus largement sur la région à préserver Evolution de la prise en charge financière pour les transports secondaires	<u>Menaces :</u> Baisse de la natalité Concurrence forte des établissements privés en chirurgie et potentiellement en obstétrique. Nouvelles modalités de financement des ASR ?

Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge

Ces filières du GHT reposent sur 2 établissements, le CHU de Rouen et le CH Belvédère avec l'appui du CH du Rouvray pour la prise en charge psychiatrique.

Ces établissements proposent une offre publique de soins graduée et cohérente avec un nombre de coopérations déjà important.

L'objectif de ces filières est de renforcer et de promouvoir la complémentarité de l'offre publique.

Axes prioritaires des filières périnatalité, gynécologie et autres chirurgies - Synthèse

Dans un contexte de baisse de la natalité et face à une réelle concurrence du secteur privé, la complémentarité des deux acteurs publics du territoire constitue un enjeu important.

Ce projet médico-soignant a été l'occasion de réaffirmer et de renforcer la stratégie publique de l'offre de soins sur le territoire avec 3 axes qui ont fait l'objet chacun d'une description minutieuse et partagée par tous les professionnels concernés, autour de la périnatalité, la gynécologie, la santé mentale auxquels s'ajoutent des coopérations bilatérales entre le CHU et le CH du Belvédère, en matière de chirurgie.

Il s'agit d'offrir une offre coordonnée aux patients du territoire et de renforcer les partenariats existants.

Un certain nombre d'actions concrètes ont ainsi été ciblées : renforcement du dépistage anténatal et de l'échographie obstétricale, communication commune sur la complémentarité de l'offre publique, renforcement de l'offre publique dans le domaine de l'infertilité et de la PMA, développement de la politique des détransferts et rapprochement mère-enfant, renforcement de l'offre sur la pelvipérinéologie, harmonisation de la permanence de l'offre, notamment pour les IVG et la prise en charge des urgences, développement des staffs multidisciplinaires et des postes partagés.

Il sera également recherché un développement de la participation à l'offre de formation et aux programmes de recherche. Enfin, des projets ont été évoqués sur la santé mentale pour laquelle un dispositif construit avec le CH du Rouvray existe déjà de longue date, notamment le projet de développer une hospitalisation de jour pour les patientes concernées, à envisager à un échelon régional.

Rappel des objectifs du PRS – Thème Périnatalité, petite enfance

Source : PRS Haute Normandie - Juin 2011 - 2 axes identifiés :

4. Renforcer la sécurité périnatale par un suivi personnalisé et adapté à la grossesse
5. Prévenir, prendre en charge et accompagner les grossesses non désirées, notamment en partenariat avec l'Education Nationale

Principe d'organisation des activités

	Permanence et continuité des soins	Le GHT constitue pour certaines spécialités en tension (anesthésie, pédiatrie) une opportunité forte de coopération
	Consultations externes / avancées	Le maillage du territoire et en particulier en dehors de l'agglomération rouennaise est un enjeu fort de la filière périnatalité. Des consultations avancées (gynécologues, obstétriciens) sont déjà organisées (CH Neufchâtel, Gournay, Barentin) et pourront être renforcées au regard des moyens existants, le cas échéant avec des sages-femmes
	Hospitalisation (ambulatoire, partielle, conventionnelle)	Les perspectives de développement du Belvédère s'inscriront dans le respect du modèle de gradation des soins actuellement en place.
	Plateaux techniques	l'ouverture et le développement de plateaux technique au CH du Belvédère et au CHU sont une opportunité importante d'amélioration de la qualité des prises en charge et de l'attractivité des établissements publics.
	Situations sanitaires exceptionnelles	La réponse aux situations exceptionnelles devra se faire en coopération et suivant des protocoles prédéfinis
	Prises en charge urgentes et non programmées	Les urgences de chaque établissement continueront de jouer leur rôle et les modalités actuelles de transfert vers le CHU seront maintenues
	Hospitalisation et soins à domicile	Le retour ou le maintien des patientes à domicile est un enjeu de sécurité et de confort qu'il s'agit de travailler conjointement à une politique commune et formalisée de sorties précoces après l'accouchement et à l'alternative à l'hospitalisation traditionnelle des enfants vulnérables
	Prise en charge médico-sociale	La collaboration avec les réseaux de ville est un élément sur lequel la filière devra continuer de s'appuyer

Prises en charge transversales

	Santé mentale	La santé mentale est un enjeu prioritaire du GHT et les coopérations existantes sont à renforcer (cf. axe 3)
	Cancérologie	La gradation des soins en cancérologie s'appuiera sur les établissements publics du territoire
	Santé publique et prévention	Conformément au plan régional de santé, la prévention sera au cœur de la filière et ce, en partenariat avec des acteurs intra et extra GHT

Axe n°1 : Renforcer la complémentarité de l'offre publique tout au long du parcours de la filière « Périnatalité »

L'accent doit être mis sur la fluidification des transferts entre les deux maternités du GHT. La réflexion doit également porter sur la sécurisation des permanences soins sur les 2 sites (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes), notamment en période de tension, voire de crise (cumul période estivale, arrêts maladie ou maternité, ...).

Contexte :

On compte environ 15 000 naissances par an sur le département de la Seine Maritime dont environ 10 300 sur la zone d'emploi de Rouen (zone définie par l'INSEE comprenant Rouen et son agglomération).

Parmi ces naissances, la part des prématurés est comparable à la moyenne nationale (données ATIH, PMSI-MCO (RSA accouchements), Exploitation Drees).

	Taux de prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée)	Taux de grande prématurité (< 32 semaines d'aménorrhée)	Taux de très grande prématurité (< 28 semaines d'aménorrhée)
Seine Maritime	7%	1%	0,3%
Moyenne nationale	7%	1%	0,3%

En complément, si l'on s'intéresse à la part des enfants avec un faible poids à la naissance, le département se situe cette fois-ci dans une situation plus favorable puisqu'elle y est inférieure au reste du territoire national (données ATIH, PMSI-MCO (RSA accouchements), Exploitation Drees).

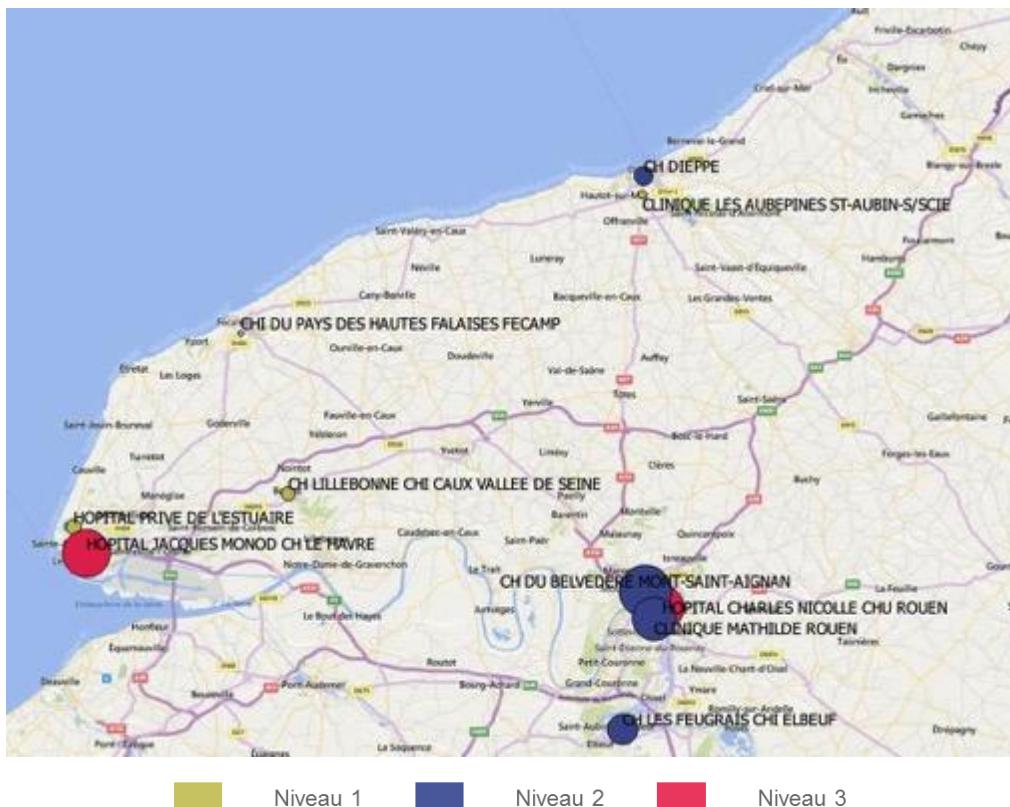
	Part des faibles poids de naissance (< 2500 g)	Part des très faibles poids de naissance (< 1500 g)
Seine Maritime	6,9%	0,9%
Moyenne nationale	7,4%	1%

Offre de soins :

L'offre de maternités sur le territoire du GHT est majoritairement située sur l'agglomération rouennaise avec 3 acteurs principaux :

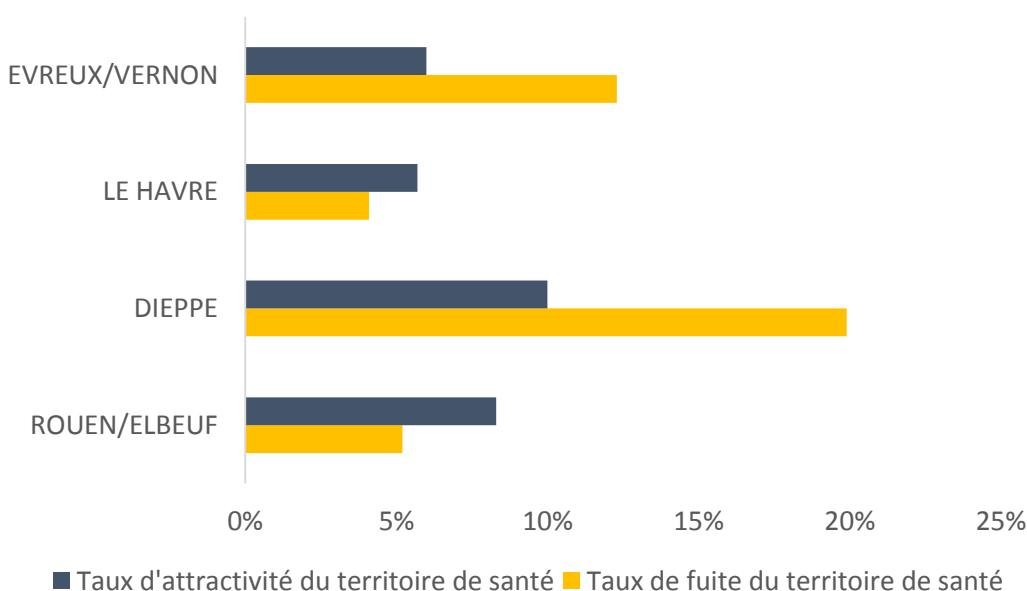
- Le CH de Belvédère, niveau II a
- Le CHU de Rouen, niveau III
- La clinique Mathilde, niveau II a

Il faut également compter au sud le CHI Elbeuf Louviers qui se situe lui aussi sur le même territoire de santé.



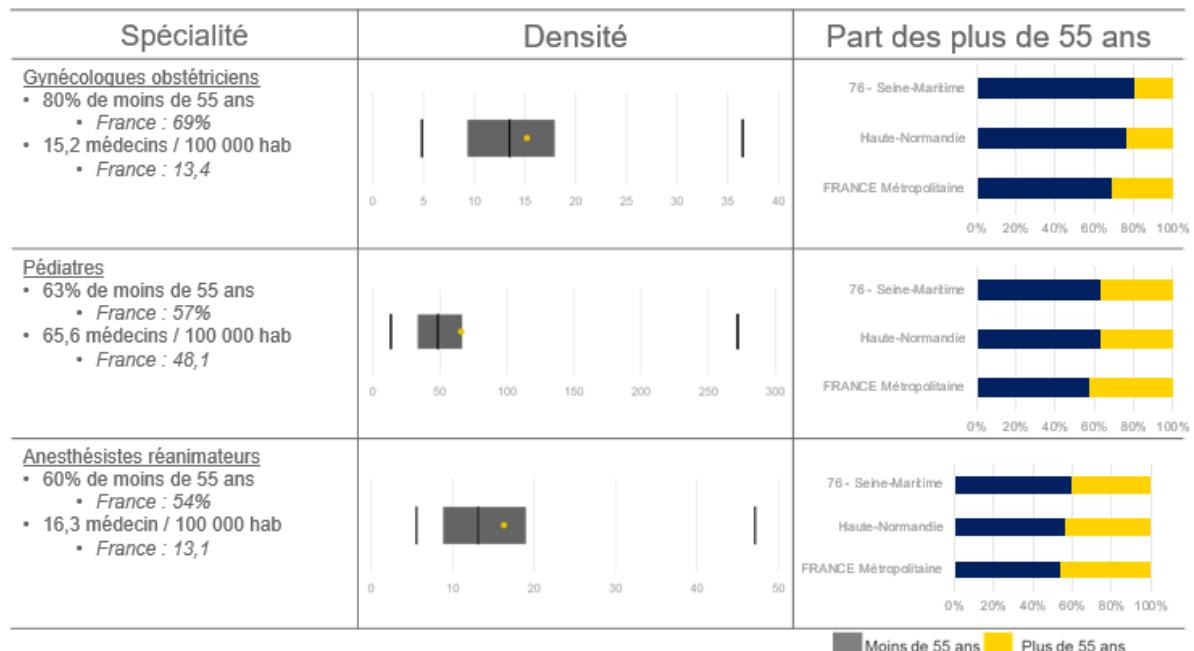
Maternités autour du GHT

Globalement cette offre est attractive et suffisante pour couvrir les besoins de la population. Le taux de fuite, autrement dit la part des habitants du territoire allant se faire soigner en dehors de ce territoire y est de 5,2%. A l'inverse, le taux d'attractivité sur l'obstétrique, c'est-à-dire la part des patients venant de l'extérieur du territoire y est de 8,3%.



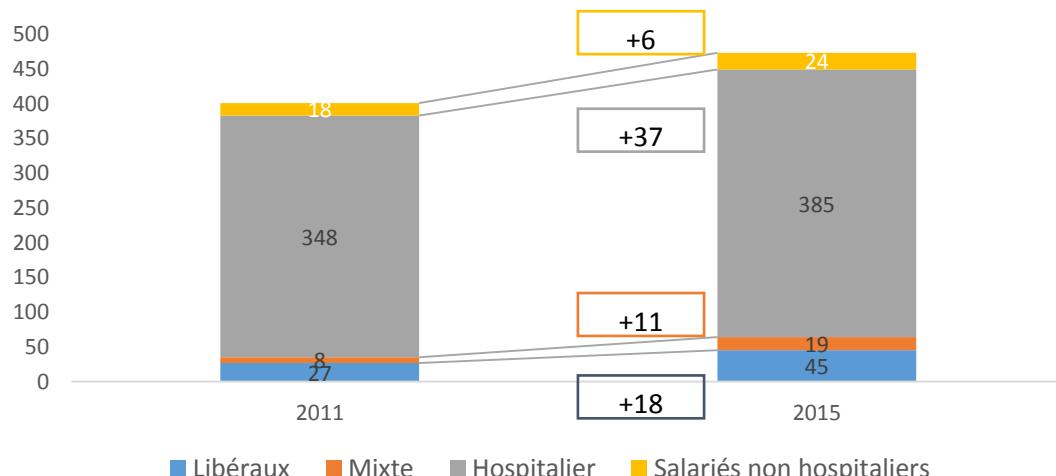
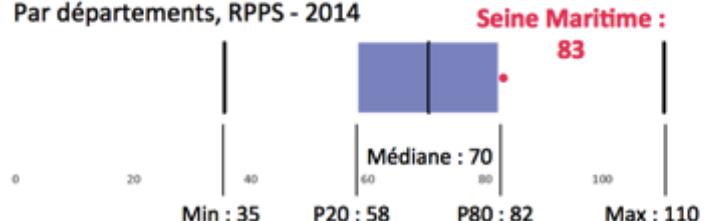
Fuite et attractivité sur les territoires de santé en obstétrique – ATIH 2014

Si l'on s'intéresse à la démographie médicale, le département est globalement bien pourvu en professionnels de santé notamment grâce au statut de ville universitaire de Rouen.



Le nombre de gynécologues obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes rapporté à la population est plus élevé en Seine Maritime que sur le reste des départements de France. Par ailleurs, ces praticiens sont globalement plus jeunes qu'en France Métropolitaine. La filière périnatalité ne devrait donc pas connaître de tension structurelle sur le recrutement médical.

Densité de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus
Par départements, RPPS - 2014

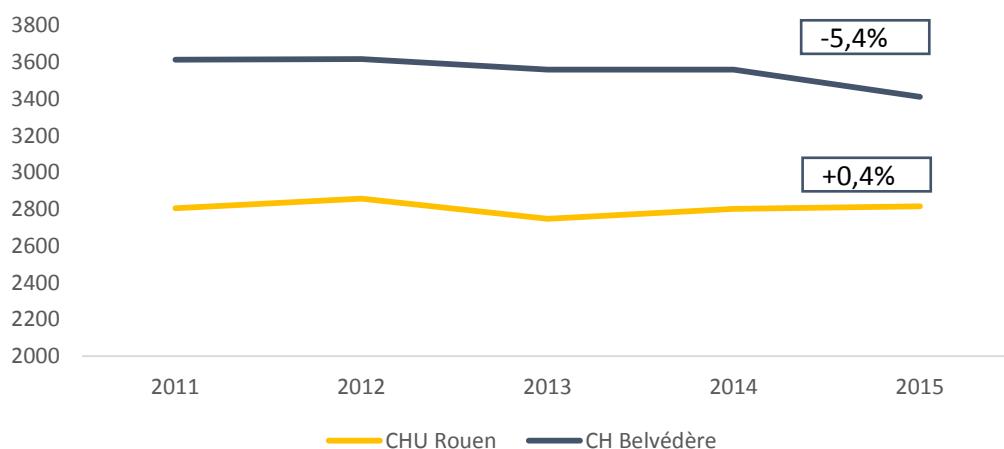


Nombre de sages-femmes en Seine Maritime – RPPS 2011/2015

L'offre de soins en sages-femmes est déjà relativement dense sur le territoire. Avec 83 Sages-femmes pour 100000 femmes, la Seine Maritime se situe parmi les 20% des départements français les mieux dotés. Entre 2011 et 2015, le nombre de sages-femmes sur le département a augmenté de 17%. Sur la même période, le nombre de naissances a diminué de 2%. Le mode d'exercice ayant connu la hausse la plus importante est le libéral (+66% vs. +10% pour l'hospitalier).

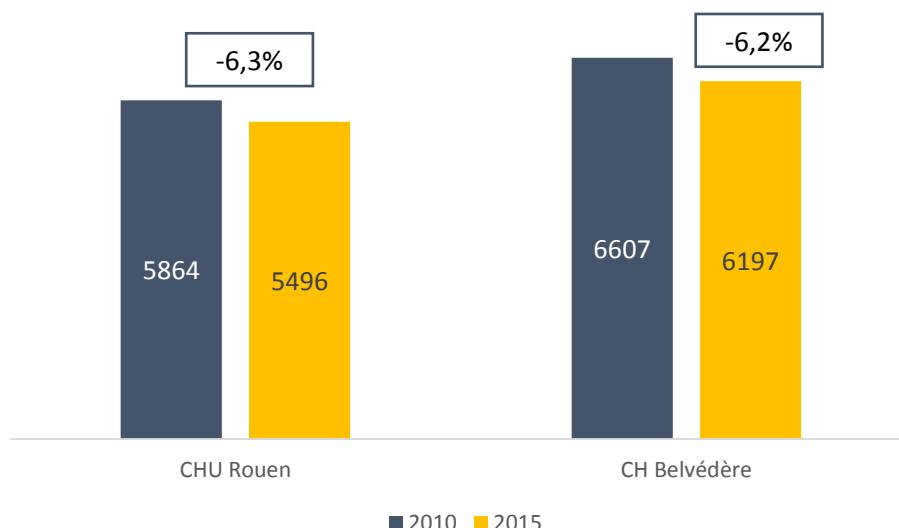
Activité :

Sur l'agglomération rouennaise, le CH Belvédère et le CHU Rouen réalisent environ 70% de l'activité obstétricale et notamment 6200 accouchements.



Nombre d'accouchements par établissement – Données internes

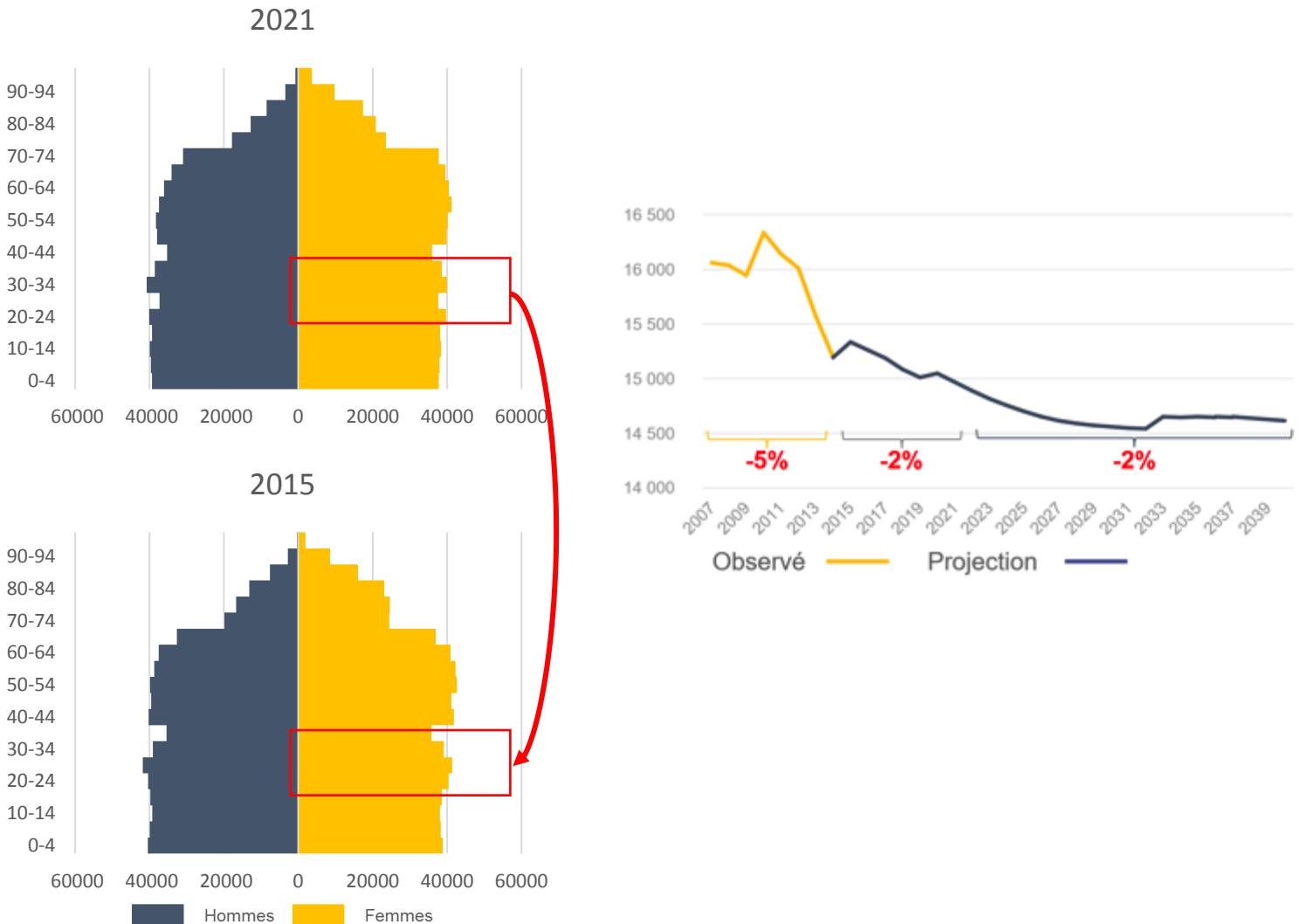
Globalement, sur l'activité obstétrique, les établissements ont un nombre de séjours comparable en légère diminution sur les 5 dernières années. Cette diminution peut s'expliquer en partie par la baisse globale du nombre de femmes en âge de procréer sur le territoire sur cette même période.



Evolution du nombre de séjours d'obstétrique – PMSI 2015 //

A noter que le nombre de séjours n'est pas obligatoirement le reflet du nombre d'accouchements.
Les changements de prise en charge peuvent également expliquer les variations

Evolution prévisible de la filière :



Entre 2015 et 2021, l'INSEE prévoit que le nombre de femmes en âge de procréer entre 15 et 44 ans devrait diminuer de 7000 pour passer de 237 000 à 230 000 soit une diminution de 3%.

Cette diminution se ressent bien évidemment sur le nombre des naissances. Si on en comptait 15 400 en 2015, ce nombre est en baisse constante depuis les 10 dernières années. Les modèles prédictifs indiquent que la diminution la plus forte est déjà passée. Il faut toutefois prévoir une poursuite de cette tendance avec -2% entre 2015 et 2021 et -2% entre 2021 et 2040.

Cette tendance se conjugue avec l'augmentation de l'âge des mères à l'accouchement. Ce dernier est en effet passé de 29,1 en 2004 à 29,7 en 2014 pour la Seine Maritime (évolution similaire à la moyenne nationale).

Des patients moins nombreux et potentiellement avec des prises en charge plus lourdes, telle est donc l'évolution à laquelle la filière doit se préparer. Cette baisse du nombre de naissances n'atteint pas de la même façon les 3 maternités (mais a impacté essentiellement la Clinique Mathilde).

Description du parcours et de la gradation des soins

Principale difficulté	<ul style="list-style-type: none"> Les réunions d'évaluation des transferts abandonnées un temps et reprises depuis peu sont à poursuivre Mieux fluidifier les transferts en ante et post natal Mise à jour de la convention de transfert
Atouts	<ul style="list-style-type: none"> Fonctionnement en collaboration avec le CHU existe depuis longtemps ainsi que le travail en réseau au sein du réseau périnatal. Staffs et formations en commun. Informatisation complète du dossier obstétrical au CH Belvédère ainsi qu'au CHU ce qui permet un accès facile et sécurisé au dossier médical, une bonne relation avec la ville et le CHU, une transparence envers la patiente à qui l'on confie son dossier informatisé

Consultation pré-conceptionnelle et début de grossesse

Gradation des soins : Patientes adressées d'emblée au CHU	<ul style="list-style-type: none"> Cardiopathies sévères (syndromes de Marfan, Eisenmenger, Ehler- Denlos, hypertension artérielle pulmonaire) Drépanocytoses homozygotes, troubles sévères de l'hémostase Patiante présentant une insuffisance rénale, respiratoire sévère ou cardiaque Patiante à risque hémorragique avéré Patientes greffées Patientes porteuses du VIH Les grossesses triples
--	---

Elle permet dans l'idéal pour certaines patientes présentant des maladies chroniques de faire le point en vue d'une grossesse, l'objectif étant de stabiliser la maladie avant la grossesse, d'adapter la thérapeutique en fonction des risques iatrogènes des médicaments lors de la grossesse, de choisir la maternité la mieux adaptée à son suivi en lien avec les médecins spécialistes de la pathologie concernée.

Grossesse :

En cas d'anomalie fœtale

En cas de malformation ou de syndrome transfuseur transfusé ou de retard de croissance sévère avant 33 SA :

- Les examens complémentaires :

- Les amniocentèses et les biopsies de trophoblaste sont réalisées au Belvédère et adressées au laboratoire de cytogénétique du CHU
- Le CHU est un centre de référence pour le DPNI (L'adressage au CHU devra être développé)
- Les échographies cardiaques fœtales sont réalisées au CHU
- Les IRM fœtales sont réalisées au CHU
- Les prélèvements de sang foetal sont réalisés au CHU (sauf si foeticide associé)
- L'orientation de la patiente est décidée en Centre pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

Gradation des soins : Patientes adressées au CHU	<ul style="list-style-type: none"> ● Les pathologies nécessitant une extraction fœtale d'un enfant de 25 et 32 SA + 6 ou inférieur à 1kg5 ● Les pathologies fœtales nécessitant une prise en charge immédiate spécialisée au CHU ● Les syndromes transfuseur- transfusé ● Les ruptures spontanées des membranes entre 25 et 32 SA +6 jours ● Les allo immunisations Rhésus ou plaquettaires sévères ● Certaines cardiopathies vont à Marie Lannelongue ou à Necker selon l'avis des cardiopédiatres du CHU
---	--

Remarque : En cas de décision en CPDPN d'interruption médicale de grossesse, celle-ci est réalisée quel que soit le terme dans l'un des deux centres. Des prises en charges palliatives pourront être réalisées dans les 2 établissements.

En cas de pathologie maternelle :

Gradation des soins : Patientes transférées au CHU	<ul style="list-style-type: none"> ● Il y a transfert pour les pathologies nécessitant une extraction fœtale d'un enfant de 25 et 32 SA + 6 ou inférieur à 1 kg5 (accompagnement de la prématurité consentie) hors urgence vitale pour l'enfant ou la mère ne permettant un transfert avant la naissance ● Les patientes présentant un risque hémorragique important à la naissance : placenta accreta avéré ou suspecté (placenta antérieur bas inséré sur utérus cicatriciel même à imagerie normale) ● Les pathologies sévères de l'hémostase ● Les pathologies nécessitant un service de réanimation à proximité immédiate lors de l'accouchement (pré éclampsies graves par exemple)
---	---

Accouchement

Gradation des soins : Complications entraînant un transfert vers le CHU	<p>→ En cas d'hémorragies de la délivrance, les patientes sont transférées au CHU si nécessité d'embolisation ou de surveillance en réanimation dans les suites immédiates avec un retransfert possible ensuite au Belvédère une fois que son état ne nécessite plus de réanimation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les patientes nécessitant un suivi en réanimation ou dans un service spécialisé du CHU (urologie, digestif)
--	--

- Les patientes présentant une insuffisance d'organe sévère (insuffisance respiratoire, rénale ou hépatique)

Post partum

Exemples de cas dans lesquels un transfert Belvédère – CHU est envisagé Pédiatrique

- Détresses vitales,
- Convulsions,
- Détresses respiratoires sévères,
- Poids de naissance < 1500 g et/ou terme < 33 SA,
- Alimentation parentérale prolongée,
- Affection congénitale malformatrice ou non nécessitant une expertise spécialisée et/ou un plateau technique adapté à la prise en charge du nouveau-né.
- Pathologie ou capital veineux nécessitant un cathéter central

Les indications de transferts doivent être adaptées en fonction des possibilités techniques et des places de chaque centre et si possible envisagées.

Projets de la filière périnatalité :

Projet 1.1 : Développer une offre publique de dépistage et d'échographie

Projet 1.2 : Promouvoir une offre publique obstétricale

Projet 1.3 : Renforcer le suivi en néonatalogie et pédiatrie

Projet 1.4 : Avoir une politique commune de sortie précoce

Projet 1.5 : Réaffirmer la filière publique de chirurgie anténatale et du nouveau-né

Définition des chantiers par projet :

Projet 1.1 : Développer une offre publique de dépistage et d'échographie

Contexte :

- Filière anténatale bien formalisée, collaboration existante, bien intégrée dans le réseau périnatalité

- Dans le CPDPN, présence d'un expert du CH du Belvédère
- Une radiologue du CH du Belvédère participe à de la radiologie d'expertise au CHU
- Participation commune au développement des différents types de dépistage

Objectif :

- Les deux établissements développent conjointement une offre de dépistage et de référence d'échographie publique.

Chantiers :

- Continuer l'effort commun entre le CH du Belvédère et le CHU de développement concernant le dépistage de la trisomie 21 (DPANI).
- Développer les capacités des deux équipes dans le domaine de l'échographie obstétricale où les besoins de la population sont très importants face à la concurrence du privé.

[Projet 1.2 : Promouvoir une offre publique obstétricale](#)

Contexte :

- Concurrence sur Rouen : 3348 naissances au CH du Belvédère, 2779 au CHU, 2727 Mathilde en 2016
- Baisse de la natalité (-4%) en 2017 en Seine-Maritime
- TO lits à 78% au CHU qui est dimensionnée au point de vue matériel et humain pour faire 3000 accouchements.
- Pour rappel : sur le total des naissances au CHU, ¼ sont des grossesses à problème

Objectif :

- Développer la synergie CHU et CH Belvédère dans une logique d'offre publique

Chantiers :

- Communiquer ensemble sur l'offre publique obstétricale complémentaire sur l'agglomération en matière de confort et de sécurité.
- Fixer des objectifs : 3300/3400 au CH du Belvédère et 2900/3000 au CHU
- Développer la synergie CH du Belvédère /CHU dans les protocoles et la recherche clinique

[Projet 1.3 : Renforcer le suivi en néonatalogie et pédiatrie](#)

Contexte :

- Bon fonctionnement de la filière (transfert et détransferts)

Objectif :

- Renforcer dans les deux établissements les projets de suivi au long cours des enfants vulnérables nés dans les établissements.

Chantiers :

- Développer une synergie CH du Belvédère /CHU dans les protocoles
- Développer la politique de détransferts et rapprochement mère enfant dans les deux sens

Projet 1.4 : Réaffirmer la filière publique de chirurgie anténatale et du nouveau-né

Objectif :

- Réaffirmer le principe d'une filière publique CHU/ Belvédère pour la prise en charge chirurgicale en anténatal et du nouveau-né pour la chirurgie orthopédique et plus généralement pour les autres pathologies chirurgicales.

Projet 1.5 : Avoir une politique commune de sortie précoce

Contexte :

- Incertitude sur la pérennité de l'HAD obstétricale actuellement gérée par la Croix Rouge

Chantier :

- Travailler conjointement à une politique commune et formalisée de sorties précoces après l'accouchement et à l'alternative à l'hospitalisation traditionnelle des femmes et des enfants vulnérables.

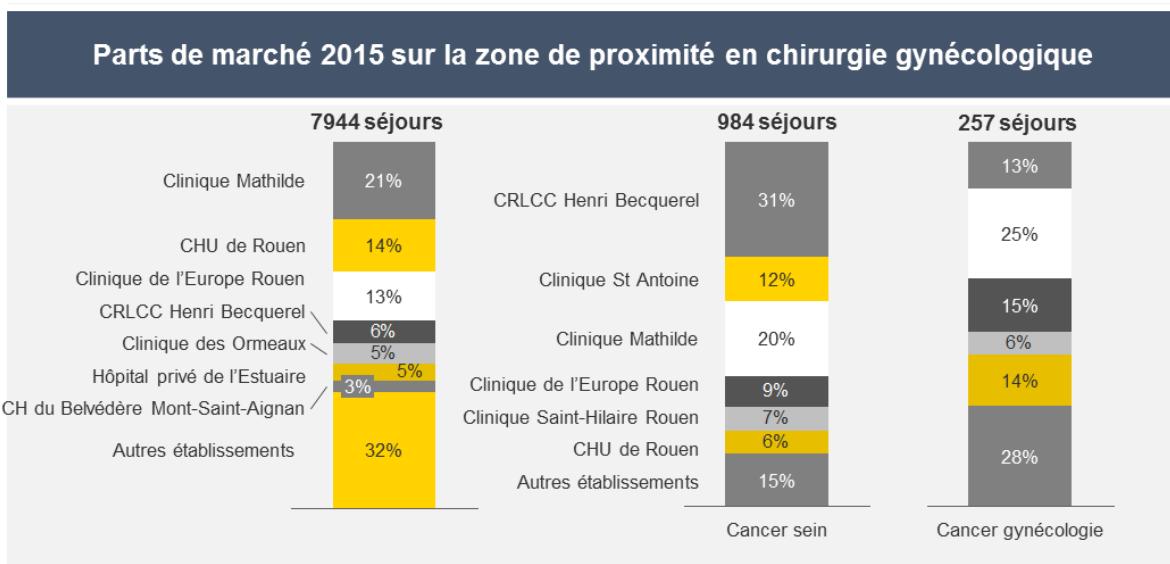
Axe n°2 : Consolider l'offre publique en Gynécologie et la permanence des soins

La complémentarité des deux établissements sur ce domaine est forte. Il convient donc de formaliser la gradation de l'offre ainsi que les coopérations entre professionnels (temps d'échange).

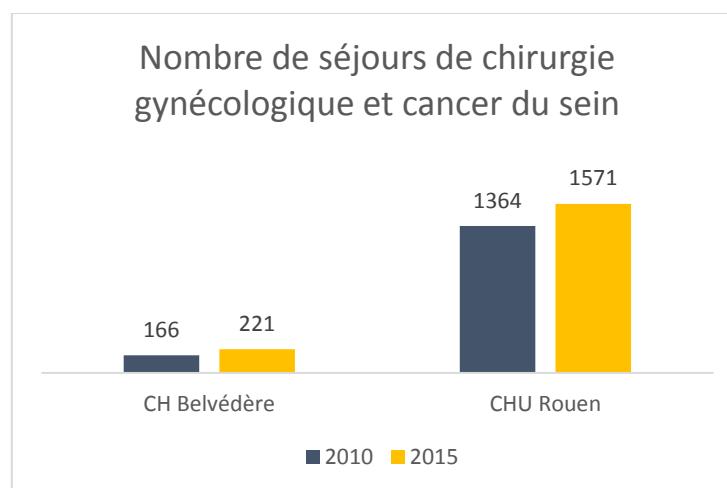
Contexte :

Sur le territoire, les principaux acteurs de chirurgie carcinologique sont la clinique Mathilde, le CHU de Rouen et la clinique de l'Europe.

Concernant la cancérologie, le CHU a une part (sein et gynécologique) importante. Le CLCC Henri Becquerel affiche un nombre plus élevé de séjours, les établissements privés à but lucratif ont également une part non négligeable de cette activité



Toutefois, sur la période, il apparaît que le CH Belvédère et le CHU sont en progression avec un nombre d'interventions en croissance respectivement de 33% et de 15%.



Le nombre de lits de gynécologie sur l'agglomération peut apparaître excédentaire par rapport aux besoins. Il faudrait rééquilibrer l'offre de soins publique par rapport au secteur privé lucratif.

Description du parcours et de la gradation des soins

Principale difficulté	Forte concurrence du privé dans ce secteur
Atouts	<ul style="list-style-type: none"> • Le respect des valeurs du service public hospitalier avec la promotion de l'égalité d'accès aux soins • Des valeurs communes de prise en charge autour de la bientraitance de la patiente et d'une prise en charge personnalisée prenant en compte les dimensions somatiques, culturelles, sociales et psychologiques des patientes • Des équipes motivées • Les actions de formation auprès des internes en médecine générale et de spécialité, aux élèves sage femmes et des infirmiers spécialisés • Des plateaux techniques de qualité : nouveau plateau technique au Belvédère • Centre d'excellence CHU notamment pour la prise en charge de l'endométriose et pelvipérinéologie et cancérologie pelvienne

Infertilité : unité de stérilité au CH du Belvédère

Etape	Commentaires
Consultations	<ul style="list-style-type: none"> • Faites dans les deux établissements
Réalisation des premiers bilans	<ul style="list-style-type: none"> • Biologie et hystérographies : en ville ou au CHU • Echographies : au Belvédère ou en ville ou au CHU • Spermogramme : service de PMA du CHU • IRM (en cas d'endométriose) : le plus souvent en ville (délai rdv élevé au CHU)
Traitements	<ul style="list-style-type: none"> • Si indication d'une stimulation mono-folliculaire monitorée sans insémination elle est réalisée au Belvédère ou au CHU • La surveillance des traitements se fait par des examens biologiques effectués en externe et des échographies de monitorage faite le plus possible au CH Belvédère (ou en ville) ou au CHU • Sinon la patiente est avec son accord adressée dans le service de PMA du CHU.
En cas de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Choix laissé à la patiente d'accoucher au CHU ou au CH du Belvédère

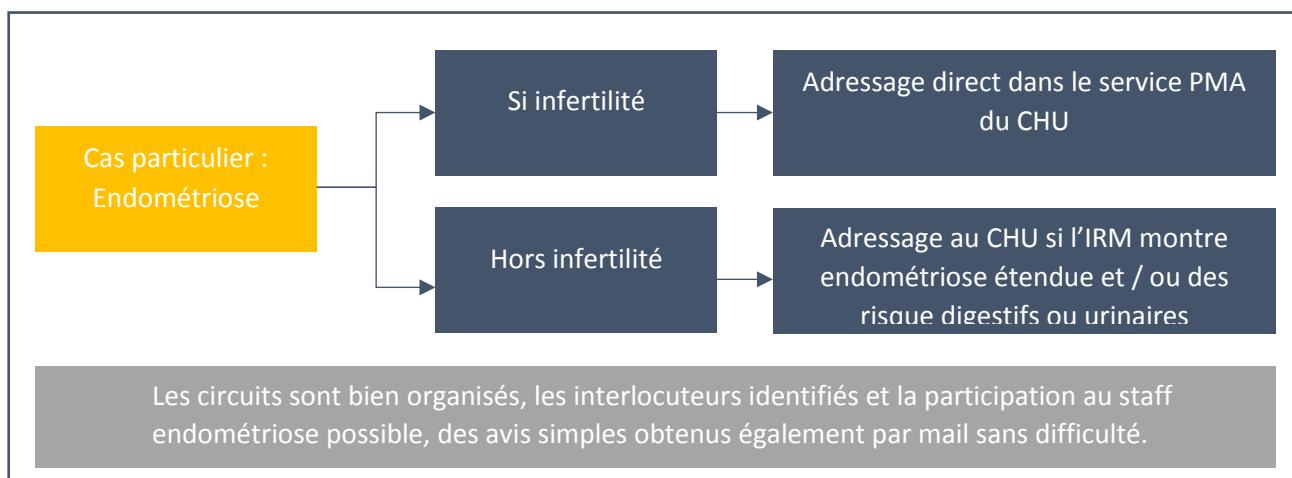
Suivi et diagnostic

Etape	Commentaires
Suivi gynécologique de première ligne	<p>Les objectifs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès aux soins dans le domaine de la gynécologie • Poursuivre des consultations antennes à Barentin, Gournay et Neufchâtel permettant d'améliorer l'accès aux soins des populations éloignées des centres urbains et/ou des populations en situation précaire • Evaluer le dispositif des consultations gynécologiques proposées par les sages-femmes de l'établissement titulaires (CH Belvédère) du DIU de gynécologie, éventuellement l'étendre
Consultation de deuxième intention en chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être réalisée par les chirurgiens gynécologues du CH du Belvédère ou du CHU • Sont concernées les patientes adressées en interne, par le médecin traitant, la sage-femme ou le gynécologue de ville.
Examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent déjà réalisés en ville. (cas le plus courant : une échographie pelviennes) ; possibilité envisagée de le développer au CHU et dans le CH du Belvédère

Actions d'amélioration :

- Faciliter l'accès aux échographies pelviennes prescrites en ville initiales au CHU et au CH du Belvédère
- Améliorer les délais de rendez-vous pour l'IRM

Prise en charge chirurgicale gynécologique standard (hors cancérologie)



L'orientation se fait en fonction des pathologies.

Etape	Commentaires
Consultation d'anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> • Sans contre-indication : intervention au CH du Belvédère • En cas de contre-indication : Adressage au CHU via courrier ou contact par mail (nécessite messagerie sécurisée) <p><u>Ex. de contre-indication :</u> ex : nécessité de sonde d'entraînement électro systolique, obésité morbide avec comorbidité, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, association très péjorative de comorbidités lourdes</p>
Avis spécialisé de cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Actuellement fait en ville le plus souvent avec le cardiologue de la patiente
Anatomopathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisée au CHU
Imagerie post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Demande de scanner marginales réalisées au CHU sans problème dans le cadre de l'urgence • Au CH du Belvédère et au CHU : ASP, écho abdominopelvienne
Complications post-opératoires	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge au CHU et au CH du Belvédère à l'exception des cas où un transfert en réanimation est nécessaire
Sortie d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Le plus souvent à domicile, rarement en SSR spécialisé en gériatrie (établissement du GHT)

Cas des transferts :

La demande de transfert du CH du Belvédère vers le CHU est effectuée d'abord auprès de l'unité de réanimation chirurgicale du CHU conjointement par le médecin anesthésiste du CH du Belvédère et le chirurgien responsable de l'hospitalisation de la patiente. L'accord d'un chirurgien du CHU doit également être recherché.

Projets de la filière gynécologie :

Gynécologie médicale :

Projet 2.1 : Renforcer l'offre publique dans le domaine de l'infertilité

Projet 2.2 : Améliorer la permanence de l'offre (urgences, IVG)

Gynécologie chirurgicale :

A) Gynécologie chirurgicale non cancéreuse :

Projet 2.3 : Renforcer l'offre publique sur la pelvi-périnéologie

B) Gynécologie chirurgicale cancéreuse :

Projet 2.4 : Formaliser une filière publique en cancérologie gynécologique

Projets de la filière gynécologie médicale :

Projet 2.1 : Renforcer l'offre publique dans le domaine de l'infertilité

Contexte :

- Une concurrence réelle avec la clinique Mathilde
- Des patientes désireuses d'une prise en charge publique pour l'infertilité
- Des délais qui s'allongent
- Une demande ASR gynécologues-obstétriciens partagés et futurs PH au CH du Belvédère et au CHU avec une compétence en infertilité ?

Objectifs :

- Développer l'activité du secteur public, favoriser l'adressage.
- Développer une filière infertilité au CH du Belvédère

Chantiers :

- Développer une filière infertilité au CH du Belvédère avec le recrutement de médecins avec des compétences en infertilité : cela amènera aussi le développement de l'activité coelioscopique. Actuellement réalisation de stimulations simples monitorées au CH du Belvédère, au CHU centre de PMA + dons d'ovocytes agréé.
- Attirer des PH, favoriser une diversité pour être plus attractif (postes partagés)
- Participer aux staffs communs en AMP dans la mesure du possible.
- Définir une filière publique exclusive : adresser les patients au CHU plutôt qu'à la clinique Mathilde quand nécessité d'un avis, d'une insémination, d'une FIV, d'une préservation de la fertilité
- Réaliser au CHU : Spermogramme, insémination et FIV
- Proposer des filières raccourcies (préférentielle) : réduire les délais pour les patientes dont les bilans sont déjà réalisés.

Projet 2.2 : Améliorer la permanence de l'offre (urgences, IVG)

Contexte :

- Importante activité des deux établissements dans ces domaines

Objectif :

- Harmonisation de la permanence de l'offre des deux établissements pendant les périodes difficiles

Projets de la filière gynécologie chirurgicale :

A) Gynécologie chirurgicale non cancéreuse :

Le principe général est de permettre la poursuite de la chirurgie gynécologique au CH du Belvédère face aux acteurs privés du territoire avec des principes de gradation vers le CHU et de complémentarité avec le CHU.

Là aussi, la gradation des soins existe dans la mesure où le CHU est la structure de référence pour certaines prises en charge (endométriose, pathologies périnéales/statiques pelviennes, traitement coelioscopique des prolapsus, ...). L'articulation du travail entre évaluation de proximité et recours doit être maintenue à l'échelle du GHT.

En complément de la gradation des soins, des échanges plus formalisés entre les équipes seront mis en œuvre sous la forme de staffs communs.

Parcours patient pelvi périnéologie et chirurgie de l'incontinence urinaire :

Même parcours sauf :

- Consultation spontanée de la patiente ou adressée par son médecin traitant ou sage-femme ou gynécologue de ville.
- Examens complémentaires :

Examen	Lieu de prise en charge	Commentaire
Echographie pelvienne et rénale	CH du Belvédère CHU	
Bilan urodynamique	Deux lieux possibles au CHU : Service Pr Leroy ou service d'urologie	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de clarifier le bon parcours
Explorations électro physiologiques, manométrie ano-rectale	CHU service Pr Leroy	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de difficultés dans les délais de RdV et la réception des CR
IRM, defecographie	CHU	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté dans la prise de Rdv • Interlocuteurs non identifiés

- Avis gériatrique : dans le cadre de la prise des personnes très âgées et s'agissant d'une pathologie fonctionnelle, le choix d'une prise en charge chirurgicale dépend aussi de l'évaluation gériatrique de la patiente, de son degré d'autonomie. Cela se fait bien sûr en s'appuyant sur l'avis du médecin traitant mais une expertise plus spécialisée peut être nécessaire et en ce cas les praticiens du CH Belvédère souhaitent pouvoir adresser les patientes à Bois Guillaume pour l'évaluation pré opératoire (collaboration intra GHT)
- Consultation d'anesthésie : idem chirurgie conventionnelle

- Choix de la technique opératoire et du lieu d'intervention

Intervention	Type	Lieu de prise en charge
Incontinence urinaire	Soutènements urétraux	CH Belvédère ou CHU
	Autres cas	Adressage au CHU
Trouble de la statique pelvienne	Chirurgie par voie basse	CH Belvédère ou CHU
	Chirurgie par voie haute	CHU

- Suite du parcours : idem chirurgie standard

Projet 2.3 : Renforcer l'offre publique sur la pelvi-périnéologie

Contexte :

Une bonne collaboration entre les deux établissements :

- Vieillissement de la population et donc augmentation de la demande
- Une convention existe (à réactualiser)
- Une RCP de pelvipérinéologie pluridisciplinaire se développe
- Participation éventuelle des praticiens du CH du Belvédère à l'activité du Bloc opératoire du CHU pour accompagner leurs patients
- Adressage spécifique au CHU des cas complexes

Objectifs :

- S'appuyer sur les compétences des équipes du GHT pour développer une prise en charge médicale et chirurgicale de pelvi-périnéologie.

Chantiers :

- Réactualiser les conventions des praticiens permettant aux chirurgiens du Belvédère ou du CHU d'opérer dans l'autre établissement
- Présenter en staff pluridisciplinaire commun les dossiers complexes afin de mieux préciser les explorations nécessaires et valider les indications.
- Lien avec les SSR du GHT : Permettre l'adressage des patients âgés le nécessitant en fonction du domicile des patients.
- A l'avenir, collaboration renforcée des deux équipes chirurgicales pratiquant la chirurgie de la statique pelvienne pour utiliser au mieux les disponibilités (humaines, techniques, environnementales) respectives des deux sites opératoires.
- Faciliter l'accès aux avis spécialisés du CHU (cardiologie...)

B) Gynécologie chirurgicale cancéreuse :

Parcours patient Cancérologie :

Le CH du Belvédère ne fait pas de chirurgie cancérologique. Il existe des collaborations anciennes avec le CHU et Becquerel.

Le CH du Belvédère intervient cependant dans le dépistage et le diagnostic des cancers :

- Consultations de gynécologie (idem parcours patient standard),
- Consultations de colposcopie et conisations y sont réalisées.

Concernant les examens complémentaires, seules les échographies sont réalisées au Belvédère. L'adressage vers le service de radiologie du CHU est aujourd'hui difficile en raison des délais de rendez-vous et des retours des examens.

Si le diagnostic de cancer est posé, le parcours actuel est celui-ci :

- Présentation au staff de cancérologie de Becquerel commun avec le CHU
- Dans le cadre du GHT et en accord avec la patiente, décision de privilégier la filière CHU notamment dans les cas où la prise en charge est essentiellement chirurgicale

Cas particulier du sein :

Le CH du Belvédère ne réalise pas de mammographies mais peut intervenir dans l'orientation des patientes une fois ces dernières réalisées, orientation qui demande beaucoup de réactivité en raison de la concurrence importante du privé.

La Maison du sein au CHU, opérationnelle depuis 3 ans et offrant toutes les garanties de sécurité des soins devra être davantage sollicitée.

Projet 2.4 : Formaliser une filière publique en cancérologie gynécologique

Contexte :

- Pas d'agrément pour cette activité au CH du Belvédère
- Adressage vers le CHU mais aussi régulièrement du CH du Belvédère vers le CRLCC

Objectif :

- Affirmer une filière préférentielle en oncologie gynécologique vers le CHU et garder les seuils d'activité définis par l'INCA

Chantiers :

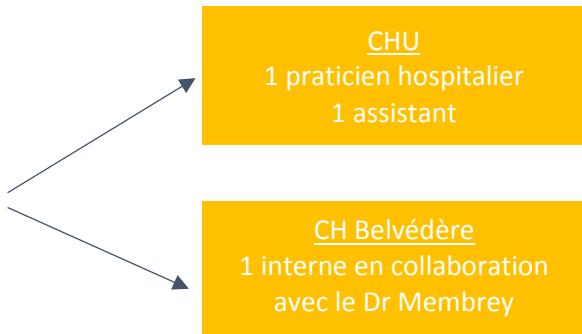
- Identifier une personne référente au niveau du CHU
- Communiquer sur la filière auprès des acteurs du territoire et de la population (flyers, numéro de téléphone)
- Poursuivre l'accès des praticiens du CH du Belvédère aux interventions en cancérologie mammaire et pelvienne du CHU (actualisation de la convention existante)
- Participer à des staffs communs
- Poursuivre l'organisation de la journée Sein au CHU
- Fluidifier l'obtention des rendez-vous
- Personnaliser cette filière au CHU avec le fléchage de praticiens référents.

Axe n°3 : Améliorer la prise en charge de la santé mentale des femmes en pré et postnatal

L'objectif est de proposer une prise en charge adaptée et continue aux patientes enceintes qui présentent des troubles psychiatriques ainsi que pour les pathologies se déclarant en cours ou au décours de la grossesse.

Contexte

Equipe mobile
L'équipe mobile se compose de temps de psychiatre, pédopsychiatre, interne, psychologue, infirmière et puéricultrice.



L'équipe mobile assure des consultations de liaison sur les 2 maternités. Elle assure également des consultations ambulatoires sur les deux maternités et des consultations à domicile pour les femmes enceintes et dans le post-partum.

Enfin, l'équipe participe à des staffs pluridisciplinaires sur les 2 maternités.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">Ancienneté de la collaboration en périnatalité du Rouvray avec le CH Belvédère et le CHU,Synergie pédopsychiatrie /psychiatrie adulteAbsence d'unité mère-enfant dans la région.
Points faibles	<p><i>Les cas les plus aigus sont transférés au Rouvray avec séparation du bébé, les situations moins aigues nécessitent une prolongation de l'hospitalisation en maternité avec des équipes non psychiatriques.</i></p>

Projets de la filière : santé mentale périnatale

Consultations

- Pérenniser les consultations sur le CH Belvédère avec l'intervention prochaine d'un nouveau PH qui pourra prendre la suite de Mr Membrey.
- Encourager le développement, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans les situations d'infertilité et d'accompagnement de la femme après l'arrivée de l'enfant

Staffs

- Développer la pluridisciplinarité des staffs en y intégrant des psychologues et des sages-femmes (collaboration CHU/CH Rouvray, CH Belvédère)

Hospitalisation

Post partum précoce prise en charge dans les unités kangourous

- Développement de la formation et des échanges de compétences

- Mettre en place des formations théoriques et des stages d'observation pour la prise en charge psychologique
- Monter un programme de formation au CHU et au CH du Rouvray
- Spécialiser quelques lits sur une unité d'hospitalisation du CH du Rouvray afin d'optimiser la prise en charge des femmes enceinte ou venant d'accoucher hospitalisées pour des troubles psychiatriques aigus.

Pour les femmes hospitalisées à l'unité Colonna du CHU (NB dépendante du CH du Rouvray)

- Nécessité d'avoir un lieu au CHU pour accueillir en même temps les parents avec l'enfant : à l'unité Colonna ou en gynéco-obstétrique
- A étudier par le CHU, semble envisageable dans le pavillon mère enfant

Projet régional d'hôpital de jour

Il s'agit d'un projet ancien qui n'avait pas été retenu et s'était traduit par la création de l'équipe mobile même si le besoin régional reste identifié.

La création de cette structure peut s'envisager selon deux modalités :

- Dans le cadre de l'Inter-GHT (par exemple au GHH)
- Dans le cadre du GHT pour un projet d'hôpital de jour de 5 places environ, par exemple au CH du Rouvray au regard de la faisabilité de ce projet.

Ce projet devra s'inscrire dans la continuité du futur PRS.

Autres chirurgies

Autres chirurgies (plastique et bariatrique)

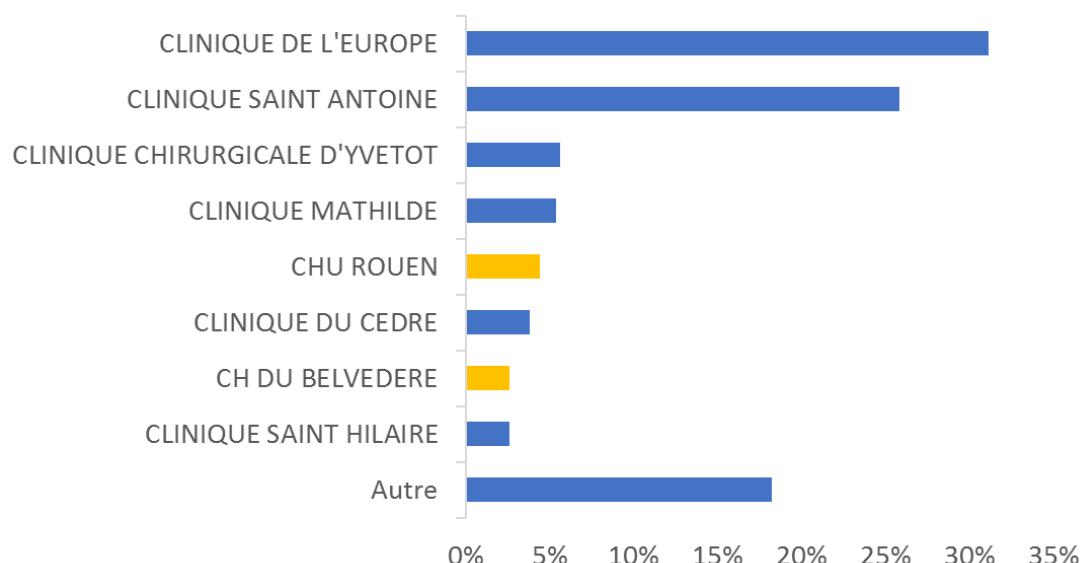
Contexte

Ce chapitre détaille les filières de chirurgie plastique et bariatrique. Le développement d'autres types de chirurgie au CH du Belvédère n'est pas à exclure dans une perspective de moyen terme avec un dispositif de temps partagé.

Chirurgie plastique

Plus de 90% de l'activité de chirurgie plastique et esthétique sur le territoire de Rouen est réalisée en cliniques. Le CHU et le CH du Belvédère représentent en 2015 moins de 50 séjours mais se positionnent sur la chirurgie plastique reconstructrice

Parts de marché – Chirurgie esthétique – Territoire de santé de Rouen 2015



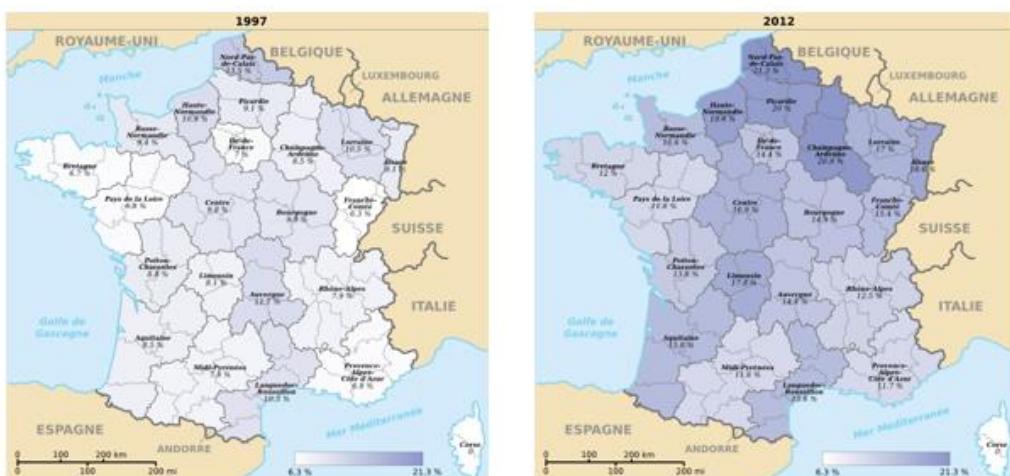
Chirurgie liée à l'obésité

L'obésité est devenue un problème majeur de santé publique dans les pays industrialisés, sa prévalence augmentant d'années en années. En 2012 en France, selon l'enquête nationale de l'obésité et de surpoids (ObEpi-Roche 2012), on estime que 15% des français sont obèses, soit plus de 6,9 millions d'adultes. Cette proportion est passée de 8,5% à 15% entre 1997 et 2012.

En 2012, la Haute Normandie fait partie des 4 régions les plus touchées puisqu'elle affiche un taux de prévalence d'obésité de 19,6%.

Taux de prévalence de l'obésité par région

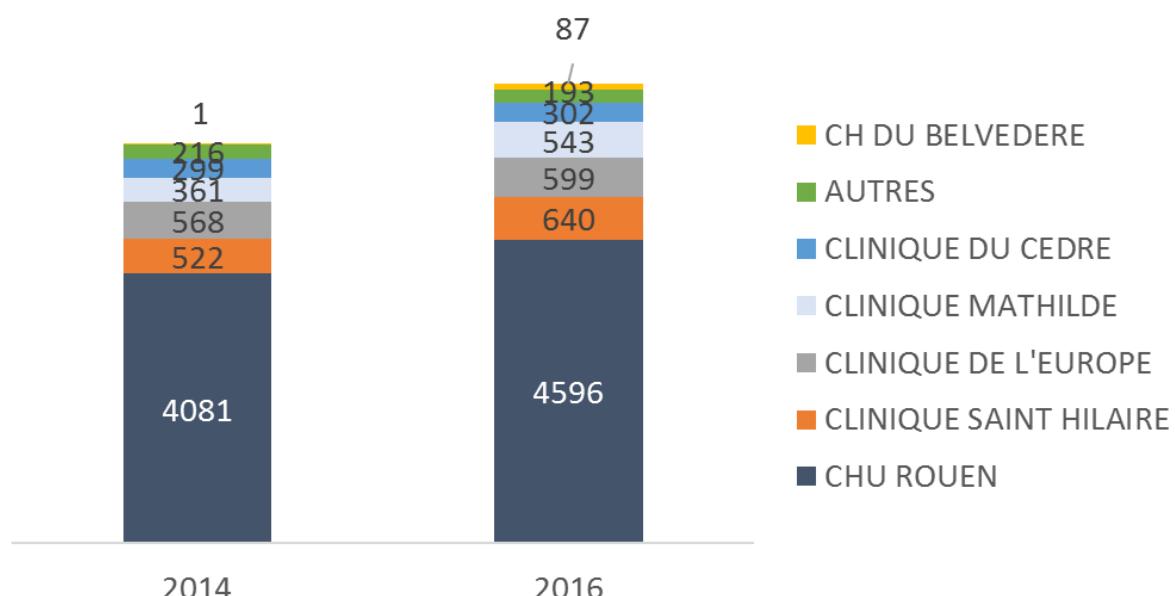
Evolution entre 1997 et 2012



	1997	2012	Evolution
Haute Normandie	Effectif	190 000	+ 170 000
	Taux	10,9%	+8,7%
	Rang	3/21	-1
Moyenne nationale	8,5%	15%	+6,5%

En 3 ans, les séjours liés à l'obésité ont augmenté de 15%. Le CH du Belvédère développe la prise en charge chirurgicale liée à l'obésité.

Séjours Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles – Seine Maritime



Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge

Principe général

L'objectif est de développer une offre commune CH du Belvédère/CHU en définissant la gradation de la filière avec le recours. En cela il s'agit de permettre, face aux acteurs privés du territoire, le développement de l'activité de chirurgie plastique reconstructrice au CH du Belvédère dont une part importante de l'activité est liée aux séquelles post amaigrissement et de chirurgie bariatrique au CHU et au CH du Belvédère avec un principe de gradation vers le CHU.

Ce type de prise en charge est un enjeu important de développement d'activité pour le CH du Belvédère dans le cadre de l'ouverture du nouveau plateau technique.

Forces et faiblesses

La complémentarité des deux établissements sur ce domaine est forte. Il convient donc de formaliser la gradation de l'offre ainsi que les coopérations entre professionnels (temps d'échange).

Principale difficulté	<ul style="list-style-type: none">• Forte concurrence du privé dans ce secteur
Atouts	<ul style="list-style-type: none">• Le respect des valeurs du service public hospitalier avec la promotion de l'égalité d'accès aux soins• Des valeurs communes de prise en charge autour de la bientraitance de la patiente et d'une prise en charge personnalisée prenant en compte les dimensions somatiques, culturelles, sociales et psychologiques des patientes• Des équipes motivées• Des plateaux techniques de qualité : nouveau plateau technique au CH du Belvédère

Structuration projetée

Le CHU aura besoin de libérer certains de ses blocs pour faire face à ses obligations croissantes de chirurgie lourde, de cancérologie... L'utilisation des blocs du Belvédère pourrait constituer une opportunité à envisager sur la base de postes partagés dans le cadre d'un projet structuré et défini conjointement.

Le principe commun reste le fait de renforcer l'offre publique ainsi que les impératifs de sécurité, de permanence des soins et de qualité de vie au travail des praticiens.

Obésité médicale-Chirurgie liée à l'obésité

Constats :

- L'activité sur le territoire est importante tant dans le public que dans le privé
- Le taux d'obésité sur la région est élevé par rapport au reste du pays

- La filière publique médicale (bilan préopératoire et prise en charge médicale) est prise en charge au CHU, la qualité de prise en charge est reconnue même si les délais actuels restent importants et supérieurs à ceux du secteur libéral. Le CH du Belvédère a mis en place une prise en charge initialement centrée autour de la grossesse et de l'infertilité (obésité et du diabète gestationnel) puis depuis 2012, élargie aux autres patients, en collaboration avec le CHU, dans le cadre de la réalisation des projets de chirurgie plastique reconstructive et bariatrique au sein de l'établissement.

Coopérations actuelles :

Depuis 8 ans, le CHU et le CH du Belvédère collaborent autour de l'obésité, des troubles du comportement alimentaire ou encore du diabète gestationnel.

Ainsi, deux praticiens hospitaliers endocrinologues consultent au CH du Belvédère en temps partagé avec le CHU (une 60 % CH Belvédère 20 % CHU, l'autre 40 / 50 avec participation aux RCP communes avec le CHU (+ staff interdisciplinaire dans l'établissement)

Perspectives-Projets

- Recherche d'une harmonisation des prises en charges.
- Le CHU a un projet de structuration de cette activité dès septembre 2017 avec une prochaine implantation de consultations et hôpital de jour sur son site de Bois Guillaume sous l'égide du Dr Folope (nutrition) et à proximité du service d'endocrinologie de nature à améliorer les délais d'attente et la qualité de prise en charge
→ Ces perspectives seront l'occasion d'actualiser le parcours du patient et de renforcer la synergie des 2 établissements

Chirurgie bariatrique :

Constats :

Sur Rouen :

- Domaine d'activité très concurrentiel sur Rouen.
- Perspective de développement important sur les années à venir
- Délais hétérogènes sur la région

Au CHU :

- En chirurgie bariatrique : 320 malades opérés (250 viennent directement du chirurgien, il serait préférable qu'ils aient bénéficié auparavant d'une consultation médicale au CHU)
L'activité est largement supérieure à la moyenne nationale mais les délais d'attente restent relativement importants.
- Bilans pré opératoires réalisés pour l'instant par l'endocrinologie libérale.
- 1000 patients obèses vus en nutrition : un petit nombre est adressé en chirurgie.

Au CH du Belvédère :

- Activité d'endocrinologie pour la prise en charge initiale avec bilan pré op effectué au CHU
- Adressage de certains patients au CHU en fonction de la gravité de la pathologie. Sont exclues d'une prise en charge au CH du Belvédère toutes les situations d'insuffisance d'organe (insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, association très péjorative de comorbidités lourdes).
- L'objectif est d'opérer environ 60 patients au CH du Belvédère. Aujourd'hui le CH du Belvédère dispose de 2 opérateurs qui prennent en charge les patients et gèrent les complications périopératoires, à l'exception des situations nécessitant le transfert dans le service de réanimation.

Les équipes médicales ont défini conjointement les cas où les patients doivent être transférés pour chirurgie au CHU (ex : nécessité de lits de soins intensifs post-opératoire).

Cette graduation des soins est à réactualiser conjointement.

Les situations complexes seront rediscutées en réunion pluridisciplinaires et une décision d'orientation sera prise.

- Potentiel de développement d'activité nouvelle au Belvédère

Il faudra se montrer vigilant sur la mise en œuvre d'une taille critique suffisante (s'assurer de la continuité des soins notamment pour la gestion des complications : hémorragies – de 1%, fistules).

Axes d'amélioration-Projets

- Systématiser des réunions de staff interdisciplinaires entre les 2 établissements
- Privilégier la complémentarité de l'offre publique avec une action à mener sur l'organisation de la filière médicale et chirurgicale.

Chirurgie plastique

Constats :

La collaboration fonctionne bien :

- CH du Belvédère : chirurgie morphologique et esthétique, esthétique mammaire mais pas de reconstruction post cancer qui est faite au CHU.
Très peu d'enfants ou adolescents.
- Le développement de l'activité au CH du Belvédère a permis de désengorger le bloc et des consultations au CHU.
- L'orientation des patients se fait en fonction de la gravité des cas.
- L'activité a atteint une masse critique suffisante dans les 2 établissements.
- Il n'y a pas d'astreinte formalisée au CH du Belvédère (mais présence H24 d'un chirurgien gynéco-obstétricien qui peut intervenir en cas d'urgence et praticien plastique joignable). Au CHU, une astreinte vient de se mettre en place.

Perspectives

La collaboration entre les deux établissements est en cours d'actualisation (convention ancienne)

Thèmes transversaux : formation, enseignements et recherche

Formation et enseignement :

Le CHU et le CH du Belvédère sont tous deux organismes de formation. Le CH du Belvédère participe déjà aux actions d'enseignement de formation du CHU avec un souhait partagé de développer cette collaboration.

L'accent doit être mis sur l'offre de formation et d'enseignement avec notamment :

- La poursuite d'un travail en commun avec le CHU au niveau des étudiants en médecine, des écoles de sages-femmes, d'infirmières et puéricultrices (cours, accueil des stagiaires).
- DU de gynécologie

Il est également rappelé l'importance de la mission d'enseignement dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées en partenariat avec l'éducation nationale.

Ce sujet transversal doit servir de moteur dans la coopération entre gynécologues-obstétriciens sur le territoire. Plus globalement, la coopération dans ce domaine est à organiser au sein du GHT sur l'ensemble des filières.

Un autre axe est de mettre en place un suivi des transferts avec des réunions RMM.

Recherche :

La participation aux activités de recherche du CHU sera encouragée.

- participation aux PHRC, aux réseaux pilotés par le CHU
- accès commun à la bibliothèque médicale en ligne.
- Recherche IDE



Filière Urgences

Filière Urgences

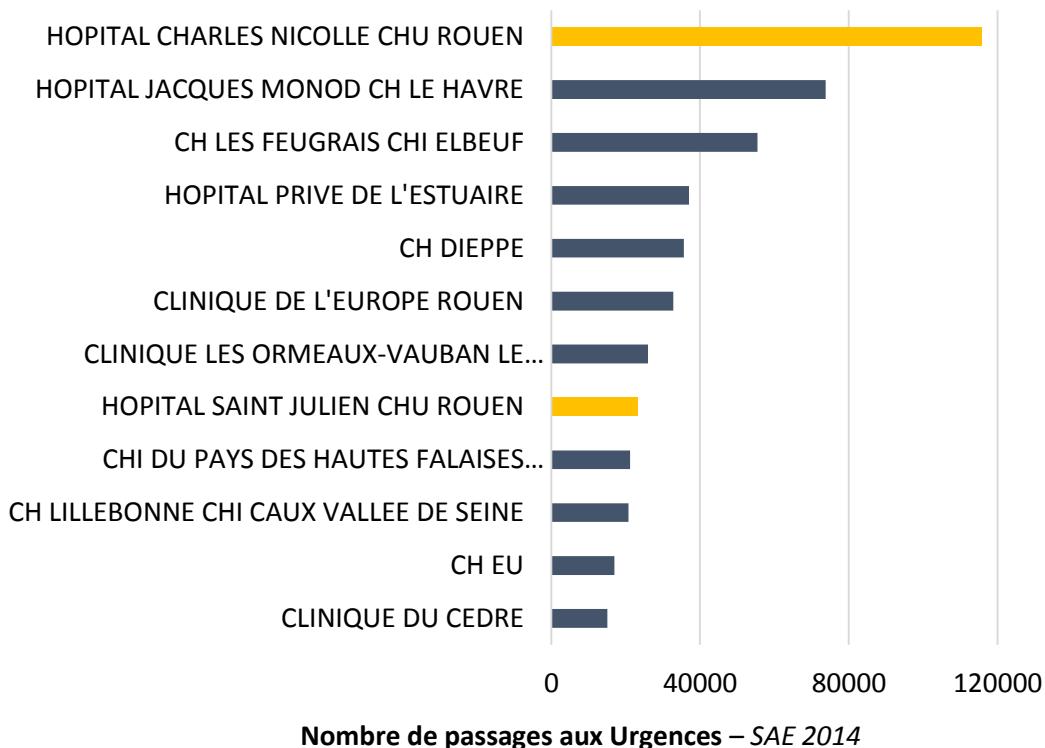
Contexte de la filière urgences

Quatre établissements du GHT sont à même de traiter des urgences :

- CHU de Rouen : SU (adulte site Charles Nicolle et Saint Julien, pédiatrique, gynécologique et obstétricale)
- CH Belvédère : Urgences gynécologique et obstétriques
- CH du Rouvray : Urgences psychiatrique
- CH Neufchâtel-en-Bray : consultations non programmées 24h / 24h

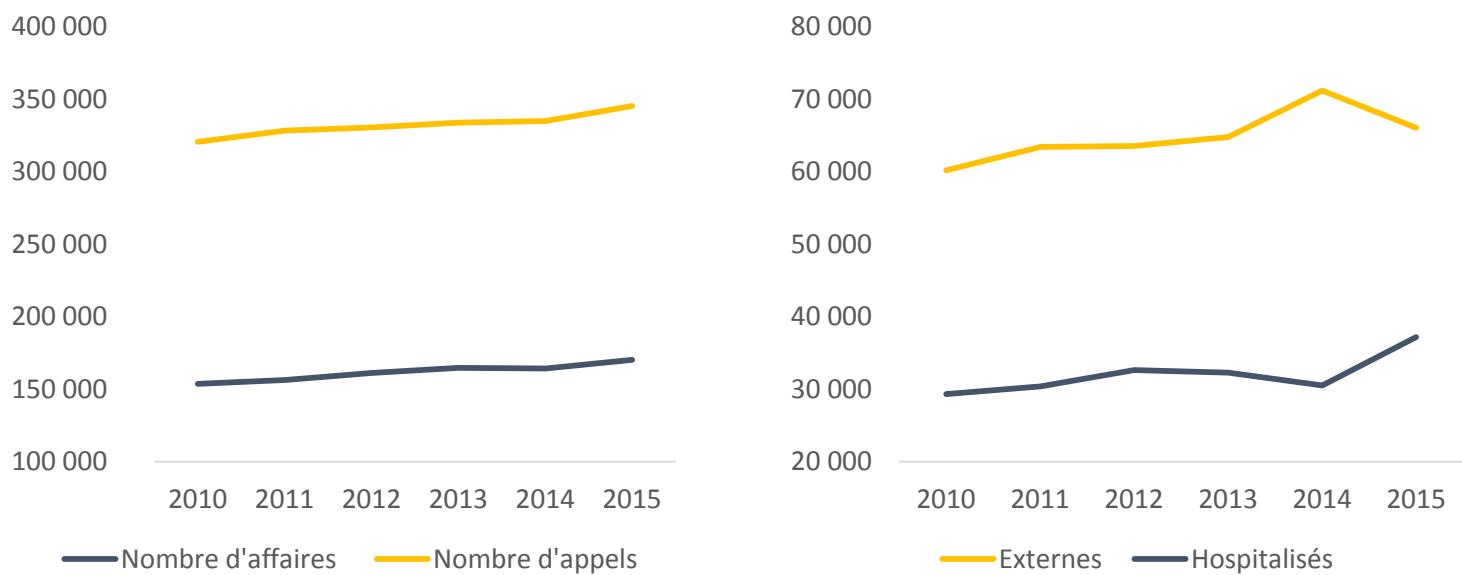


Si l'on s'intéresse uniquement aux urgences adultes, le CHU de Rouen est le premier service du département avec plus de 115 000 passages par an.



En terme d'évolution, le volume d'activité est en augmentation constante sur les 5 dernières années. On compte ainsi +11% du nombre d'affaires traitées par le SAMU et +8% du nombre d'appels. Le ratio d'affaires / appel est passée de 47,9% en 2010 à 49,2% en 2015 (+1,5 points).

De même, le nombre de passages externes aux urgences a augmenté de 9,7% sur 5 ans et celui des hospitalisations de 27%. Le taux d'hospitalisation est quant à lui passé de 32,7% en 2010 à 36% en 2015. Ce taux est globalement cohérent par rapport à d'autres établissements comparables.

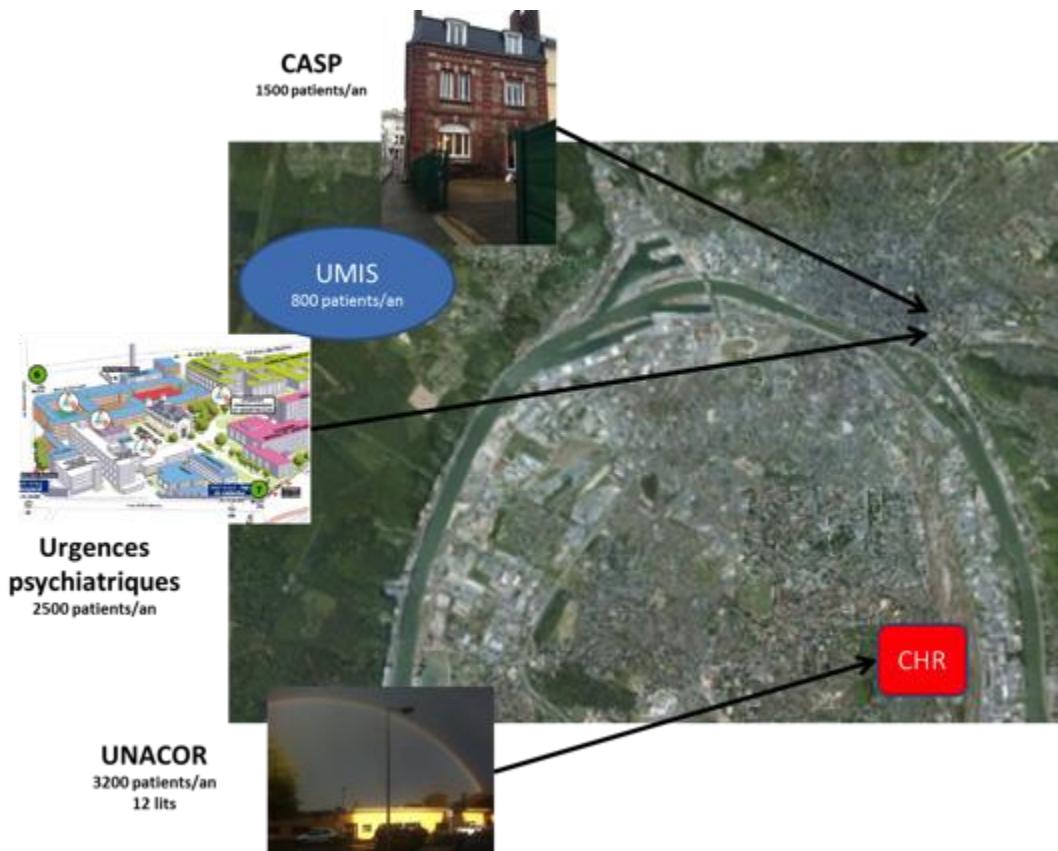


Activité du SAMU Centre 15 de Rouen – Rapport d'activité

Nombre de passages aux urgences du CHU – Rapport d'activité

En ce qui concerne le CH du Rouvray, le service de soins psychiatriques non programmés est composé d'une unité mobile pluridisciplinaire intersectorielle de suicidologie (UMIS) qui gère 800 patients par ans et de 3 structures d'accueil :

- Les urgences psychiatriques du Rouvray
- Le Centre d'Accueil et de Soins Psychiatrie (CASP)
- L'Unité d'Accueil et d'Orientation (UNACOR)

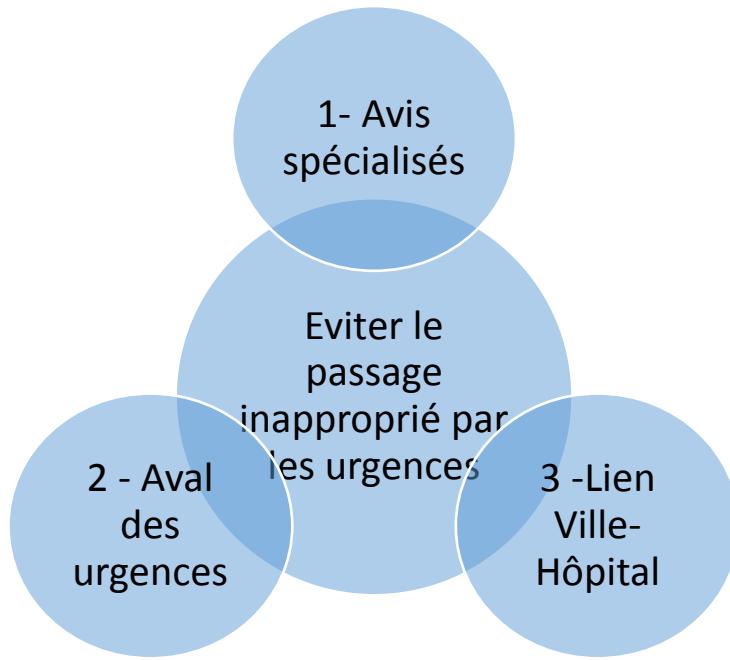


Organisation et fonctionnement

	Positif	Négatif
Interne (Etablissements du GHT)	<u>Forces :</u> Coopération entre CHU et Neufchâtel Offre de consultations non programmées sur Neufchâtel Fonctionnement satisfaisant des urgences psychiatriques Convention de transport des patients présentant des troubles psychiatriques Accès directs aux prises en charges spécialisées d'urgence (SOS Main) Effectif médical au SAMU	<u>Faiblesses :</u> Le passage par les Urgences est la porte d'entrée obligée pour des avis spécialisés ou l'accès au plateau technique (hors SOS main) Accès téléphonique au CHU (avis spécialisés) Temps d'attente inégaux sur le territoire pour des consultations psychiatriques Echanges d'informations Accès aux lits d'aval Le numéro du senior est lié parfois aux internes
Externe (Environnement)	<u>Opportunités :</u> Meilleure communication des résultats d'imagerie entre les établissements Meilleure gestion des flux des patients pris en charge en urgence Profiter de l'expérience du modèle du CH de Neufchâtel	<u>Menaces :</u> Baisse du nombre de consultations non programmées par les médecins de ville Démographie médicale en libéral

Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge

L'objectif général de la filière est de limiter le passage par les urgences lorsqu'une réponse plus adaptée peut être proposée au patient. Au travers de cette filière l'ambition est également de favoriser les relations entre les établissements du GHT mais aussi avec la ville, pour les avis spécialisés et les transferts de patients : mode de communication, connaissance de l'offre de chacun, confiance, etc.



Axes prioritaires de la filière urgences - Synthèse

Au sein du GHT Rouen Cœur de Seine, quatre établissements sont à même de traiter des urgences : le CHU de Rouen, le CH Belvédère, le CH du Rouvray et le CH Neufchâtel-en-Bray.

Dans un contexte de difficulté d'accès aux soins, le service des urgences du CHU de Rouen est engorgé et le nombre de passages ne cesse d'augmenter d'année en année (+10% en 5 ans). En l'absence de solution plus appropriée ou organisée, l'orientation des patients vers les urgences est quasi-systématique. Ce recours important aux services d'urgences amène souvent à des situations de tension pour les patients et les professionnels.

Ainsi, l'objectif principal de la filière urgences du GHT Rouen Cœur de Seine est d'améliorer la qualité du service rendu au patient, en travaillant sur trois leviers.

Le premier consiste à faciliter l'accès aux avis spécialisés. En effet, en facilitant l'accès direct pour les professionnels à un avis spécialisé dans chaque service, le passage de certains patients par les urgences pourra être évité. Ceci permettra d'épargner aux patients le stress lié à cette orientation inappropriée mais aussi de soulager le travail des urgentistes qui pourront se concentrer sur des situations plus critiques. Cela rendra aussi possible l'orientation du patient diagnostiquée directement vers le bon service, tout en raccourcissant les délais de prise en charge.

Le second levier porte sur une meilleure organisation de l'aval des urgences. Une première proposition, pour fluidifier l'aval des urgences pendant les situations de crise, concerne l'organisation. L'objectif est de construire une réponse de GHT aux situations de crise en élargissant le dispositif actuel d'Hôpital en Tension (HET) à un dispositif d'Hôpitaux en Tension. Ce dispositif vise à apporter une réponse adaptée aux situations de crise rencontrées par les établissements partenaires. La seconde proposition touche à l'orientation post-urgences. Celle-ci doit être fluidifiée et optimisée, par exemple en travaillant sur la qualité de la communication, la répartition des flux d'ambulances ou encore la réussite des sorties vers le domicile et les établissements.

Enfin, le troisième axe de travail vise à favoriser le lien ville-hôpital, principalement en s'appuyant sur le développement des organisations pluriprofessionnelles ambulatoires et plus particulièrement le développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Par ailleurs, un travail sur l'amélioration des échanges avec les établissements médico-sociaux du territoire sera mené pour orienter au mieux les personnes venant de ces établissements vers les structures de prise en charge en urgence les plus appropriées au motif de recours.

En conclusion, le projet médico-soignant partagé de la filière urgences du GHT a l'ambition de poursuivre progressivement des objectifs d'amélioration du service rendu aux patients (qualité, sécurité, délais de prise en charge) et de la qualité de vie des professionnels (meilleur soutien dans les situations complexes, amélioration de la communication entre professionnels) : en fluidifiant les contacts entre professionnels, en prévenant les situations de crise, ou encore en participant au développement d'alternatives au passage quasi-systématique par les services d'urgences.

Telles sont les clés d'une filière urgences efficiente et fluide pour le GHT « Rouen Cœur de Seine ».

Axe n°1 Faciliter l'accès aux avis spécialisés

Projet 1.1 Eviter le passage systématique par les urgences

Contexte :

- Service des urgences engorgé : le nombre de passages ne cesse d'augmenter.
- Retard de prise en charge.
- Orientation quasi-systématique des patients vers les urgences.
- Difficulté d'accès aux soins.
- Circuits/procédures d'admissions directes dans les services de spécialité non définis
- Habitude de s'orienter vers les urgences lorsqu'il n'y a pas de solution organisée
- Inconfort des patients, plaintes, réclamations.

Objectifs :

- Améliorer la qualité du service rendu au patient.
- Désengorger les urgences.
- Orienter le patient diagnostiquée vers le bon service, sans passer par les urgences : préciser quel patient et quel type de prise en charge (document type de prise en charge)
- Offrir une offre alternative aux urgences
- Faciliter l'accès à une expertise, à un avis spécialisé, dans chaque service.
- Faciliter et définir les filières d'accès aux services.
- Raccourcir les délais de prise en charge en urgence.
- Sensibiliser l'ensemble des services aux problématiques des services d'urgence.
- Clarifier le circuit de prise en charge en urgences, de la prise en charge aux urgences.

Chantiers :

- A. Identifier et organiser des filières d'admissions directes dans les services de spécialités.
- B. Mettre en place une charte de bonnes pratiques entre les services de spécialités et les établissements du GHT
- C. Mener une politique de revue des événements indésirables des admissions non programmées au sein du GHT.
- D. Après avis spécialisé, mettre en place un accès rapide aux examens en urgence pour les patients des établissements du GHT.

A/Identifier et organiser des filières d'admissions directes dans les services de spécialités.

Actions à développer :

- Réaliser un état des lieux des filières spécialisées (type SOS mains et AVC).
- Identifier les bonnes pratiques.
- Identifier les filières qui pourraient être organisées de cette façon.

B/ Mettre en place une charte de bonnes pratiques entre les services de spécialités et les établissements du GHT

Actions à développer :

- Rédiger la charte, à intégrer :
 - Accès aux avis spécialisés
 - Transfert et suivi de l'information (imagerie, biologie, conditions de vie, personne de confiance, traitements...)
 - Réponses des établissements du GHT lorsque l'hospitalisation n'est pas préconisée et le retour à domicile n'est pas possible.
 - Conditions de retour en établissement (questions logistiques)
- Mettre en place la charte.
- Auditer les pratiques.

C/ Mener une politique de revue des événements indésirables des admissions non programmées au sein du GHT.

Actions à développer :

- Réaliser un état des lieux (enquête satisfaction passages aux urgences, pratiques des différents établissements, présence de CREX)
- Définir la liste des événements indésirables (organisation entre les établissements du GHT).
- Etablir une fiche de déclaration d'événements indésirables entre établissements du GHT.
- Identifier un interlocuteur privilégié dans la démarche qualité. (Droits du patient)
- Analyse des événements indésirables.

D/ Après avis spécialisé, mettre en place un accès rapide aux examens en urgence pour les patients des établissements du GHT.

Projet 1.2 : Identifier au sein du CHU des interlocuteurs pour permettre un accès rapide aux avis et aux consultations spécialisées

Contexte :

- Chaque service a sa propre organisation.
- Déploiement des DECT en cours au CHU de Rouen.
- Dans certains services : le n° de téléphone portable du médecin senior est communiqué aux autres hôpitaux.
- Les n° de téléphone portable ne sont pas toujours seniorisés.
- La seniorisation du n° n'est pas suffisante car le senior est parfois indisponible. Parfois, le même médecin assure la réponse au bip et au téléphone portable. Lorsque celui-ci est occupé, pas de réponse dans l'immédiat.

- Au CH de Darnétal : les patients peuvent être accueillis à tout moment. Un interne est présent sur place 24h/24. De 8h30 à 18h30, un médecin est sur place. La nuit, un senior est d'astreinte.
- Au CH de Neufchâtel-en-Bray : une permanence médicale est assurée 24h/24.
- Il existe dans certains services, des créneaux de prise en charge rapide accessibles aux établissements du GHT. Dans d'autres services, les créneaux sont dédiés aux arrivées des patients des urgences et il semble difficile de libérer des créneaux supplémentaires à l'heure actuelle.

Objectifs :

- Pour éviter l'absence de réponse, assurer dans chaque service une réponse seniorisée.
- Graduer une cascade des solutions de réponse.
- Travailler sur la diffusion des n° directs.

Chantiers :

- A. Renforcer l'usage du n° de téléphone unique pour joindre les seniors des services, communiquer ces numéros.
- B. Identifier les organisations mises en place dans chaque service pour prendre en charge le non-programmé.
- C. Evaluer le dispositif
- D. Intégrer des solutions de prise en charge rapide dans les programmes des consultations

A/ Renforcer l'usage du n° de téléphone unique pour joindre les seniors des services, communiquer ces numéros.

Actions à mettre en œuvre :

- Faire un état des lieux des organisations de tous les services de spécialité :
 - Existe-t-il un numéro de téléphone portable unique pour les demandes d'avis extérieures ?
 - Est-il seniorisé ?
 - Quelle est l'amplitude horaire de réponse?
 - A qui et comment ce numéro est-il communiqué ?
 - Quelle organisation le service a-t-il mise en place pour assurer une permanence de la réponse téléphonique ?
- Faire un point sur le déploiement des DECT au sein du CHU (accessibles de l'extérieur)
- Mettre à jour annuellement et communiquer les numéros via internet, le standard, une plaquette papier, le Conseil de l'Ordre.

Pour permettre d'apporter une réponse, même en cas d'indisponibilité, idée d'une plateforme spécialisée pour répondre aux interlocuteurs internes et externes. Celle-ci pourrait par exemple préciser le moment préférentiel pour rappeler ou le délai de réponse du spécialiste. Ce modèle de plateforme fonctionne bien pour la gériatrie (plateforme des parcours complexes).

B/ Identifier les organisations mises en place dans chaque service pour prendre en charge le non-programmé.

Actions à mettre en œuvre :

- Faire un état des lieux, dans chaque service :
 - Y a-t-il dans le service un référent non-programmé pour les hospitalisations ?
 - Quelle réponse apporter en cas de nécessité d'hospitalisation mais d'absence de disponibilité de lits ?

C/ Evaluer le dispositif

Actions à mettre en œuvre :

- Signalement des événements indésirables, à mener par tous
- Réaliser un CREX annuel (cf. partage avec le CH du Rouvray pour l'addictologie)
- Faire une enquête annuelle de satisfaction à envoyer aux responsables de structures

Ce chantier sera travaillé en lien avec le groupe qualité du GHT (pilote : Anne Thierry, CHU Rouen).

D/ Intégrer des solutions de prise en charge rapide dans les programmes de consultations

Actions à mettre en œuvre :

- Faire un état des lieux dans les services du CHU de Rouen :
 - Que propose le service pour offrir une prise en charge rapide en consultation pour les patients n'arrivant pas des urgences, dans un délai adapté au motif de recours ?
- Dans chaque service, étudier la possibilité d'intégrer des filières d'urgence (exemples de la filière AVC ou du SOS mains).

Axe n° 2 : Mieux organiser l'aval des urgences

Projet 2.1 : Construire une réponse de GHT aux situations de crise

Contexte :

- Le coordonnateur des soins des établissements du GHT reçoit l'information d'HET par email et parfois par téléphone. La Direction de l'établissement est mise dans la boucle également.
- L'établissement informe le CHU des lits disponibles : médecine, SSR.
- Le dispositif HET n'est pas bien connu par les partenaires (différents niveaux).
- Les hôpitaux partenaires rencontrent aussi des situations de crise (ex: épidémies).
- Les données patient ne suivent pas toujours le patient.

Objectifs :

- Mieux faire connaître le dispositif d'Hôpital en Tension (HET) et améliorer la diffusion de l'information entre les établissements du GHT sur les situations de crise.
- Améliorer la qualité des informations concernant le patient données aux établissements partenaires.
- Mieux faire connaître aux autres établissements du GHT, les capacités et compétences présentes dans les hôpitaux partenaires pour l'accueil des patients.
- Apporter une réponse adaptée aux situations de crise rencontrées par les établissements partenaires.

Chantiers :

- A. Travailler à un dispositif Hôpitaux En Tension du GHT
- B. Mettre en place un document formalisé de gestion de crise, travaillé en partenariat
- C. Pour optimiser l'orientation des patients en situation de crise, mettre en place un support de communication pour mieux faire connaître les établissements du GHT aux équipes des urgences du CHU
- D. Mettre en place des circuits spécifiques en situation de crise (ex : circuit grippe)

A/ Travailler à un dispositif Hôpitaux En Tension du GHT (HET)

Actions à développer :

- Définir les situations de crise
- Diffusion d'un point de situation quotidien suite aux réunions HET vers les établissements du GHT
- Disposer d'une vision partagée sur les lits disponibles de l'ensemble du GHT
- Présentation par la Direction des Soins du CHU du dispositif HET à la Commission de soins de territoire
- Etudier la déclinaison du dispositif HET dans les établissements du GHT

B/ Mettre en place un document formalisé de gestion de crise, travaillé en partenariat

Actions à développer :

- En plus de l'appel téléphonique du médecin senior des urgences au médecin de l'établissement, transmettre l'observation patient.

C/ Pour optimiser l'orientation des patients en situation de crise, mettre en place un support de communication pour mieux faire connaître les établissements du GHT aux équipes des urgences du CHU

Actions à développer :

- Chaque établissement rédige une fiche (trame commune) comprenant : permanence médicale et soignante (organisation du dispositif, horaires et n°), nombre de lits, équipes en place, horaires, PT, nb kilomètres, biologie, imagerie... à remettre aux équipes des urgences. S'il existe, à ajouter au livret de l'interne.
- Déployer l'usage des checklists

D/ Mettre en place des circuits spécifiques en situation de crise (ex : circuit grippe)

Actions à développer :

- Etudier l'orientation des patients âgés pour les suspicions de grippe.
- Itinéraires fléchés : pour orienter les patients à leur arrivée aux urgences.
- Dans les situations difficiles, faciliter l'accès aux tests rapides de diagnostic de la grippe.

Projet 2.2 : Fluidifier et optimiser l'orientation post-urgences

Contexte :

- Horaires de retour des patients parfois difficile pour l'organisation
- Condition des patients venant des urgences

Objectifs :

- Améliorer l'orientation des patients
- Faire valider les sorties par un médecin senior

Chantiers :

- A. Faciliter la communication : portail SI pour accéder à la biologie, l'imagerie... (en lien avec l'axe communication/information)
- B. Etudier les flux des transferts en ambulance pour voir si une meilleure répartition serait possible et éviter les reports de transferts.
- C. Mieux réussir les sorties depuis les urgences vers le domicile, les établissements

A/ Faciliter la communication : portail SI pour accéder à la biologie, l'imagerie... (en lien avec l'axe communication/information)

Ce chantier sera développé par le groupe transversal communication / système d'information.

B/ Etudier les flux des transferts en ambulance pour voir si une meilleure répartition serait possible et éviter les reports de transferts. (en lien avec le groupe transport)

Ce chantier sera développé par le groupe transport de la DAHLIB du CHU.

C/ Mieux réussir les sorties depuis les urgences vers le domicile, les établissements

Actions à développer :

- Améliorer la transmission des documents de sortie (comptes rendus de passage aux urgences, conclusions et résultats biologiques)

Ce chantier sera traité en lien avec la filière personnes âgées du GHT.

Axe n°3 : Favoriser le lien ville-hôpital

Projet 3.1 : S'appuyer sur le développement des organisations pluriprofessionnelles ambulatoires

Contexte :

- Difficultés croissantes d'accès aux soins
- Isolement des professionnels et cloisonnement des professions
- Rémunérations non incitatives (paiement à l'acte) et statuts contraignants
- Formations professionnelles inadaptées (ceci est lié au cloisonnement des formations initiale et continue pour les professionnels médicaux et paramédicaux)
- Affirmation d'une politique nationale de développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) (objectif de tripler le nombre de MSP en France)
- Réseau important de MSP sur le Pays-de-Bray
- Peu de lisibilité sur l'organisation et le fonctionnement des professionnels libéraux sur le territoire
- Appel à projet en cours sur les plateformes territoriales d'appui qui cherchent à coordonner et à rationaliser les actions et les connaissances des acteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux sur un territoire

Objectifs :

- Mieux connaître l'offre actuelle en équipes de soins primaires (type MSP) sur le territoire du GHT
- Passer d'un système d'offre d'actes de soins à un dispositif coordonné de parcours de santé
- Favoriser un exercice mixte ville-hôpital
- Développer la pluriprofessionnalité
- Utiliser un SI communiquant et producteur de données
- Développer l'e-santé
- Harmoniser les pratiques professionnelles (à l'hôpital et en ville)
- Décloisonner l'hôpital et la médecine de ville.
- Mieux se connaître, partager les attentes et les contraintes.
- Faciliter l'échange d'information et la communication entre les acteurs hospitaliers et libéraux

Chantiers :

- A. Faire un diagnostic de l'offre en équipes de soins primaires (type MSP) sur le territoire du GHT, contacter et s'appuyer sur ces équipes pour développer l'offre actuelle
- B. Faire converger les travaux des GHT avec ceux des recompositions territoriales en cours (CPTS= Communauté Professionnelle Territoriale de Santé / PTA = Plateforme Territoriale d'Appui) autour des parcours complexes et des entrées-sorties d'hospitalisation.
- C. Décloisonner les formations initiales et continue des professionnels
- D. Repenser l'offre hospitalière de proximité dans son territoire
- E. Développer des projets communs et passerelles ville-hôpital

F. Faciliter l'échange d'information et la communication entre les acteurs hospitaliers et libéraux

A/ Faire un diagnostic de l'offre en équipes de soins primaires (type MSP) sur le territoire du GHT, contacter et s'appuyer sur ces équipes pour développer l'offre actuelle

Actions à développer :

- Recenser l'offre en s'appuyant sur les CPTS existants, cartographier
- Communiquer le diagnostic au sein du GHT, aux élus et aux usagers.
- Rencontrer les équipes médicales et paramédicales, faire du lien

B/ Faire converger les travaux du GHT avec ceux des recompositions territoriales en cours (CPTS = Communauté Professionnelle Territoriale de Santé / PTA = Plateforme Territoriale d'Appui) autour des parcours complexes et des entrées-sorties d'hospitalisation.

Action à développer :

- Rencontrer les équipes de la CPTS.

C/ Décloisonner les formations initiales et continue des professionnels

Actions à développer :

- Travailler avec les instituts de formation (Université de Rouen) pour proposer l'éventualité d'un module supplémentaire par exemple.
- Organiser des moments de rencontres entre les étudiants et les équipes hospitalières.
- Proposer des formations en inter-établissement.
- Actions à mener en lien avec le groupe formation du GHT.

D/ Repenser l'offre hospitalière de proximité dans son territoire

Actions à développer :

- Faire un benchmark des expérimentations en cours sur le territoire national.
- Définir et cartographier l'offre de soins cible sur le territoire (Hdj, plateaux techniques et compétences présents sur place, ...) en fonction des besoins.

E/ Développer des projets communs et passerelles ville-hôpital

Actions à développer :

- Développer les projets de conciliations médicamenteuses (en lien avec le PMSP de la filière pharmacie)
- Développer les projets d'éducation thérapeutique ville-hôpital
- Favoriser des stages mixtes (pour les étudiants en formation, entre la ville et l'hôpital)
- Sortir des murs et aller à la rencontre des médecins libéraux (forme à définir)

F/ Faciliter l'échange d'information et la communication entre les acteurs hospitaliers et libéraux

Actions à développer :

- Elargir la communication au-delà des interlocuteurs habituels (libéraux n'adressant actuellement pas de patients dans les établissements du GHT)
- Mise en place d'une messagerie internet sécurisée (projet DSi CHU)
- Améliorer la transmission des documents de sortie (comptes rendus de passage aux urgences, conclusions et résultats biologiques)

Projet 3.2 : Améliorer les échanges avec les établissements médico-sociaux

Contexte :

- Des outils de transmission d'informations existent depuis les établissements médico-sociaux vers les urgences : fiche de transfert (traitements en cours, antécédents, habitudes de vie), directives anticipées, bilans, compte-rendu opératoires (transmis à la demande du médecin).
- Les logiciels "résidents" qui permettent d'avoir accès aux informations patient sont différents selon les établissements.
- Des procédures existent et diffèrent également.
- Selon les établissements, les organisations sont différentes sur la permanence des soins et sur la prise en charge la nuit.
- Par exemple au CH de Neufchâtel, fonctionnement avec le CPSP (Centre de Premier Soins de Proximité).
- Des conventions existent entre les établissements et service de transport en urgence.
- Pas de présence médicale et infirmière la nuit dans les EHPAD autonomes.
- Les urgences la nuit sont régulées et orientées par le 15.

Objectifs :

- Orienter au mieux les personnes venant des établissements médico-sociaux vers les structures d'urgence les plus appropriées.
- Faciliter l'accès aux fiches de liaison / volets médicaux de santé en EHPAD, structure de handicap.
- Harmoniser et systématiser le transfert d'informations entre établissement et service d'urgence.

Chantiers :

- A. Etablir la cartographie des établissements qui peuvent recevoir de l'urgence (recenser les interlocuteurs).
- B. Pérenniser et mutualiser dans les EHPAD isolés la compétence infirmière, formée aux situations d'urgence.
- C. Améliorer la transmission des informations entre l'hôpital et les établissements médico-sociaux

A/ Etablir la cartographie des établissements qui peuvent recevoir de l'urgence (recenser les interlocuteurs).

B/ Pérenniser et mutualiser dans les EHPAD isolés la compétence infirmière, formée aux situations d'urgence.

C/ Améliorer la transmission des informations entre l'hôpital et les établissements médico-sociaux

Actions à développer :

- Etablir une checklist de transfert à systématiser et informatiser (parfois fiche papier).
- Améliorer la transmission des spécificités lors de la prise en urgences des personnes en situation de handicap.

Filière Pharmacie

Les missions de la PUI sont les suivantes (Art. L. 5126-1) :

- 1) D'assurer la **gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires** définis à l'article L. 5121-1-1, et d'en assurer la qualité.
- 2) De **mener toutes actions de pharmacie clinique**, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de **concourir à la qualité des soins**, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient.
- 3) D'entreprendre **toutes actions d'information aux patients et aux professionnels de santé** sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles mentionnée à l'article L. 6111-2.

Organisation et fonctionnement actuel

Les forces et les faiblesses de la filière ont été synthétisées dans la matrice SWOT suivante :

	<u>Positif</u>	<u>Négatif</u>
Interne (Etablissements du GHT)	<u>Forces :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Activité gériatrique prédominante • PUI : activité autorisée au sein des 9 établissements • Missions communes au sein des 9 PUI • Participation des pharmaciens à de nombreux groupes de travail transversaux: pilote de processus dans la démarche de certification, COMEDIMS, CLUD, CLIN... • Acteurs qui se connaissent et ont travaillé ensemble (CEGAR, atelier APHO, HACOM) • Habitude de travail inter disciplinaire • Projet ARS de conciliation de sortie : RMSortie • Conventions existantes (stérilisation, préparations hospitalières, ...) • Présidence ou vice-présidence de CME de quelques pharmaciens (4/9) 	<u>Faiblesses</u> <ul style="list-style-type: none"> • Diversité des organisations pharmaceutiques • Hétérogénéité des comedims • Systèmes d'information différents • Difficulté de remplacement de certains pharmaciens • Petite taille de certaines équipes et difficulté de réaliser toutes les missions • Recrutement et formation des préparateurs • Faible participation à des programmes d'éducation thérapeutique • Eloignement et dispersion géographiques
Externe (Environnement)	<u>Opportunités :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Développer la pharmacie clinique • Développer un livret du médicament et des dispositifs médicaux commun • Sécuriser le circuit du médicament notamment par une automatisation de la préparation des doses à administrer • Développer une politique qualité de la PECM commune en lien avec les Responsables qualité • Organiser un approvisionnement commun • Sécuriser et coordonner l'activité de rétrocession dans une démarche territoriale • Partager des compétences (conciliation, formation, gestion documentaire, ...) 	<u>Menaces :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fermeture des PUI • Contraintes budgétaires • Diminution de la présence des pharmaciens et préparateurs en proximité des équipes médicales et soignantes • Perte de qualité des prestations pharmaceutiques • Peur liée au changement

Objectifs et ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge

- Développer la pharmacie clinique
- Développer un livret du médicament et des dispositifs médicaux commun
- Sécuriser le circuit du médicament notamment par une automatisation de la préparation des doses à administrer
- Développer une politique qualité de la PECM commune en lien avec les Responsables qualité
- Organiser un approvisionnement commun et participer à la performance des achats
- Sécuriser et coordonner l'activité de rétrocéssions
- Partager des compétences (conciliation, formation, gestion documentaire, ...)
- Participer à la convergence du système d'information

Axe 1 : Développer la pharmacie clinique

La pharmacie clinique est une discipline pharmaceutique et un mode d'exercice de la pharmacie, en établissement de santé et à l'officine, qui permet aux pharmaciens :

- D'optimiser les choix thérapeutiques, la dispensation et l'administration des médicaments au patient en réalisant des interventions pharmaceutiques
- De formuler des avis pharmaceutiques pour l'équipe médicale et para médicale
- De favoriser par le conseil au patient, la compréhension et l'observance du traitement.

Ces activités auprès du patient et des autres professionnels concourent à optimiser les traitements et à éviter les accidents iatrogènes.

Discipline en pleine évolution, la pharmacie clinique conforte le pharmacien dans ses activités de pharmacothérapie, procédant de ses connaissances et de son expérience sur les produits de santé dont il est le spécialiste au sein des professionnels de santé. Cette discipline renforce la sécurité de la prescription, permet d'optimiser la prise en charge d'un point de vue thérapeutique et d'en maîtriser le coût.

Projet 1.1 : Développer l'analyse pharmaceutique et la revue de médication

Projet 1.2 : Développer la conciliation d'entrée et de sortie

Projet 1.3 : Participer ou développer des programmes d'éducation thérapeutique

Axe 2 : Développer une politique qualité commune de la Prise en charge Médicamenteuse

Projet 2.1 : Développer un livret commun du médicament et des dispositifs médicaux

Projet 2.2 : Organiser un approvisionnement commun

Projet 2.3 : Automatiser la préparation des doses à administrer

Projet 2.4 : Organiser la permanence pharmaceutique

Projet 2.5 : Sécuriser et coordonner l'activité de rétrocéssions

Projet 2.6 : Participer à la convergence du système d'information

Projet 2.7 : Partager les compétences entre équipes pharmaceutiques et interdisciplinaires

Axes prioritaires de la filière pharmacie - Synthèse

Le projet pharmaceutique fait partie intégrante du projet médico-soignant du GHT Rouen Cœur de Seine.

Un premier volet s'appuie sur les missions de la pharmacie à usage intérieur définies dans le code de la santé publique, art L 5126-1 et tout particulièrement sur le développement de la pharmacie clinique, à travers la conciliation d'entrée et de sortie, l'analyse pharmaceutique et la revue de médication.

Le deuxième volet est centré sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients du GHT à travers la mise en œuvre d'une politique qualité commune. Celle-ci se décline dans l'organisation d'approvisionnement commun, le partage d'un livret du médicament convergent, l'étude d'une automatisation de la préparation des doses à administrer.

Il est construit en interdisciplinarité avec les acteurs du projet clinique, au plus près des patients. Il nécessite un système d'information convergent permettant un partage d'information sécurisé.

Ce projet de coopérations se veut efficient, apportant sécurité et qualité à la prise en charge médicamenteuse des patients.

Axe n°1 : Développer la pharmacie clinique

Projet 1.1 : Développer l'analyse pharmaceutique et la revue de médication

Constats : un projet déjà écrit à déployer sur le GHT

L'analyse des prescriptions s'effectue sur un plan réglementaire et pharmaco-thérapeutique. Sur le plan réglementaire, l'analyse consiste à vérifier que rien n'interdit la délivrance des médicaments prescrits. L'informatisation des prescriptions facilite l'obtention des items réglementaires. L'analyse pharmaceutique est effectuée en fonction des moyens humains disponibles à la PUI et des priorités identifiées en matière d'analyse. L'analyse pharmaco-thérapeutique consiste à vérifier à minima, la posologie, les interactions médicamenteuses, les rythmes d'administration, les incompatibilités physico-chimiques, l'adéquation avec la présentation commerciale prescrite et à émettre des conseils de bon usage aux patients.

L'historique médicamenteux peut, entre autre, aider à la recherche éventuelle d'équivalents thérapeutiques.

La traçabilité de l'analyse est assurée et sa validation est effectuée compte tenu des éléments raisonnables disponibles. Toute intervention pharmaceutique (IP) visant à optimiser ou sécuriser le traitement du patient est tracée (SFPC).

Le projet « RMSAGE » (Revue de Médication Sujet Agé) présenté par 4 établissements du GHT à la DGOS en 2016 reflétait la volonté portée par les CHU Rouen, CH Darnétal, CH Neufchâtel, associés au CLCC Henri Becquerel, de déployer une stratégie commune de pharmacie clinique, la dynamique devra être reprise et déployée sur les filières du GHT.

Objectifs :

- Former les professionnels du GHT
- Harmoniser les pratiques professionnelles
- Couvrir l'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du GHT
- Transmettre les revues de médication aux professionnels

A/ Couvrir l'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du GHT

Existant :

L'analyse pharmaceutique est déployée à des échelles diverses au sein du GHT, en fonction des moyens alloués et des logiciels en place.

Actions à développer :

- Suivre l'évolution et les freins au développement de l'analyse pharmaceutique sur chaque site
- Mettre en place des indicateurs de suivi de l'analyse pharmaceutique et de sa traçabilité

B/Formér les professionnels du GHT à la revue de médication

Actions à développer :

- Mise à jour des services déployant la revue de médication
- Partage d'expérience sur sites
- Formation sur les outils : start and stop, MPI, par exemple

- Suivi et revues des Interventions pharmaceutiques du GHT

Projet 1.2 : Développer la conciliation médicamenteuse

Constats :

La conciliation des traitements médicamenteux, est une activité émergente en France depuis 2010. Elle conforte les exigences portées par la réglementation actuelle en matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses, potentiellement iatrogènes, en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition de son parcours de soins. Elle renforce le processus de réévaluation des traitements en cours du patient. Elle contribue à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts associés à l'iatrogénie médicamenteuse.

Un projet RMSORTIE (Revue de médication de sortie) porté par le GHT en 2016 a été retenu par l'ARS Normandie. Ce projet fait partie intégrante du projet médico-pharmaceutique du GHT.

Objectifs :

- Former les professionnels du GHT
- Harmoniser les pratiques professionnelles
- Transmettre les conciliations aux professionnels extérieurs : médecins et pharmaciens de ville lors de retour à domicile, établissements lors de transferts vers des établissements du GHT.
- Sécuriser la transmission d'information, via la messagerie sécurisée en santé.

Chantiers :

A/Formér les professionnels du GHT à la conciliation médicamenteuse

B/Couvrir l'ensemble des lits de gériatrie en termes de conciliation

A/Formér les professionnels du GHT à la conciliation médicamenteuse

Existant :

Un pharmacien du CHU Rouen a été formé à la conciliation (FormaConcil®) sous l'égide de l'OMEDIT et formera ensuite les pharmaciens de la région, ainsi que les internes et externes de pharmacie.

Actions à développer :

- Mise à jour des services déployant la conciliation et des personnes formées
- Calendrier des séances de formation à Formaconcil 2017-2018
- Partage d'expérience sur sites
- Calendrier de mise en œuvre du projet

B/ Couvrir l'ensemble des lits de gériatrie en termes de conciliation

Existant :

Les établissements bénéficient d'une expérience forte de conciliation et analyse pharmaceutique : Médecine polyvalente et Gériatrie (CHU Rouen), 95% des lits SSR (CH Darnétal), 70% des lits MCO (CLCC). Le CHU Rouen a mené des travaux sur l'iatrogénie médicamenteuse aux Urgences, est impliqué dans plusieurs projets nationaux avec recrutement d'un assistant spécialiste : PREPS MEDREV (CHU Nîmes) ; Indicateur de risque iatrogène médicamenteux (CHU Toulouse) ; appel à projet Iatrogénie médicamenteuse (ANSM) ; co-impliqué avec le CLCC au PREPS PRISM CARE (CHU Lyon) et IATTRIGER (Gustave Roussy). L'ensemble a abouti à de nombreux travaux scientifiques et thèses. La diversité des établissements, leurs expériences et compétences synergiques enrichiront le déploiement de ce projet.

Actions à développer :

- Mise à jour des services déployant la conciliation et des personnes formées
- Calendrier des séances de formation à Formaconcil 2017-2018
- Partage d'expérience sur sites
- Calendrier de mise en œuvre du projet RMSAGE et RMSORTIE à reprendre

Projet 1.3 : Participer ou développer des programmes d'éducation thérapeutique

Constats :

Il est nécessaire de traiter chaque patient en lui donnant des informations utiles sur les médicaments qui lui sont dispensés et en l'éclairant sur le contenu de l'ordonnance de sortie (Vinson MC, 1993). La qualité des informations que le patient peut ensuite obtenir, s'il fait cette démarche, est liée à son niveau socioculturel (Wallace LS, 2004) et la nature et la qualité des informations obtenues sont bien souvent jugées non satisfaisantes (Maywald U, 2004). Dans les hôpitaux français, il a été montré que le niveau de connaissance des traitements du patient sortant était insuffisant (Patris-Vandesteeene, 2002). Or l'implication du pharmacien dans l'information du patient sortant de l'établissement de santé améliore les connaissances de ce dernier. Elle favorise l'observance, diminue le taux de réadmissions et réduit la polymédication (Kaboli PJ, 2006).

L'activité d'information pharmaceutique est appelée « conseil au patient » et est rendue obligatoire par le code de la santé publique (**R.4235-48 du CSP**)

Objectifs :

- Evaluer les besoins
- Former les professionnels du GHT
- Développer un programme sur la PEC médicamenteuse du sujet âgé
- Assurer une pérennité des actions entreprises

Existant :

Un projet d'éducation thérapeutique est en cours au CHDL, avec une équipe formée ou/et en cours de formation.

Actions à développer :

- Travailler avec les gériatres pour évaluer le besoin
- Former des équipes
- Monter ou participer à un programme

Axe n°2 : Développer une politique qualité commune de la Prise en charge Médicamenteuse

Projet 2.1 : Développer un livret commun du médicament et des dispositifs médicaux (DM)

Constats :

Chaque établissement du GHT a élaboré ses livrets du médicament et des DM ; ils sont donc différents

Objectifs :

- Travailler avec les prescripteurs et les soignants
- Harmoniser les outils de prescription
- Harmoniser les pratiques professionnelles
- Préparer un projet d'approvisionnement commun

Chantiers :

A/Organiser un comedims de GHT

B/Mener un travail avec le groupe SIH sur le référencement sur I-cpage

A/Organiser un comedims de GHT

Existant :

9 comedims, des sujets divers, des organisations diverses, de nombreux outils (protocoles, EPP) qui peuvent être partagés.

Actions à développer :

- Organiser une réunion annuelle de comedims éventuellement par filière
- Comparer nos outils et les présenter en séance
- Préparer un référencement commun des médicaments

B/ Mener un travail avec le groupe SIH sur le référencement sur I-cpage

Existant :

- 8 établissements du GHT utilisent CPage et doivent migrer vers I-CPage en 2017
- 9 fichiers articles de taille très diverses avec des niveaux d'exploitation et d'extraction différents.

Actions à développer :

- Etats des lieux des fichiers qualitativement et quantitativement
- Comparaison
- Structurer les fiches produites de façon uniforme

- Construire un référentiel structuré commun des produits de santé : ce référentiel alimentera les logiciels métiers de chaque établissement

Projet 2.2 : Organiser un approvisionnement commun

Constats :

Chaque établissement assure ses propres approvisionnements. Certains pâtissent des contraintes de franco de port

Objectifs :

- Gain financier sur la partie approvisionnement par la centralisation des stocks
- Sécurisation des approvisionnements ; répondre aux besoins des patients hospitalisés ou ambulatoires
- Redéploiement de temps préparateur vers des activités de pharmacie clinique

Chantiers :

A/ Organiser la convergence des segments de produits pharmaceutiques du GHT

B/ Mise en place du circuit logistique

A/ Organiser la convergence des segments de produits pharmaceutiques du GHT

Constats :

Les établissements ne disposent pas d'un livret du médicament commun ; ce qui provoque des ruptures de traitement lors de transfert de patients

Existant :

Les établissements adhérents à HACOM disposent d'un référencement partagé ; mais différent de celui des autres établissements

Actions à développer :

- Mettre en place des groupes de travail avec notamment des représentants de la filière gériatrique
- Préparer un appel d'offres commun sur le médicament

B/ Mise en place des circuits logistiques

Constats :

Chaque établissement assure ses approvisionnements ; ce qui génère des charges de la commande jusqu'au mandatement

Existant :

Les équipes pharmaceutiques assurent toute ou partie du circuit. L'évaluation des charges (ADOPALE) de travail identifie des marges de manœuvre

Actions à développer :

- Identifier les circuits et les outils
- Proposer des sites pilote sur des produits ciblés pour tester un approvisionnement centralisé

Projet 2.3 : Automatiser la préparation des doses à administrer

Constats

L'identification de la dose à administrer figure dans les recommandations de l'HAS et constitue un élément du Contrat de Bon Usage. Certains établissements ont déployé cette fonction, mais elle reste manuelle et chronophage.

Objectifs :

- Identifier le médicament au plus près du malade pour garantir la bonne administration du bon produit prescrit au bon malade
- Permettre à l'infirmière d'effectuer ce contrôle

Chantiers :

- A/ poursuivre le travail d'analyse entrepris**
B/ proposer un modèle économique innovant

A/ Poursuivre le travail d'analyse entrepris

Constats :

Le rapport d'analyse fait pour les besoins du CHU doit être complété des besoins de l'ensemble des établissements du GHT.

Existant :

L'identification des doses de médicaments au lit du malade reste une source majeure d'erreurs d'administration des médicaments. Cette difficulté existe tant en MCO qu'en SSR ou EHPAD.

Actions à développer :

- Inventorier les besoins par secteur d'activité
- Préciser les circuits de préparation des doses à administrer
- Mesurer les impacts sur la qualité des soins et le temps infirmier

B/ Proposer un modèle économique innovant

Les établissements butent sur des investissements coûteux. Le marché des médicaments représente une masse budgétaire importante à l'échelle du GHT et s'amplifie à l'échelle régionale. L'objectif est de faire contribuer les fournisseurs au financement des machines.

Actions à développer :

- Travailler le cadre juridique des marchés (modèle salle de rythmologie CHU ROUEN)

- Valider cette approche avec les fournisseurs
- Impliquer l'ARS dans cette démarche : modèle à proposer en région Normandie

Projet 2.4 : Organiser la permanence pharmaceutique

Constats :

- Les établissements rencontrent des difficultés pour respecter la réglementation pharmaceutique imposant la présence effective d'un pharmacien sur site.

Objectifs :

- Réfléchir à une organisation nouvelle permettant de mutualiser du temps pharmacien
- Garantir le respect de la réglementation

Chantiers :

A/ définir une organisation pharmaceutique au sein du GHT

B/ partager des compétences au sein du GHT

A/ Définir une organisation pharmaceutique au sein du GHT

Constats :

Chaque PUI dispose de ressources propres. Un préparateur ne peut délivrer de médicaments qu'en présence d'un pharmacien.

La réglementation actuelle précise deux modes d'organisation :

- Pôle inter établissement
- Fédération inter établissement

Existant :

Les ressources humaines ont été évaluées pour chaque PUI. Ce travail réalisé avec le cabinet ADOPALE a permis d'identifier les tâches réalisées par PUI et les ressources affectées. Les pharmaciens demandent le maintien des PUI afin de garder une proximité immédiate avec les équipes médicales et soignantes.

Actions à développer :

- Proposer une organisation permettant cette permanence pharmaceutique sur chaque site
- Préciser le cadre juridique de cette organisation
- Anticiper le renouvellement des équipes des PUI

B/ Partager des compétences au SEIN du GHT

Constats :

Permanence pharmaceutique et partage des compétences ne peuvent être dissociées pour contribuer à la qualité des soins

Existant :

Chaque pharmacien a développé des compétences dont :

- Pharmacie clinique
- Logistique
- Production
- Système d'information ...

Actions à développer :

- Identifier les compétences pharmaceutiques sur chaque site
- Mutualiser ces compétences au sein du GHT
- Développer de la mobilité

Projet 2.5 : Sécuriser et coordonner l'activité de rétrocession

Constats :

La rétrocession permet aux patients ambulatoires de disposer de médicaments non accessibles en pharmacie d'officine. Cette activité reste croissante du fait des traitements chroniques mis sur le marché : cancérologie, maladies immunitaires. Les patients rencontrent des difficultés pour accéder à ces traitements ; ce qui provoque des ruptures de traitement.

Existants

Toutes les PUI du GHT ne sont pas autorisées à la rétrocession.

Un projet porté par l'OMEDIT couvre les GHT de Haute Normandie. Un demi - poste d'assistant a été budgété et pourvu. Ce projet dépasse donc la dimension de ce GHT.

Objectifs :

- Faciliter la délivrance de proximité pour les patients
- Informer les prescripteurs des structures habilitées à rétrocéder
- Définir des règles de fonctionnement partagées

Chantiers :

A/ garantir un maillage territorial des rétrocessions

B/ développer les compétences

C / partager une organisation commune

A/ Garantir un maillage territorial des rétrocessions

Existant :

Les PUI reçoivent des patients en demande de rétrocession sans avoir été informées au préalable de ces besoins. Les délais d'approvisionnement génèrent régulièrement des retards dans la prise de médicaments

Actions à développer :

- Identifier et préciser les PUI habilitées à dispenser et communiquer largement
- Garantir les conditions d'accueil des patients

B/ Développer les compétences

Constats :

Les médicaments délivrés en rétrocéssions figurent dans des classes thérapeutiques très variées. Les PUI de proximité ne délivrent pas nécessairement ces molécules en intrahospitalier.

Existant :

Les équipes ne connaissent pas les médicaments prescrits par les centres de référence

Actions à développer :

- Former les équipes aux nouvelles molécules
- Rédiger des fiches techniques construites avec les équipes médicales de référence
- Proposer des fiches d'information aux patients

C/ Partager une organisation commune

Constats :

L'assurance maladie instaure des contrôles réguliers sur cette activité ; source d'indus à rembourser. Cela est dû à des différences d'interprétation des textes existants.

Existant :

L'ordonnance publiée sur les PUI doit être suivi d'un texte sur le portage des médicaments à domicile

Actions à développer :

- Définir les règles de fonctionnement communes
- Informer patients et prescripteurs de ces règles

Projet 2.6 : Partager les compétences entre équipes pharmaceutiques et interdisciplinaires

Ce projet rejoint l'obligation d'une démarche de certification commune. Il devra donc s'articuler avec la mise en œuvre de cette obligation

Constats :

Les équipes des PUI participent dans leurs établissements au développement de la politique qualité à travers différentes commissions et à travers la mise en œuvre du CBU et de la démarche de certification

Chaque établissement écrit ses propres documents, mènent des EPP et des audits.

Objectifs :

- Partager les compétences existantes
- Mettre en commun nos projets d'EPP, d'audits et de toutes autres analyses
- Partager nos systèmes documentaires

Actions à développer :

- Partager un système documentaire sur une plate-forme sécurisée
- Se fixer un programme annuel commun d'EPP ou d'audit ou de toute autre évaluation, par filières

Remarque : Ces différents projets seront adaptés aux projets menés par les filières du GHT.

Thématiques transversales

Axes transversaux du projet de soins,
Télémedecine

Axes transversaux du projet de soins

Promouvoir les actions d'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est l'un des 5 domaines stratégiques nationaux repris dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS). Elle concerne les maladies chroniques et évolutives, souvent associées à une invalidité et à la menace de complications graves. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à mieux gérer leur maladie et leurs traitements, à prévenir les complications évitables et à leur permettre de s'adapter aux évolutions de leur pathologie.

Actions :

- Recenser les programmes d'éducation thérapeutique en cours au sein des établissements du GHT
- Diffuser programmes au sein des établissements
- Désigner un référent pour le GHT pour réaliser un état des lieux, structurer la communication avec les médecins traitants et aider à la rédaction des programmes.
- Elaborer un programme d'éducation thérapeutique commun au GHT, sur l'aide aux aidants.
- Appuyer les programmes de prévention et d'éducation du patient relevant de différentes disciplines pathologies respiratoires (Asthme, BPCO, patients appareillés).

Améliorer la prise en charge des patients âgés sur le plan nutritionnel

- Evaluer l'état nutritionnel et suivre les indicateurs nutritionnels
- Mettre en œuvre l'Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la prise en charge de la nutrition.

Développer la qualité, la sécurité des soins et mieux satisfaire les usagers

- Renforcer la structure de pilotage de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins, manager par la qualité
- Promouvoir la prise en charge globale du patient :
 - Actions dans le domaine de la prise en charge de la douleur
 - Actions dans le domaine de la prise en charge palliative
 - Actions dans le domaine de l'accompagnement social
 - Poursuivre les actions en faveur de la prévention et la prise en charge des escarres

Inscrire la qualité dans la pratique quotidienne :

- Promouvoir la bientraitance
 - Organiser la promotion de la bientraitance auprès de l'ensemble du personnel et orienter des actions dans le sens des recommandations nationales, en cohérence avec le projet de soins.
 - Améliorer le recueil du consentement éclairé et l'information en cas de dommage lié aux soins,

- Améliorer le respect de l'intimité
- Promouvoir une culture de respect des droits du patient :
 - Mettre en œuvre des actions ciblées sur le recueil du consentement libre et éclairé du patient et sur son information en cas de dommage lié aux soins
 - Assurer une meilleure prise en compte des représentants des usagers et veiller à les associer dans les diverses commissions et groupes de travail.
 - Etre attentif à la mise en place et au développement des directives anticipées.
- Conforter la lutte contre les infections nosocomiales :
 - Suivre et diffuser les objectifs d'amélioration sur la base des indicateurs opposables du tableau de bord
 - Améliorer la connaissance des protocoles et des recommandations validées par le CLIN, et poursuivre les évaluations et audits des pratiques
 - Consolider le système d'alerte et d'intervention lors de phénomènes épidémiques
 - Améliorer le circuit de signalement interne et systématiser l'information du patient en cas de survenue d'un risque associé aux soins, en lien avec la politique générale de l'établissement.
 - Initier une réflexion territoriale en vue de développer les collaborations entre établissements du territoire dans le domaine de l'hygiène
- Améliorer la tenue du dossier patient :
 - Organiser le suivi et l'amélioration continue du dossier patient
 - Améliorer les outils et les pratiques de prescription

Développer la télémédecine : liste des projets de télémédecine déployés au sein du GHT Rouen Cœur de Seine

Projets de télémédecine déployés :

Télé-psychiatrie :

Objectifs : Préservation de l'accès aux soins pour les patients éloignés et/ou en situation de handicap psychique, diminution des déplacements patients. Le dispositif a permis de dégager 30 % du temps médical, auparavant perdu dans les temps de déplacement. Meilleure harmonisation des pratiques médicales sur un territoire sanitaire.

Nature du projet : Depuis dix ans, le CH du Rouvray a développé la télémédecine en psychiatrie. Cette activité consiste en des téléconsultations et des téléstuffs. Les deux axes majoritaires qui ont été développés ont été : les soins aux personnes âgées dans les EHPAD et les patients avec TSA en structure médico-sociale. Pour ce qui est des établissements du GHT, cette activité est fonctionnelle entre le CH du Rouvray et les CH d'Yvetot et de Gournay-en-Bray et en projet à Neufchâtel. Il pourrait être intéressant de développer cette technologie sur l'ensemble des acteurs du GHT.

Impacts mesurés ou attendus : En termes d'efficience, l'optimisation par ce levier numérique, génère une augmentation du nombre de résidents suivis. Ce gain de temps a permis d'augmenter l'offre de soins psychiatrique pour les résidents en EHPAD passant ainsi de 3000 à 3300 lits couverts.

Télé-dermatologie :

Objectifs : Face à la désertification des médecins et éviter les déplacements tant aux experts qu'aux patients (personnes âgées, détenus, patients atteints de troubles psychiatriques ou de handicap), éviter le recours aux urgences, limiter les hospitalisations, éviter les transports sanitaires et faciliter l'offre de soins dans des délais raisonnables.

Nature du projet : Les solutions de télédermatologie développées par le CHU de Rouen permettent de consulter à distance des patients (téléconsultation), de visualiser des photos des zones critiques (téléexpertise) ou d'assister un professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte (pansement par exemple). Près d'une vingtaine de conventions sont passées avec des EHPAD ou CH dont plusieurs au sein de notre GHT. Il est prévu le développement prochain de la télédermatologie avec d'autres établissements du GHT (CH du Bois-Petit, CH de Barentin, CH d'Yvetot, Gournay-en-Bray, CH de Neufchâtel-en-Bray), de l'inter GHT et du secteur privé.

Impacts mesurés ou attendus : Réduction du nombre de déplacements, amélioration de la qualité de prise en charge.

Télé-gérontologie :

Objectifs : Améliorer le suivi des patients âgés de plus de 65 ans hébergés en EHPAD. Eviter les hospitalisations.

Nature du projet : Suivre les patients connus de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) pour la réalisation des suivis des troubles cognitifs et du comportement, de patients atteints d'insuffisance cardiaque. Ce suivi implique, outre le médecin gériatre, les infirmières cliniciennes de l'EMG.

Impacts mesurés ou attendus : Diminution du nombre d'hospitalisations.

Télé-ophtalmologie :

Objectifs : Faire face au déficit en ophtalmologistes dans la région de Neufchâtel en Bray et éviter les déplacements, en proposant une offre de proximité aux patients.

Nature du projet : Face au déficit en ophtalmologistes, une solution de télémédecine adossée au CHU de Rouen a été mise en place au CH de Neufchâtel-en-Bray. Un orthoptiste présent à Neufchâtel-en-Bray 4 demi-journées par semaine, transmet les images par télémédecine à un spécialiste du CHU. Un chef de clinique vient chaque semaine sur le site.

Des besoins similaires sont exprimés pour le CH du Bois Petit, le CH de Gournay-en-Bray. Le GHT rend possible la synergie des outils de type télémédecine.

Impacts mesurés ou attendus : Cette collaboration permet d'offrir une nouvelle offre d'expertise et de proximité aux Neufchâtelois et leur évite ainsi le déplacement à Rouen.

Télé-monitoring pour les grossesses à risque :

Objectifs : Permettre à la patiente menant une grossesse à risque d'être suivie de façon bquotidienne depuis son domicile.

Nature du projet : Dans le cadre du réseau périnatalité, les secteurs de grossesses pathologiques des maternités publiques et privées du réseau ont été équipés de valises de télé-monitoring. En cas de

grossesse à risque (par exemple, bébé trop petit), une valise est prêtée à la future maman afin de suivre depuis son domicile le rythme cardiaque fœtal. Les informations sont transmises via la ligne téléphonique et arrivent sur le moniteur du service. Cette télésurveillance est disponible à la maternité du CHU de Rouen et à la maternité du CH du Belvédère.

Impacts mesurés ou attendus : économiser de nombreuses journées d'hospitalisation en toute sécurité, diminution de la DMS. Difficultés liées au financement du suivi médical et à la prise en charge de la maintenance des valises.

Projets de télémédecine en cours de déploiement :

Télé-cardiologie :

Objectifs : Eviter l'hospitalisation, permettre au patient de rester à domicile, suivre à distance les activités des patients. Améliore la qualité de vie, diminue la morbidité et améliore la mortalité.

Nature du projet : Télésurveillance de pacemaker : un boîtier communique avec la prothèse et transmet les données via Internet. Cela permet d'éviter les consultations au CHU. L'industriel gère le boîtier et le CHU gère l'interprétation des données.

Impacts mesurés ou attendus : baisse des coûts de consultation, de transports.

Télésurveillance de la réhabilitation respiratoire

Objectifs : Participer à la prise en charge ambulatoire de proximité de la BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive), dans un contexte d'un maillage territorial et d'une démographie des kinésithérapeutes ne permettant pas de prendre en charge l'ensemble du bassin de population. Aider les patients à se remettre au sport, éviter le déconditionnement.

Nature du projet : Le projet financé concerne l'étude de données respiratoire et cardiaque sur des patients présentant des difficultés respiratoires (insuffisants respiratoires, âgés ou atteints de mucoviscidose). Le processus est de prescrire des efforts physiques à ces patients sur des vélos pendant 2 mois (type vélo d'appartement), qui sont surveillés durant cet effort par un oxymètre (dispositif au bout du doigt) qui transmet les données cardiaques et respiratoires par Bluetooth à un module branché sur un ordinateur. Ces données seront transmises vers une plateforme virtuelle de télésurveillance. Le kinésithérapeute va consulter le logiciel (fréquence 3 à 5 fois par semaine). Le but est d'analyser et de constater une amélioration des données cardiaques et respiratoires, par la télétransmission de ces données. Ce projet est unique au niveau national.

Impacts mesurés ou attendus : Limiter le recours aux soins, les hospitalisations, éviter les déplacements, les frais supplémentaires liés à la prestation non remboursée (acte de réhabilitation respiratoire : prestation de santé non remboursée).

Projets de télémédecine à venir :

Téléconsultation d'anesthésie :

Objectifs : La consultation d'anesthésie est un passage obligé et réglementé en France avant toute procédure requérant la présence d'un anesthésiste réanimateur. Depuis de nombreuses années, l'évaluation anesthésique préopératoire par télémédecine a été développée aux USA et en Australie, pays dans lesquels certaines populations peuvent se retrouver éloignées des hôpitaux. L'idée est de

proposer à une patientèle identifiée, de réaliser la téléconsultation d'anesthésie par télémédecine, afin de leur éviter le déplacement.

Nature du projet : Il n'existe pas à l'heure actuelle de téléconsultation d'anesthésie en Haute-Normandie. Il est souhaité le développement du plateau centralisé de consultation d'anesthésie au CHU de Rouen, les outils informatiques nécessaires à son déploiement régional à destination : de la population âgée vivant dans les EHPAD, de la population carcérale, de la population psychiatrique, d'une population bénéficiant d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Impacts mesurés ou attendus : Limiter les déplacements des patients dont la mobilisation n'est pas toujours facile. Grâce à la présence des soignants référents du patient lors de la téléconsultation de pouvoir, facilement et en temps réel, accéder aux antécédents ou alors aux médicaments qui du fait des troubles mnésiques fréquents dans cette population sont difficiles à obtenir.

Télésurveillance insuffisance respiratoire chronique

A développer suite à la sortie du cahier des charges pour la télésurveillance de l'insuffisance respiratoire chronique.

Télé-ORL :

A développer suite à la sortie de l'Appel à projet pour le développement de la télémédecine en EHPAD.

Le développement des activités de télémédecine sera réalisé au regard des possibilités financières offertes par l'évolution attendue de la réglementation en matière de facturation de ces actes.

Conclusion

Ce projet partagé est le résultat d'une mobilisation et d'un important travail de la part de nombreuses équipes des établissements du GHT. Il n'aurait pas été possible sans l'implication permanente et le dynamisme soutenu des médecins, des équipes soignantes ainsi que des directions des hôpitaux membres du GHT Rouen Cœur de Seine.

Les professionnels ont ainsi su mettre de côté les particularismes pour se centrer sur la densité de la population du territoire et proposer une offre publique de soins cohérente et complémentaire accessible à l'ensemble des patients. Il en ressort un projet riche, cohérent et pragmatique au centre duquel on retrouve les patients et la volonté de répondre au mieux à leurs besoins.

Il ne s'agit que d'une première étape. La dynamique initiée devra servir de moteur pour la mise en œuvre des actions et la poursuite des collaborations entre professionnels. Au-delà de ce document, c'est tout au long des 5 prochaines années que ce projet est amené à vivre et à se développer au travers d'initiatives concrètes et de réussites partagées.

Il devra s'enrichir par l'association des autres partenaires : établissements médicaux sociaux (EHPAD, prise en charge du handicap), privés non lucratifs (CLCC, CRMPR Les Herbiers, notamment), professionnels de santé libéraux. En effet, cette association est indispensable pour réaliser un parcours du patient complet et optimisé.

L'éclairage des représentants des usagers, des élus et des partenaires sociaux continuera de l'enrichir.

Enfin, le projet s'articule étroitement avec d'autres volets du projet du GHT tels que la convergence des systèmes d'information, la mutualisation des achats et le plan de formation partagés.

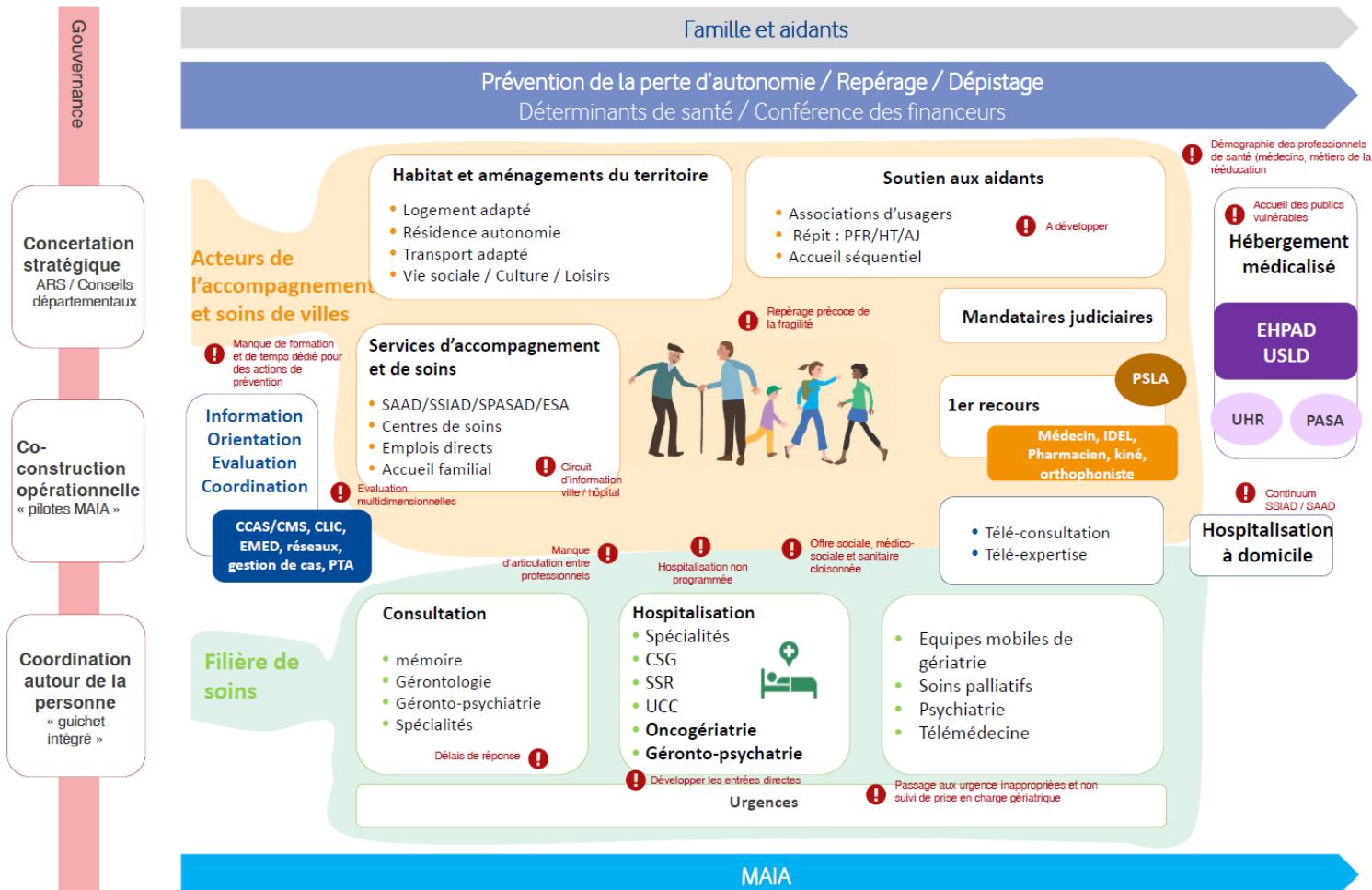
Le projet médico-soignant du GHT Rouen Cœur de Seine n'est pas une liste exhaustive de toutes les coopérations actuelles et possibles, c'est un projet pragmatique qui exprime l'engagement réel et concret des hôpitaux publics du territoire pour co-construire et mener à bien ensemble, en association avec les autres partenaires du territoire, des actions concrètes au bénéfice de la population.

Annexes

Annexe 1 : Schéma du parcours de vie et de santé d'une personne âgée en perte d'autonomie



● Parcours de vie et de santé d'une personne âgée en perte d'autonomie



Annexe 2: contacts directs service de spécialité CHU Rouen

Néphrologie :

Un numéro unique 24h/24 : 06 19 17 26 45 (susceptible d'évoluer après attribution des DECT au service)

Douleur

CETD Charles Nicolle 02 32 88 81 22 (horaires de secrétariat)

Consultation Douleur Elbeuf 02 32 82 21 37 (horaires de secrétariat)

Cardiologie

Je suis disponible pour des consultations cardiaques plus ou moins urgentes au sein de la Polyclinique de l'Hôpital St Julien (horaires ouverture : du lundi au vendredi de 8h30h à 17h). Pour les patients hospitalisés sur St Julien mon nr de portable du service est accessible à tous les médecins de l'établissement. N° tél DECT professionnel (CHU Rouen) : 02 32 88 64 35

Cancérologie

Les Lignes directes vers les secrétariats ou adresses mails des praticiens des différentes disciplines existent déjà et peuvent être aisément communiquées afin de faciliter les parcours des patients (avis simples ; consultations spécialisées, etc...).

Maladies infectieuses (MIT)

Jeremie.leporrier@chu-rouen.fr

02 32 88 65 83

Odontologie

Dr MOIZAN Hervé

Dr CROZE Jocelyn

Tel : 02.32.88.69.85

Fax : 02.32.88.58.49

Heures ouvrables : de 8 h 30 à 17 h 30

Médecine Interne – Diabétologie

149

Projet Médico-Soignant Partagé – GHT Rouen Cœur de Seine



1^{er} juillet 2017

Polyclinique de St Julien ou 02 32 88 65 52 ou jean.doucet@chu-rouen.fr

Oncogériatrie

La plateforme téléphonique gériatrique (tél 02 32 88 58 00) permet au médecin GHT d'organiser une consultation d'évaluation oncogériatrique si le spécialiste de la discipline (Uro , digestif, pneumologie ...) contacté le juge utile.

Dermatologie

Pour les CS dédiée PA : 02 32 88 80 54 (mon secrétariat)

Pour un acte de télédermatologie 02 32 88 06 77 ou mail sécurisé telemed.dermato@chu-rouen.fr

Pour les CS urgentes : CS d'urgence en dermatologie tous les matins avec lettre du MT motivant l'urgence.

Annexe 3 : volet psychiatrique

Contexte de vieillissement de la population normande et Emergence de troubles psychiatriques dans la population âgée

Parmi les troubles psychiques du sujet âgé, les plus fréquemment rencontrés :

Les troubles thymiques

Surtout représentés par la **dépression** : pathologie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé, (10 à 40 % des Personnes Agées souffrent de dépression). L'atypicité et la diversité des aspects cliniques de la dépression du sujet âgé expliquent le fait qu'elle soit sous diagnostiquée et sous traitée.

Par ailleurs la **problématique du suicide** est fortement liée à la dépression : 1/3 des patients suicidés ont plus de 60 ans et la population des plus de 60 est celle qui paie le plus lourd tribu face au suicide.

Troubles du comportement

En rapport avec une pathologie démentielle (80% de troubles psycho-comportementaux).

Troubles délirants

Soit de survenue tardive (syndromes délirants du sujet âgé), soit des troubles vieillissants (évolution démentielle des schizophrénies), constituant un handicap psychique.

150

Projet Médico-Soignant Partagé – GHT Rouen Cœur de Seine



1^{er} juillet 2017

Troubles de personnalités et troubles anxieux:

Il s'agit de troubles de personnalités vieillissantes, ou d'apparition de troubles anxieux tardif (phobie de la marche, syndrome post chute, trouble panique...)

Troubles des conduites :

Souvent secondaires à un trouble thymique avec au premier plan : les mésusages médicamenteux et l'alcoolisme.

Ces pathologies sont à l'origine d'un handicap chez les personnes âgées qui en souffrent. Cette situation de handicap psychique les rend vulnérables avec souvent une perte d'autonomie rendant le maintien au domicile impossible. Ce handicap est également à l'origine de consultations et hospitalisations inappropriées

Histoire de la psychiatrie personnes âgées au Centre Hospitalier du Rouvray

Compte tenu du vieillissement de la population et de l'émergence des troubles psychiatriques chez les sujets âgées, le Centre Hospitalier du Rouvray (CHR), sous l'impulsion du Dr Marie-Françoise Rochard-bouthier, a développé un service spécialisé dans la prise en charge des pathologies psychiatriques du sujet âgé.

Ainsi dès les années 90, le CHR commençait à accueillir des patients âgés dans des lits dédiés au sein d'un secteur psychiatrique. La cohabitation générationnelle ayant alors rapidement montré ses limites, un service spécifique voit le jour en 1998 d'une capacité de 20 lits : le service Matisse.

Rapidement devant la nécessité d'une prise en charge ambulatoire associée, l'Hôpital de jour Théodore Monod est créé au Centre Hospitalier du Rouvray puis dans le centre de Rouen.

La nécessité d'une prise en charge psychiatrique spécialisée pour personnes âgés (PA) « au lit du malade » s'est rapidement faite sentir dans les services de gériatrie, aboutissant à la liaison en psychiatrie du Sujet Agé.

Parallèlement des liens se nouent entre des EHPAD, maisons de retraite à l'époque, de la région et le service de psychiatrie pour personnes âgées sous la forme de visite à domicile. Rapidement le nombre de résidents vus et le nombre d'EHPAD demandeuses croient, jusqu'à aboutir à la création puis la labérisation, en 2007, de l'Equipe Mobile de Psychiatrie pour Personnes Âgées (EMPPA).

Dans le même temps un partenariat naît également avec les services de gériatrie du CHU, initialement Bois Guillaume et Oissel avec un temps de psychiatrie Personnes âgées de liaison.

Ce service favorise le maintien au domicile par le traitement et l'accompagnement de pathologies psychiatriques altérant l'autonomie, avec au premier chef la dépression.

Le Service de Psychiatrie pour Personnes Âgées Marie-Françoise Rochard-Bouthier

Le service regroupe actuellement **quatre unités fonctionnelles** :

L'Unité Matisse, accueille des patients de plus de 60 ans qui présentent des pathologies psychiatriques de type trouble de l'humeur, troubles délirants, troubles psycho-comportementaux dans la démence... Il s'agit d'un service d'admission de court séjour de 20 lits.

Les admissions dans cette unité se font sous la forme **d'entrées directes programmées** sur demandes médicales pour les patients au domicile ou des différents services de MCO du territoire du CHR ou des EHPAD et RPA. L'objectif principal, au-delà du traitement de la pathologie en cause, est le maintien au domicile et repose sur une prise en charge multidisciplinaire : assistante sociale, neuropsychologue, ergothérapeute, infirmière, aide soignants, psychiatres et médecins polyvalents.

L'Hôpital de jour Théodore Monod, reçoit des patients de plus de 60 ans adressés par un médecin et présentant des troubles thymiques associés ou non à des symptômes cognitifs résiduels ; les prises en charges reposent sur la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive avec l'aide des nouvelles technologies. Les patients adressés à l'Hôpital de Jour bénéficient d'un bilan social, neuropsychologique, ergothérapie, infirmier et psychiatrique afin de cibler au mieux les symptômes à améliorer, afin de limiter les rechutes et de favoriser le maintien au domicile.

L'Unité de psychiatrie de liaison et de consultations avancées : les patients âgés sont vus dans les services de gériatrie du CHU site Rouen et Bois Guillaume et dans différents SSR (Bois Petit, Oissel, Gournay, Yvetot, Darnetal, Neufchatel). 4 sites de consultations spécialisées dans les troubles psychiatriques du sujet âgé permettent aux patients de venir en consultations extérieures pour une prise en charge ambulatoire.

- CMP Monod : Dr Grès, Queinnec et Quilici, Dr Tran
- Consultation site de Bois Guillaume : Dr Lebaudy et Desbordes,
- CMP Hauts de Rouen : Dr Haouzir,
- CHSR Dr Grès, Quilici, Queinnec, Lebaudy et Desbordes

Les autres services de gériatrie (CHU Site de Saint Julien et Barentin) bénéficient pour l'instant d'avis en psychiatrie dite générales en fonction du secteur psychiatrique, il s'agit d'infirmiers du Centre Médico-psychologique ou de psychiatres.

	Intervention de l'équipe de secteur psychiatrique	Intervention de l'équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées
CH Barentin	X	
CH Bois Petit	X	X
CH Darnétal		X
CH Gournay		X
CH Neufchâtel		Prévu 2017
CHU Rouen	X	X
CH Rouvray		X

L'uniformisation des avis psychiatriques semble souhaitable au vu de la spécificité de l'approche psychiatrique PA et doit être réfléchie au sein du GHT, avec une extension des passages de l'unité de psychiatrie de liaison pour PA aux deux sites restant non couverts : St Julien et Barentin

L'Equipe Mobile de Psychiatrie pour Âgées en EHPAD EMPPA : Les personnes âgées dépendantes en EHPAD souffrent, dans près de la moitié des cas, de symptômes dépressifs. Les troubles psycho-comportementaux surviennent chez plus de 80 % des patients affligés d'une maladie d'Alzheimer ou apparentés. De plus, nombre de patients atteints de troubles psychotiques, en perte d'autonomie, ont été accueillis dans les EHPAD de la région.

C'est dans ce cadre que d'anciens liens sectoriels entre notre établissement et certains EHPAD ont évolués pour se concrétiser par la création d'une équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées : l'EMPPA en 2007.

Le Dr QUEINNEC est le médecin responsable de l'EMPPA.

Fonctionnement

L'EMPPA fonctionne avec un binôme IDE/psychiatre se rendant à dates arrêtées dans un EHPAD pour y examiner des résidents souffrant de troubles psychiques sur demande écrite d'un médecin (traitant ou coordonnateur). Il s'ensuit un courrier donnant des indications thérapeutiques médicamenteuses ou non. Rapidement les patients sont revus par l'IDE qui assure le suivi immédiat (efficacité, bonne tolérance...) avant la réévaluation médicale.

L'EMPPA fonctionne sur la base d'un partenariat conventionné entre le CHR et l'EHPAD.

Établissements concernés et activité

L'EMPPA intervient désormais dans plus de 25 EHPAD, et 6 Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), couvrant plus de 2500 lits et prenant en charge près de 800 patients par an.

Effectifs de l'EMPPA

1 ETP médical (psychiatre spécialisé en Psychiatrie PA) reparti entre les Dr Queinnec, Desbordes, Grès et Quillici.

3,8 ETP Infirmier, Mmes Boutbien, Tourmente, Melis et M Wendel

0,2 ETP Cadre, M Bannerot

0,5 ETP Secrétariat. Mme Vervisch

0,2 ETP Assistance sociale Mme Houis

Les rôles de l'EMPPA : missions et objectifs

- Ses missions : prise en charge individuelle et institutionnelle, évaluation, information, prévention, soutien (équipes/aidants) et formation.
- Ses objectifs :
- Améliorer la qualité et l'accès aux soins,
De par son fonctionnement même d'équipe mobile l'EMPPA permet une prise en charge au lit du malade pour des patients en situation de handicap du fait de leur pathologie psychiatrique ou du fait d'autres pathologies mais qui souffrent de troubles psychiques
- Diminuer le nombre et la durée des hospitalisations, amélioration de la qualité de vie
La prise en charge spécialisée des troubles psychiatriques et notamment des dépressions améliorent la qualité de vie aussi chez le sujet âgé en situation de handicap.
- Répondre aux missions de service public (soutien et partenariat avec le médico-social, lui permettant d'améliorer la qualité de ses prises en charge).

Evaluation de l'EMPPA

En 2009 le service de psychiatrie pour personnes âgées a réalisé une enquête de satisfaction avec un retour extrêmement positif tant de la part des équipes soignantes que des médecins. Cette évaluation sous la forme d'un auto-questionnaire de satisfaction envoyé au médecin coordonnateur

et aux personnels soignants des EHAPD conventionnées a mis en évidence une satisfaction de plus de 80 % des différents interlocuteurs sur les interventions de l'EMPPA.

Début 2017, une nouvelle enquête de satisfaction a été réalisée avec des résultats très comparables.

Télémédecine et Dispositif de coopération entre professionnel

La Région de Haute-Normandie s'est engagée dans la télépsychiatrie, dès 2007, à l'occasion d'une expérimentation impliquant plusieurs établissements sanitaires et un EHPAD.

Dans le prolongement de cette expérimentation, notre établissement a continué à travailler en télémedecine, notamment avec des EHPAD. Dans ce contexte, un projet régional de télémedecine a été lancé par l'ARS de Haute Normandie (TISSE) ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge des résidents dans le secteur médico-social, en intégrant les actes de télémedecine, comme modalité d'intervention des équipes mobiles et hospitalières, dans le domaine de la psychiatrie et de la gériatrie.

Le dispositif mis en œuvre concerne à ce jour, 19 établissements du handicap et 39 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il est mené par 11 médecins responsables et 5 établissements sanitaires « référents », pivots du dispositif. Celui-ci s'appuie sur les liens professionnels déjà établis entre les établissements sanitaires et médico-sociaux, dans les domaines de la psychiatrie et de la gériatrie.

Auprès des personnes atteintes de handicap psychique, dans un contexte de pénurie de psychiatres, la télémedecine a montré qu'elle pouvait être l'une des composantes du dispositif d'appui aux établissements médico-sociaux, dans l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge de ces personnes.

Pour les équipes mobiles de psychiatrie et de gériatrie intervenant en EHPAD la télémedecine a permis d'étendre leur couverture territoriale, grâce à l'optimisation du temps sanitaire, médical et soignant, et a donné la possibilité de travailler de manière plus souple, avec leur partenaire des établissements du médico-social, améliorant ainsi la réactivité, la qualité des prises en charge, et diminuant le recours aux services d'urgence.

Ces dispositifs de télémedecine ont permis par ailleurs, l'intégration d'autres spécialités médicales telles que la dermatologie.

Le territoire couvert par l'EMPPA est vaste (plus de 4 000 km²). Les conditions climatiques peuvent être un frein à la prise en charge de certains patients âgés dépendants en EHAPD.

Les interventions de l'EMPPA nécessitent de nombreux déplacements entraînant une importante perte de temps. Que ce soit en zone rurale, lié à la distance ou en zone urbaine, lié aux difficultés de circulation, ce temps avoisine les 1 000 heures/an de trajet pour l'ensemble des médecins psychiatres et plus de 3 000 heures/an pour les soignants.

Dès lors, l'enjeu de notre démarche a été d'assurer la pérennité des parcours de soins, et d'apporter une réponse aux attentes des patients et des professionnels du médico-social en optimisant l'utilisation de nos moyens. En permettant aux professionnels de se centrer sur leur expertise et en

facilitant les évolutions des métiers de la santé, nous avons fait le choix d'optimiser notre dispositif de télémédecine en permettant un développement de nouveaux protocoles d'intervention de nos équipes soignantes. Ces protocoles ont déjà permis un gain de temps et par conséquent l'augmentation, à moyens constants de 10 % de lits couverts par notre équipe mobile en 2014.

Ce dispositif protocolisé, valorisant le travail infirmier, permet d'avoir une évaluation psychiatrique, dans des délais très brefs, sans déplacer le patient et en limitant les déplacements psychiatres.

Ce protocole a nécessité une formation spécifique des infirmiers de l'EMPPA. Il a fait l'objet d'une information et/ou d'une concertation avec les organismes tutélaires compétents : Agence Régionale de Santé de Haute Normandie (ARS), Haute Autorité de Santé (HAS) et Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

L'activité de téléconsultations à raison de deux créneaux fixe par semaine et de créneaux en urgence à la demande, est croissante (100 téléconsultations en 2012, 300 téléconsultations en 2013, 500 téléconsultations en 2014 et 2015), (nous avons comme objectif d'atteindre entre 800 et 1 000 téléconsultations en 2016). 7 psychiatres de l'établissement utilisent le dispositif (5 dans le domaine « Personnes Agées », 2 dans le domaine « Personnes Handicapées »), leur nombre est croissant.

Dans le cadre du GHT l'accent pourrait être mis sur le déploiement du dispositif de télémédecine à tous les établissements du groupement.

Parcours de soins psychiatrie PA

Service de deuxième voire de troisième recours, les patients ne peuvent entrer dans le dispositif qu'adressé par un médecin prenant contact via le secrétariat de psychiatrie pour personnes âgées (du lundi au vendredi de 9 h à 17H) et rempli un formulaire de consultation ou un avis téléphonique psychiatrique aboutissant :

- soit à une hospitalisation programmée dans le service Matisse soit à une orientation vers l'UNACOR (unité d'accueil et d'orientation) sur le site du CHSR en fonction du degré d'urgence et des places disponibles
- soit à une consultation sur l'un des sites et orientation secondaire (HDJ, hospitalisations programmées...)

Points à améliorer dans le cadre du GHT

- uniformisation des avis psychiatriques donnés dans les différents sites avec valence psychiatrie personnes âgées
- développement de la télépsychiatrie dans les différents sites
- améliorer la fluidité du parcours patients pour les soins psychiatriques : permanence téléphonique médicale ou sur le modèle de la plateforme gériatrique : à travailler
- favoriser les échanges entre le CHSR et les différentes partenaires du GHT : admissions de patients dans les SSR /EHPAD et services MCO et psychiatrie

Remerciements

Un grand merci à tous pour votre implication dans l'élaboration du projet médico-soignant partagé du GHT Rouen Cœur de Seine !

Groupe personnes âgées :

CH de Barentin : Dr B. Martin, E. Pasquier,

CH du Bois-Petit : Dr C. Jouini, L. Delestre, C. Le Ster

CH de Darnétal : S. Avenel, Dr A. Barrel, Dr C. Bazire,

CH de Gournay-en-Bray : S. Fere, Dr A. de Perthuis, Dr A. Semmak

CH de Neufchâtel-en-Bray : F. Dantan, Dr X. De Petigny,

CHU de Rouen : Dr B. Marie, Dr C. Capet, F. Delaire, Dr L. Druesne, S. Grimaldi, Dr N. Kadri, Dr C. Kadri, Dr A. Kloul, Dr F. Idrissi, Dr J. Ladner, Dr C. Levasseur, P. Resmond, Dr M. Touflet, Dr I. Vasselin

CH du Rouvray : Dr M. Desbordes, H. Gres, Dr S. Haouzir, C. Queinnec

CH d'Yvetot : Dr J. Amary, S. Bidois, S. Helin, Dr M. El Melihi, V. Neveu

Médecin DIM : Dr C. Hallais

Groupe périnatalité, gynécologie et autres chirurgies :

CH du Belvédère : M. Creton, Dr V. Delpierre, Dr Ch. Dupont-Champion, M-A. Grout, Dr S. Leroy, Dr S. Pauthier, S. Vignot

CHU de Rouen : Dr A. Diguet, Pr B. Dureuil, Pr P. Gérardin, Pr L. Marpeau, Dr D. Pinquier, N. Remiller

CH du Rouvray : Pr P. Gérardin, Dr F. Terranova

CH d'Yvetot : Dr J. Amary, S. Helin, Dr M. El Melihi, V. Neveu

Groupe Urgences :

CH de Barentin : S. Maillard, Dr G. Poulingue

CH de Darnétal : M-A. Vassard

CH de Gournay-en-Bray : S. Decagny

CH Neufchâtel-en-Bray : J. Carpentier

CHU de Rouen : Dr L. Armengol, Dr I. Idrissi, A. Martineau, G. Inizan (représentant des usagers), Dr H. Khalil, P. Resmond, Dr Ph. Roux

CH du Rouvray : F. Dulhoste, Dr M. Follet, Dr G. Fouldrin,

CH d'Yvetot : Dr J. Amary, S. Helin, Dr M. El Melihi, V. Neveu

Médecine libérale : Dr J. Frichet, Dr M. Schuers

Médecin DIM : Dr L. Tanguy

Groupe Pharmacie :

CH de Barentin : [Dr Ch. Rivalain](#)

CH du Belvédère : [Dr R. Capron](#)

CH du Bois Petit : [Dr S. Perahia](#)

CH de Darnétal : [Dr Ch. Bazire](#)

CH de Gournay-en-Bray : [S. Decagny, Dr V. Lehmann](#)

CH de Neufchâtel-en-Bray : [Dr A. Dieu](#)

CHU de Rouen : [Dr A. Coquard, Dr B. Dieu, Dr E. Morichon, Pr R. Varin](#)

CH du Rouvray : [Dr A. Bauchet](#)

CH d'Yvetot : [Dr F. Bounoure](#)

Et n'oubliions pas, le Comité Stratégique, le Collège Médical, la Commission de Soins et l'équipe projet du GHT Rouen Cœur de Seine.



GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
ROUEN COEUR DE SEINE