

SPH CONSEIL



PROJET MEDICAL 2016-2020

Centre Hospitalier Pierre Dézarnaulds de Gien



PROJET D'ETABLISSEMENT 2016-2020

30/04/2016

Avis de la CME	<i>Le 8 mars 2016</i>
Approbation du Directoire	<i>Le 15 mars 2016</i>
Avis de la CTE	<i>Le 17 mars 2016</i>
Délibération du conseil de surveillance	<i>Le 18 mars 2016</i>
Diffusion à l'ARS Centre Val de Loire	<i>Le 10 mai 2016</i>
Diffusion interne	<i>A compter du 15 mai 2016</i>

TABLE DES MATIERES

1. Préambule	7
2. Introduction	8
3. Présentation du centre hospitalier Pierre Dézarnaulds de Gien	9
3.1. Présentation générale	9
3.2. Quelques données synthétiques	9
3.3. Les éléments de contexte des projets d'établissement antérieurs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	10
4. Méthodologie : une démarche participative	12
4.1. Phase préliminaire : structuration du projet.....	12
4.2. Phase diagnostic : analyse des besoins de santé et de l'offre de soins.....	13
4.3. Phase d'orientation : déclinaison opérationnelle de la stratégie médicale	13
4.4. Phase de priorisation	14
5. Les orientations régionales	15
6. Le centre hospitalier dans son territoire : déterminants stratégiques et objectifs régionaux	17
6.1. Profil des patients du territoire de santé et analyse des besoins de soins.....	17
6.1.1. <i>Le territoire du Loiret, un territoire urbain en augmentation démographique</i>	17
6.1.2. <i>Un territoire marqué par l'isolement et la dépendance d'une population vieillissante</i>	18
6.1.3. <i>Analyse de la précarité : un territoire marqué par un taux de chômage élevé</i>	20
6.1.4. <i>Un territoire caractérisé par une sous-mortalité</i>	22
6.1.5. <i>Morbidité et déterminants de santé</i>	24
6.2. Offre de soins	27
6.2.1. <i>Le court séjour hospitalier</i>	27
6.2.2. <i>Soins de suite et de réadaptation</i>	28
6.2.3. <i>Soins intensifs et de réanimation</i>	29
6.2.4. <i>Psychiatrie</i>	29
6.2.5. <i>Médecins libéraux</i>	29
6.2.6. <i>Structures pour personnes âgées</i>	30
6.2.7. <i>Offre de soins en maternité</i>	31
6.3. L'hospitalisation sur le territoire du Loiret et sur le bassin de recrutement du centre hospitalier Pierre Dézarnaulds de Gien.....	32
6.4. Analyse de l'activité par domaine d'activité	34
6.4.1. <i>Positionnement du centre hospitalier au sein du territoire de sante du Loiret</i>	35
6.4.2. <i>Obstétrique</i>	36

6.4.3.	<i>Digestif</i>	37
6.4.4.	<i>Nouveau-nés et période périnatale</i>	38
6.4.5.	<i>Pneumologie</i>	39
6.4.6.	<i>Cardio-vasculaire</i>	40
6.4.7.	<i>Système nerveux</i>	41
6.4.8.	<i>Uro-néphrologie et génital</i>	42
6.4.9.	<i>Toxicologie, intoxications, alcool - effets nocifs, alcool, toxicologie, allergies</i>	43
6.4.10.	<i>Endocrinologie</i>	44
6.4.11.	<i>ORL, Stomatologie</i>	45
6.4.12.	<i>Activités inter-spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues</i>	46
6.4.13.	<i>Hématologie</i>	47
6.4.14.	<i>Rhumatologie</i>	48
6.4.15.	<i>Gynécologie, sein</i>	49
6.4.16.	<i>Orthopédie-Traumatologie</i>	50
6.4.17.	<i>Soins de suite et de réadaptation</i>	51
7.	Analyse comparative / Performance	55
8.	La stratégie médicale du centre hospitalier et sa déclinaison opérationnelle	56
8.1.	Assurer une prise en charge sécurisée et de qualité.....	56
8.1.1.	<i>Sécuriser la prise en charge des patients</i>	56
8.1.2.	<i>Assurer l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge</i>	57
8.2.	Développer l'activité en s'adaptant aux besoins de la population.....	61
8.2.1.	<i>Développer la prise en charge spécifique des personnes vulnérables.</i>	61
8.2.2.	<i>Développer une stratégie d'offre d'Hospitalisation A Domicile (HAD) répondant aux besoins de la population.</i>	61
8.2.3.	<i>Compléter la filière gériatrique par le création d'un court séjour gériatrique (CSG)</i>	62
8.2.4.	<i>Créer un hôpital de jour polyvalent médical.</i>	62
8.2.5.	<i>Pédiatrie : Développer les consultations externes programmées</i>	63
8.2.6.	<i>Développer les consultations d'échographies, les consultations sages-femmes et les associer aux consultations gynécologiques</i>	64
8.2.7.	<i>Requalifier des lits de SSR polyvalents en SSR Personnes Âgées Polypathologiques</i>	64
8.2.8.	<i>Pérenniser l'activité d'addictologie en SSR.</i>	65
8.2.9.	<i>Identifier un secteur sécurisé de type UCC au sein du SSR</i>	65
8.2.10.	<i>Créer une Unite d'Hebergement renforcé (UHR) ou transformer un Cantou existant en UHR.</i>	65
8.2.11.	<i>Compléter la filière gériatrique par la création d'une équipe mobile gériatrique.</i>	66

8.2.12.	<i>Disposer/Bénéficier d'une IRM : Etude médico-économique de faisabilité.....</i>	67
8.3.	Valoriser l'activité et maîtriser les dépenses.....	68
8.3.1.	<i>Maîtriser les coûts de la masse salariale.....</i>	68
8.3.2.	<i>Valoriser l'activité du Pôle Urgences.....</i>	68
8.3.3.	<i>Mieux valoriser l'activité d'urgences pédiatriques.....</i>	69
8.3.4.	<i>Augmenter le nombre de sages-femmes par redéploiement interne.....</i>	69
8.4.	Renforcer le rôle de l'établissement au sein du territoire (Réseaux, Partenariats, GHT).....	70
8.4.1.	<i>Développer la télémédecine et la téléexpertise au sein du pôle Urgences.....</i>	70
8.4.2.	<i>Etre acteur au sein des réseaux territoriaux.....</i>	70
8.4.3.	<i>Développer une antenne Neuro-Vasculaire.....</i>	71
8.4.4.	<i>Développer des partenariats dans le cadre de l'Education thérapeutique du Patient.....</i>	71
8.4.5.	<i>Etre présent sur les différentes thématiques du Groupement Hospitalier de Territoire....</i>	72
8.4.6.	<i>Pérenniser le partenariat avec la clinique.....</i>	72
8.4.7.	<i>Réétudier les opportunités d'évolution de l'imagerie.....</i>	72
8.4.8.	<i>Poursuivre la démarche d'accréditation du laboratoire de biologie médicale, membre d'un GCS.....</i>	73
9.	L'évaluation médico-économique.....	74
9.1.	Création d'un Court Séjour Gériatrique de 25 lits (transformation de 25 lits de médecine polyvalente existants) et Création de 2 places d'Hôpital de Jour (2 lits).....	75
9.2.	Création d'un Court Séjour Gériatrique de 25 lits (transformation de 25 lits de médecine polyvalente existants) et Création de 4 places d'Hôpital de Jour (2 lits + 2 fauteuils).....	76
9.3.	Création d'un Court Séjour Gériatrique de 25 lits (transformation de 25 lits de médecine polyvalente existants) et Création de 3 places d'Hôpital de Jour (3 fauteuils).....	77
9.4.	Création d'un Court Séjour Gériatrique de 25 lits (transformation de 25 lits de médecine polyvalente existants) et Création de 5 places d'Hôpital de Jour (2 lits + 3 fauteuils).....	78
9.5.	Création d'un lit de ZSTCD et 1 place d'hôpital de jour au sein du service de Pédiatrie.....	79
9.6.	Augmentation des consultations d'échographies.....	80
9.7.	Budget global de formation dans le cadre du projet médical du centre hospitalier.....	81
10.	Annexes.....	82
10.1.	Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité.....	83
10.2.	Tableau de synthèse des parts de marché, de l'attractivité et des fuites.....	168
10.3.	Composition des groupes de travail.....	170
10.4.	Fiches actions.....	172
10.4.1.	<i>Fiches actions relatives à l'axe « Assurer une prise en charge sécurisée et de qualité »</i>	<i>173</i>
10.4.2.	<i>Fiches actions relatives à l'axe « Développer l'activité en s'adaptant aux besoins de la population »</i>	<i>196</i>

10.4.3.	<i>Fiches actions relatives à l'axe «Valoriser l'activité et maîtriser les dépenses»</i>	227
10.4.4.	<i>Fiches actions relatives à l'axe «Renforcer le rôle de l'établissement au sein du territoire (Réseaux, Partenariats, GHT)»</i>	235
10.5.	Cahier des charges des unités d'hébergement renforcées (UHR)	247
10.6.	Mesure 17 du plan Alzheimer : unités spécialisées au sein des SSR (UCC)	254

1. PRÉAMBULE

Le projet médical, présenté ci-après, respecte une structure bien précise qu'il convient de décrire dès à présent :

- Une brève présentation du Centre hospitalier Pierre Dézarnaulds de Gien.
- Une présentation de la méthodologie d'élaboration du présent projet médical.
- Une présentation des orientations régionales inscrites au Plan Régional de Santé élaboré par l'Autorité Régionale de Santé Centre-Val de Loire.
- Une analyse sociodémographique ainsi qu'une étude épidémiologique permettant de caractériser la population du territoire du Centre hospitalier. Ces deux éléments permettent d'apprécier l'actuel potentiel de patients mais permet également de s'inscrire dans une démarche prospective à moyen/long terme.
- Une définition de la zone d'attractivité du Centre hospitalier. Cette dernière est réalisée à partir de la carte de l'offre de soins hébergée par le portail des Agences Régionales de Santé puis retraitée dans le logiciel ADAPT (Analyse Dynamique de l'Attractivité, du Positionnement, des Territoires de santé des hôpitaux) développé par la société Héva. Cette zone de recrutement à 10% correspond, plus explicitement, à l'ensemble des codes géographiques sur lesquels le Centre hospitalier réalise plus de 10% de parts de marché.
- L'analyse des parts de marché, des fuites et de l'attractivité du Centre hospitalier sur ses activités principales de court séjour.
- Le tableau des fuites et attractivité relatif à ces activités. Cet objet d'analyse permet d'identifier des axes de développement et des axes potentiels de coopération et de partenariat.
- Une analyse des soins de suite et de réadaptation qui permet d'analyser les caractéristiques démographiques des patients et l'ensemble du case-mix par catégorie majeure.
- Une brève analyse de l'accueil des personnes âgées dans le département et la région.
- Une analyse des professionnels de santé libéraux ou mixtes permettant d'identifier la médecine de ville et les liens Ville-Hôpital.
- Une analyse comparative inter-établissements basée sur la sélection de six établissements comparables. Les analyses comparatives sont réalisées sur les items suivants :
 - o Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme
 - o Taux d'occupation en médecine et obstétrique
 - o IP-DMS en médecine et obstétrique
- La présentation, par thématique, de la stratégie médicale de l'établissement pour les cinq prochaines années ainsi que sa déclinaison opérationnelle.
- L'évaluation médico-économique des projets à fort enjeu financier.

Afin d'identifier plus précisément et de mettre en exergue les axes de développement identifiés et définis conjointement par la direction et les groupes de travail, les fiches-action sont présentées en annexes.

Les données présentées sont les chiffres officiels présents sur la base de données e-PMSI de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation), sur les applications ScanSanté (anciennement SNATIH) ainsi que sur le logiciel ADAPT développé par la société Héva. Ces derniers sont obtenus et collectés selon une démarche déclarative. C'est ainsi qu'il est primordial de préciser que les chiffres n'ont pas été obtenus de manière calculatoire. Ils ont été simplement observés, constatés et analysés. Ces bases étant officielles, c'est sur ces chiffres que les organismes financeurs vous jugent et vous regardent. C'est en tenant compte de ces précisions méthodologiques qu'il faudra entendre et apprécier les données exposées.

2. INTRODUCTION

Le projet médical 2016–2020 du Centre hospitalier Pierre Dézarnaulds repose sur la conviction partagée qu'il est nécessaire de s'accorder sur des axes stratégiques afin de guider l'action pour les cinq prochaines années :

- S'accorder au sein de la communauté hospitalière afin que le projet d'établissement soit fédérateur et mobilisateur et qu'il offre à chaque professionnel la possibilité de se repérer, de situer son action et de se reconnaître autour d'une ligne directrice partagée.
- C'est également s'accorder avec les partenaires institutionnels et les autorités de tarification sur la place de l'hôpital en lien avec l'ensemble des acteurs de santé et ce, dans un contexte de constitution de groupements de territoire qui aboutit au développement d'une stratégie commune et à la mutualisation des moyens en vue d'améliorer la performance et d'accroître la qualité et la sécurité des soins.

Ecoute et analyse, dialogue et ouverture, engagement et responsabilité, réactivité et efficacité sont les maîtres mots qui sous-tendent la réflexion du projet médical 2016–2020 du centre hospitalier.

Ce projet médical traduit l'aptitude de l'établissement à s'adapter aux besoins de santé de la population dans un contexte où la confiance des usagers oblige chaque professionnel à une maîtrise rigoureuse de la qualité et où la raréfaction des ressources publiques engage à l'efficacité. C'est également un projet qui témoigne de la volonté de travailler en réseau et d'une ouverture sur l'extérieur par une construction permanente d'un dialogue avec tous les acteurs du territoire.

La conception du projet médical 2016 – 2020 du centre hospitalier Pierre Dézarnaulds a intégré les déterminants de santé du territoire du Loiret et les orientations régionales du Projet Régional de Santé afin de prendre en compte la dimension territoriale dans l'ensemble des axes du projet.

Ce projet résulte de plusieurs mois d'analyses et d'échanges qui s'inscrivent dans une dynamique – projet forte, qui contribue à renforcer la position du centre hospitalier comme acteur majeur du territoire de santé. Les besoins d'adaptation des infrastructures à l'accueil des patients, la création d'unités spécifiques pour répondre aux besoins de la population, la nécessité de développer certaines activités afin de pérenniser l'offre de soins deviennent pressants. Le projet médical 2016 – 2020 du centre hospitalier doit permettre de consolider l'existant tout en proposant une ouverture pour les besoins non couverts.

En synthèse, le centre hospitalier Pierre Dézarnaulds doit être au service :

- Du parcours de soins de la population, ce qui implique une bonne articulation avec l'ensemble des acteurs du territoire,
- De la proximité pour éviter les fuites hors du territoire et en renforçant les compétences médicales et en organisant le recours,
- De la pertinence dans les compétences mises en œuvre, les actes et les gestes techniques et l'utilisation des fonds publics, tant au niveau de la gestion courante que de l'investissement.

3. PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE DÉZARNAULDS DE GIEN

3.1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Le centre hospitalier Pierre Dézarnaulds de Gien est un établissement public de santé au service de la population giennoise et de ses environs dont l'activité de soins se répartit sur un bassin de quelque 100 000 habitants avec des disparités socio-économiques entre cantons. Au carrefour de 6 territoires de santé, le centre hospitalier effectue l'essentiel de son activité dans un rayon de 30 kilomètres autour de Gien.

Le centre hospitalier a été rejoint en 2010 sur le même site par le clinique Jeanne d'Arc et ses activités chirurgicales. Le regroupement des deux établissements a donné lieu à la création du Pôle de Santé du Giennois.

Le centre hospitalier comprend 150 lits de court et moyen séjour et 242 lits en EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Avec un total de 392 lits et plus de 500 agents répartis dans les filières médicales, soignantes, administratives et techniques, le centre hospitalier est le troisième établissement public de santé du Loiret.

Le centre hospitalier est organisé en pôles :

- 4 pôles médicaux :
 - o Un pôle Urgences
 - Urgences – HTCD : 10 lits
 - o Un pôle Femmes-Enfants
 - Gynécologie – obstétrique : 25 lits
 - Pédiatrie : 20 lits
 - o Un pôle Médecine
 - Médecine polyvalente : 53 lits
 - Unité de soins continus : 6 lits
 - o Un pôle Gériatrique (SSR-EHPAD)
 - SSR : 36 lits
 - EHPAD : 242 lits
- 1 pôle Imagerie et Laboratoire articulé autour de deux GCS
- 1 pôle d'activité médicale de support
 - Pharmacie à usage interne.
 - Département d'information médicale

3.2. QUELQUES DONNÉES SYNTHÉTIQUES

Le centre hospitalier emploie 545,95 ETP (équivalents temps plein) au 01/01/2015 répartis comme suit :

- Personnel médical :
 - o Praticiens temps plein : 20
 - o Praticiens temps partiel : 4,5
 - o Attachés : 7,25
 - o Praticiens contractuels : 8,08
 - o Internes : 4

- Personnel non médical :
 - o Personnel administratif : 47,76
 - o Personnel soignant : 382,97
 - o Personnel technique : 45,89
 - o Personnel médicotechnique : 18,09
 - o Contrats d'avenir : 9,08.

Son budget d'exploitation est proche de 42 millions d'euros (source EPRD 2014).

L'activité réalisée en 2014 se répartit comme suit :

- Les consultations :
 - o 21 896 consultations externes et 456 actes de chirurgie dont 187 césariennes (chiffres 2014).
- Autres chiffres :
 - o 814 accouchements
 - o 27 624 passages aux urgences
 - o 653 sorties SMUR
- L'activité clinique au 31/12/2015 :

SERVICES	NBR LITS	ENTREES REALISEES		JOURNEES REALISEES		DUREE MOY. DE SEJ.		TAUX D'OCCUPAT*		ECARTS		ECARTS EN %	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	ENTREES	JOURNEES	ENTREES	JOURNEES
Médecine polyvalente Unité de soins continus	53 6	2 136 443	2 321 492	18 624 1 969	18 589 1 957	8,72 4,44	8,01 3,98	96,3% 89,9%	96,1% 89,4%	+ 185 + 49	-35 -12	8,7% 11,1%	-0,2% -0,6%
MEDECINE	59	2 579	2 813	20 593	20 546	7,98	7,30	95,6%	95,4%	+ 234	-47	9,1%	-0,2%
Maternité Gynécologie	20 5	1 001 459	906 432	4 389 941	3 981 856	4,38 2,05	4,39 1,98			-95 -27	-408 -85	-9,5% -5,9%	-9,3% -9,0%
GYNECO-OBSTETRIQUE	25	1 460	1 338	5 330	4 837	3,65	3,62	58,4%	53,0%	-122	-493	-8,4%	-9,2%
<=28 j >28 j	6 14	191 1 229	167 1 190	787 2 660	776 2 539	4,12 2,16	4,65 2,13	39,3% 56,9%	38,7% 54,3%	-24 -39	-11 -121	-12,6% -3,2%	-1,4% -4,5%
PEDIATRIE	20	1 420	1 357	3 447	3 315	2,43	2,44	51,6%	49,6%	-63	-132	-4,4%	-3,8%
Hospitalisation Très Courte Durée Hospitalisation post HTCD Entrées directes Hospit. Post HTCD	6 4	2 838 613 15	2 806 536	2 848 849	2 712 680	1,00 1,38	0,97 1,27	130,0% 58,2%	185,8% 46,6%	-32 -77	-136 -169	-1,1% -12,6%	-4,8% -19,9%
Hospitalisation Très Courte Durée + Entrées directes Hospit. Post HTCD	10	2 853	2 806	3 697	3 392	1,30	1,21	101,3%	92,9%	-47	-305	-1,6%	-8,2%
COURT SEJOUR	114	8 312	8 314	33 067	32 090	3,98	3,86	80,7%	78,3%	+ 2	-977	0,0%	-3,0%
MOYEN SEJOUR	36	509	507	10 509	11 037	21,70	23,02	80,0%	84,0%	-2	+ 528	-0,4%	5,0%
COURT ET MOYEN SEJOUR	150	8 821	8 821	43 576	43 127	4,94	4,89	80,5%	79,7%		-449		-1,0%
Unité La Vigne et Unité La Roseaie LAGARDE HEBERGEMENT TEMPORAIRE	158 80 4	49 17 30	47 20 24	57 372 28 716 574	58 021 28 936 567			99,5% 98,3% 39,3%	100,6% 99,1% 38,8%	-2 + 3 -6	+ 649 + 220 -7	-4,1% 17,6% -20,0%	1,1% 0,8% -1,2%
HEBERGEMENT	242	96	91	86 662	87 524			98,1%	99,1%	-5	+ 862	-5,2%	1,0%
TOTAL C.H.P.D.	392	8 917	8 912	130 238	130 651	14,61	14,66	90,5%	90,8%	-5	413	-0,1%	0,3%

- L'activité du plateau technique :
 - o Radiologie conventionnelle : 15 281 actes
 - o Scanner : 2954 actes
 - o Laboratoire : 18 764 examens pour 3 950 136 B.

3.3. LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE DES PROJETS D'ÉTABLISSEMENT ANTÉRIEURS ET LES ORIENTATIONS DU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Les deux précédents projets d'établissement ont été validés pour les périodes respectives :

- Projet d'établissement 2005-2010 validé en octobre 2004 par les instances de l'établissement et approuvé par l'ARH en avril 2005. Les principales réalisations de ce projet furent :

- L'ouverture d'un service d'imagerie en coupe exploité par un GIE public/privé.
 - La poursuite du rapprochement avec la clinique Jeanne d'Arc (Groupe Générale de Santé), la reconstruction sur le même site des deux établissements actée par l'ARS en 2007 et la création du pôle de santé du Giennois en 2010.
 - Le retour à l'équilibre budgétaire.
 - La signature dès 2004 de la première convention tripartite pour le pôle EHPAD.
 - L'accréditation en V1 de l'établissement (janvier 2006) puis sa certification avec réserve en V2 (novembre 2009).
- Projet d'établissement 2010-2015 validé en décembre 2010 par les instances de l'établissement et approuvé par l'ARS en avril 2011. Les principales réalisations de ce projet sont :
- La levée des réserves issues de la certification V2 suite aux transferts dans les nouveaux locaux (mars 2011).
 - La certification avec recommandations de l'établissement en V3 (Mai 2015)
 - La réouverture de l'Unité de Soins Continus (6 lits)
 - Le renforcement de l'activité de gynécologie-obstétrique (maintien de l'activité et baisse des charges d'exploitation par la mutualisation des blocs opératoires au sein du pôle de santé du giennois).
 - Le développement des coopérations sur les fonctions supports, adhésion à 2 GCS de moyens, l'un pour les achats (GCS Achats du Centre) et l'autre pour les mutualisations inter-établissement de l'est du Loiret (GCS CIEEL) : achats, informatique, qualité et gestion des risques, formations...
 - La poursuite et l'extension des coopérations sur le pôle médico-technique avec la création d'un GCS biologie avec le laboratoire d'analyse médicale privé et l'externalisation de l'imagerie conventionnelle.
 - Le renouvellement de toutes les autorisations d'activité suite à l'implantation dans les nouveaux locaux.
 - La mise en œuvre de la phase 2 du projet architectural avec la réalisation des études concernant la restructuration du pôle gériatrique (SSR et EHPAD).

L'établissement a signé deux CPOM :

- Le premier en mars 2007 avec l'ARH Centre (CPOM 2007-2009). Ce dernier a fait l'objet de 6 avenants.
- Puis un deuxième CPOM en cours d'exécution, signé en novembre 2012 avec l'ARS Centre (CPOM 2012-2016). Ce CPOM fixe les orientations stratégiques de l'établissement au regard du projet régional de santé.

L'établissement a également signé en janvier 2013 son deuxième contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBUMS 2013-2017).

Enfin, l'établissement a également signé deux conventions tripartites sur le secteur médico-social, portant respectivement sur les périodes 2005-2009 et 2010-2014.

4. MÉTHODOLOGIE : UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE

Pour l'ensemble du projet médical, la démarche suivie a été participative afin de croiser des approches transversales et des approches par thématique.

L'émergence du projet médical 2016 – 2020 est le résultat de 4 phases :

- Phase préliminaire : structuration du projet
- Phase diagnostic : analyse des besoins de santé et de l'offre de soins
- Phase d'orientation : déclinaison opérationnelle de la stratégie médicale
- Phase de priorisation : évaluation médico-économique, priorisation.

Pour ce faire, le centre hospitalier a été accompagné par un cabinet de conseil extérieur, SPH Conseil, qui a mis à disposition de l'établissement une équipe composée de consultants et d'experts médicaux pendant 7 mois.

4.1. PHASE PRÉLIMINAIRE : STRUCTURATION DU PROJET

Un Comité de Pilotage (COFIL) a été mis en place pour suivre l'élaboration du projet médical.

Le COFIL était composé :

- Du Directeur, Madame Marie DUNYACH,
- Du Président de la CME, Monsieur Le Dr Yann LEFEVRE,
- Du Chef de projet, Monsieur Henri PRAX
- Des chefs de pôle
 - o Pôle « Gériatrique » : Dr Marc AUDIBERT
 - o Pôle « Médecine » : Dr Marc GARRET
 - o Pôle « Femmes-Enfants » : Dr Lazhar ELLEUCH
 - o Pôle « Urgences » : Dr Pierre-Jean GILAVERT
 - o Pôle « Pharmacie » : Dr Marc LAURELLI
- De la coordinatrice générale des soins, Mme Valérie FOURCADE
- De la chargée des affaires médicales, Mme MARLIN

Ce COFIL a ainsi défini les axes stratégiques, validé la production des groupes de travail et préparé les décisions à prendre par le directoire.

Constitution des groupes de travail

Plusieurs groupes de travail ont été constitués afin de décliner de façon opérationnelle la stratégie médicale. Chaque groupe de travail a produit des fiches-action qui constituent la feuille de route, décrivant

- L'objectif stratégique,
- L'objectif opérationnel,
- Le contexte actuel,
- La situation future,
- Les traductions opérationnelles,

- Les contraintes et les opportunités du projet,
- Les indicateurs de suivi,
- Le coordonnateur.

Cinq groupes de travail thématiques ont été animés par un expert et un consultant SPH Conseil :

- Pôle Urgences
- Pôle Médecine
- Pôle Femmes-Enfants (Volet Gynécologie/Obstétrique et Volet Pédiatrie)
- Pôle Pharmacie
- Pôle Gériatrique (Volet SSR et Volet EHPAD)

De même, quatre groupes de travail transversaux ont été menés :

- Hospitalisation à Domicile (HAD),
- Education thérapeutique du patient (ETP),
- Hôpital de Jour (HDJ),
- Mise en place d'une filière gériatrique complète.

Le COPIL a également retenu quatre thématiques, étudiées et développées directement par l'établissement :

- Disposer/Bénéficier d'une IRM,
- Accentuer les partenariats,
- Améliorer la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs et l'accompagnement à la fin de vie,
- La tenue du dossier patient.

4.2. PHASE DIAGNOSTIC : ANALYSE DES BESOINS DE SANTÉ ET DE L'OFFRE DE SOINS

Dans un premier temps, un diagnostic stratégique a été réalisé afin :

- D'étudier l'attractivité ainsi que les besoins de santé et l'offre de soins du territoire de santé du Loiret pour mettre en évidence les caractéristiques principales de l'environnement du centre hospitalier.
- D'identifier et d'analyser l'activité des acteurs locaux pour objectiver le positionnement stratégique du centre hospitalier Pierre Dézarnaulds en mettant en exergue les points forts et les points faibles pour dégager des opportunités de développement d'activités et de collaboration.
- D'analyser les textes et les conventions existantes pour réaliser un schéma global des coopérations effectives,
- De réaliser un diagnostic interne au travers d'entretiens de pôle permettant d'identifier les principaux axes stratégiques du projet médical.

4.3. PHASE D'ORIENTATION : DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE DE LA STRATÉGIE MÉDICALE

A la suite de la validation de la stratégie médicale par le COPIL, les groupes de travail ont été mis en place. Deux réunions ont permis l'émergence de projets traduits par une feuille de route.

4.4. PHASE DE PRIORISATION

Dès validation des fiches-action par le COPIL, le cabinet de conseil SPH Conseil a procédé à l'évaluation médico-économique des projets médicaux afin de permettre au centre hospitalier de prioriser les projets en fonction :

- De la rationalité économique,
- De la qualité de la prise en charge,
De la faisabilité opérationnelle.

5. LES ORIENTATIONS RÉGIONALES

Le Plan Régional de Santé (PRS) 2012-2016, qui s'appuie sur un diagnostic de l'état de santé et de l'offre de santé en région, définit les grandes orientations stratégiques de la politique de santé pour la région Centre-Val de Loire.

Les priorités du Plan Stratégique Régional de Santé sont organisées par grands domaines thématiques, d'importance identique, correspondant chacun à un ensemble de problématiques de santé dont les réponses sont à organiser dans les champs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social :

Les priorités dans le domaine de l'Autonomie :

- Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap ;
- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées (à domicile ou en établissement) :
 - o Prévenir la perte d'autonomie
 - o Améliorer le dépistage des facteurs de fragilité, dont les troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés)
 - o Améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques
- Promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée :
 - o Améliorer la coordination des acteurs
 - o Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles
 - o Organiser l'accès et la continuité des soins
- Favoriser le choix de vie à domicile :
 - o Apporter des solutions de répit et/ou alternatives à l'institutionnalisation
 - o Améliorer l'information et la formation à destination des aidants naturels

Les priorités dans le domaine de la Veille et sécurité sanitaire :

- Garantir un environnement favorable à la santé ;
- Accroître le niveau de sécurité sanitaire en région.

Les priorités dans le domaine de la Périnatalité et petite enfance :

- Améliorer les conditions de la grossesse et de la naissance ;
- Améliorer le repérage et le suivi des facteurs de risques chez la femme enceinte
- Améliorer la santé de l'enfant ;
- Mieux prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées.

Les priorités dans le domaine des Maladies chroniques :

- Améliorer la qualité de vie des malades chroniques ;
- Renforcer la lutte contre les maladies chroniques ayant le plus fort impact en termes de mortalité et de morbidité (cancers, maladies cardio-neuro-vasculaires, diabète).

Les priorités dans le domaine de la Santé mentale :

- Diminuer la mortalité par suicide ;
- Améliorer la réponse aux situations de crise ;
- Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale.

Les priorités dans le domaine des conduites à risques :

- Prévenir les conduites à risques ;
- Réduire les conséquences des conduites à risques.

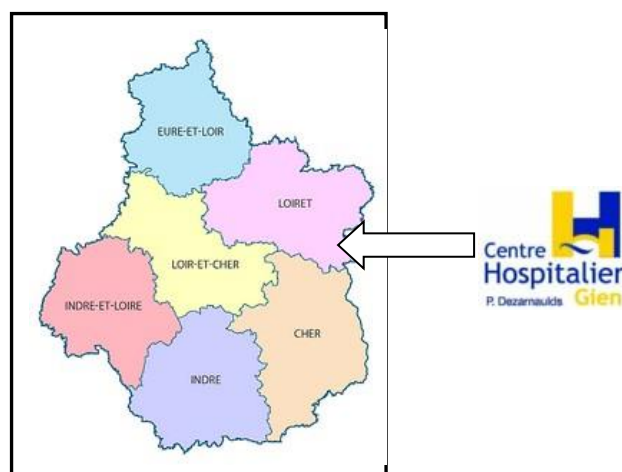
6. LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON TERRITOIRE : DÉTERMINANTS STRATÉGIQUES ET OBJECTIFS RÉGIONAUX

La région Centre-Val de Loire est découpée en six territoires de santé correspondant aux six départements : Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher et Loiret.

Il est important de mettre en évidence le déséquilibre nord/sud au sein de cette région. En effet, le nord est proche de l'Île-de-France, de Paris et profite ainsi de son rayonnement. De même, le nord profite de l'axe ligérien (axe suivant le cours de la Loire) concentrant population et activités économiques alors que le sud est en déclin démographique et économique.

Le centre hospitalier Pierre Dézarnaulds de Gien est situé sur le territoire et dans le département du Loiret, plus précisément au sud-est de ce territoire ce qui lui confère une position stratégique, au carrefour de trois territoires de santé (Loiret, Cher et Nièvre).

Le nombre d'habitants de ce territoire est de 681 086 habitants (population totale légale en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2015) ce qui en fait le département le plus peuplé de la région.



6.1. PROFIL DES PATIENTS DU TERRITOIRE DE SANTÉ ET ANALYSE DES BESOINS DE SOINS

6.1.1. LE TERRITOIRE DU LOIRET, UN TERRITOIRE URBAIN EN AUGMENTATION DÉMOGRAPHIQUE

Le département du Loiret connaît une certaine hausse démographique, en témoigne le taux moyen de variation de sa population qui atteint +0,4% pour la période 2006-2013. Cette évolution repose sur son solde naturel soutenu de +0,5% (le plus important, à égalité avec le territoire de santé de l'Eure-et-Loir) malgré un solde migratoire négatif (-0,1% par an).

La population du Loiret progresse plus vite que la population de la région (+0,3% par an) mais moins rapidement que celle de la France (+0,5% par an).

Taux de variation de la population 2013								
en %								
Taux de variation annuel moyen	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France métropolitaine
Total								
2006-2013	-0,2	0,5	-0,2	0,5	0,4	0,4	0,3	0,5
Dû au mouvement naturel								
2006-2013	-0,1	0,5	-0,3	0,3	0,1	0,5	0,2	0,4
Dû au solde apparent des entrées et des sorties								
2006-2013	-0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	-0,1	0,1	0,1

Source : Insee, recensements de la population 1975 à 1999, état civil (données domiciliées), estimations de population 1999-2013.

Le Loiret est un département dynamique qui, avec le territoire de l'Indre-et-Loire, contribue pour les deux tiers à la croissance régionale de la population.

Sa densification, de type périurbain et urbain, s'explique par sa proximité avec la région Ile-de-France mais aussi grâce à l'attractivité de l'axe ligérien, axe du fleuve de la Loire passant par les villes de Tours, Blois, Orléans et Gien. Le Loiret est constitué de quatre aires urbaines : Gien, Orléans, Montargis et Pithiviers. En 2011, 82,1% de la population du territoire vivaient dans ces zones (densité 98hab/km² en 2013).

6.1.2. UN TERRITOIRE MARQUÉ PAR L'ISOLEMENT ET LA DÉPENDANCE D'UNE POPULATION VIEILLISSANTE

Le Loiret dispose d'un indice de vieillissement relativement faible. Il dispose du second indice le plus faible de la région à savoir, 69,2. Cet indice est le rapport de la population des 60 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 60 ans ou plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

Son indice est inférieur à celui de la région (82,1) et à l'indice national (72,2).

	Indre	Loir-et-Cher	Cher	Loiret	Indre-et-Loire	Eure-et-Loir	Région	France
Indice de vieillissement de la population en 2013	117,8	96	103,7	69,2	79,7	67,1	82,1	72,2

Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans
Source : INSEE

Les évolutions de la population de la région Centre-Val de Loire pour 2040 démontrent un fort vieillissement de la population. Pour le territoire du Loiret, une baisse de 2,1 points est attendue pour la tranche des moins de 20 ans, de même une baisse de 7,3 points est estimée pour les 20-64 ans. En revanche selon la tendance projetée, la catégorie des personnes âgées devrait connaître une hausse significative de 9,4 points. Cette hausse est à constater dans tous les autres territoires de santé mais celle du Loiret est à relativiser et devrait être l'une des moins importantes (Cher : 11 points, Eure-et-Loir : 9,6 points, Indre : 10,6 points, Indre-et-Loire : 9,3 points, Loir-et-Cher : 11,2 points). Elle devrait être également inférieure à l'estimation faite pour la région (augmentation de 9,8 points) mais légèrement supérieure à la prévision effectuée sur l'ensemble du territoire national (augmentation de 9,3 points).

Population par âge en 2007 et 2040									
		en %							
	Année	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Moins de 20 ans	2007	22,5	25,9	21,2	24,4	23,4	25,5	24,3	25,0
	2040	20,6	23,5	19,3	22,4	21,4	23,4	22,3	22,6
20 à 64 ans	2007	57,0	57,8	55,7	58,0	55,9	58,2	57,4	58,6
	2040	47,8	50,6	47,0	50,6	47,5	50,9	49,7	51,8
65 ans ou plus	2007	20,6	16,3	23,1	17,6	20,7	16,3	18,3	16,3
	2040	31,6	25,9	33,7	26,9	31,2	25,7	28,1	25,6
Total (en milliers)	2007	315	422	233	583	326	648	2 527	63 601
	2040	315	472	238	688	366	728	2 807	73 196

Note : les projections pour 2040 sont celles du scénario central d'Omphale.
Source : Insee, Omphale 2010.

Cette tendance confirmée de l'augmentation des populations âgées impacte directement la propension de personnes potentiellement dépendantes.

L'INSEE a formulé l'hypothèse d'un scénario d'évolution tendancielle de la démographie conjugué à un scénario d'une baisse des taux de dépendance : tous les gains d'espérance de vie à venir sont alors des années passées sans dépendance.

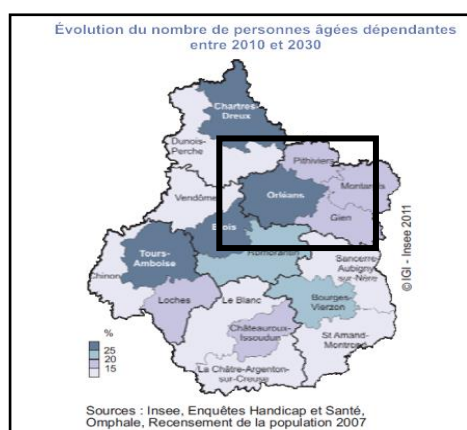
Entre 2010 et 2017, la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes serait soutenue, supérieure à 1 % par an car les générations nées après la première guerre mondiale atteindront des âges où les taux de dépendance sont élevés.

À compter des années 2020, les générations « creuses », nées dans les années 1930 et durant la seconde guerre mondiale, n'induiront qu'une légère augmentation (environ 0,6 % annuel, soit 2 700 personnes).

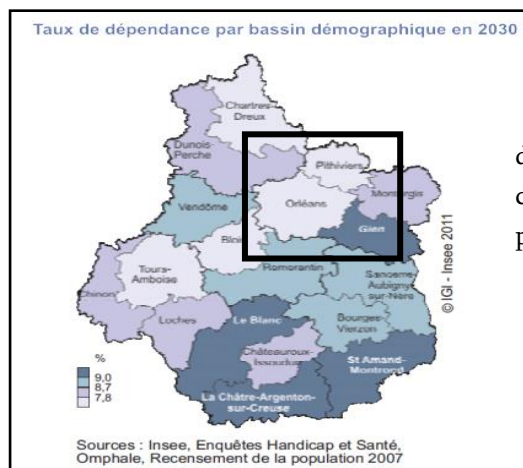
Enfin, cette population s'accroîtrait de nouveau de façon sensible à partir de 2027, à l'arrivée aux âges avancés de la génération du baby-boom.

Selon cette hypothèse, en 2030, la région Centre compterait plus de 71 000 personnes âgées de plus de 60 ans potentiellement dépendantes.

Ces données traduisent pour l'avenir une demande de soins et de structures de prise en charge importante et amène à une réflexion des établissements sur une meilleure prise en charge de ces personnes.



Les évolutions ne seront pas similaires au sein des six territoires de santé de la région Centre-Val de Loire. Il apparaît que l'évolution des personnes potentiellement dépendantes serait plus importante dans les départements les plus dynamiques du point de vue démographique.



Cette carte illustre la projection du taux de dépendance de la population en 2030. Le bassin démographique de Gien connaîtrait un taux de dépendance égal à 9%. Ce taux sera le plus élevé du département du Loiret.

6.1.3. ANALYSE DE LA PRÉCARITÉ : UN TERRITOIRE MARQUÉ PAR UN TAUX DE CHÔMAGE ÉLEVÉ

Le territoire du Loiret est caractérisé par un revenu fiscal annuel médian par unité de consommation supérieur aux montants régional et national. Ainsi ce montant était de 19 841 euros en 2011, soit le plus haut revenu fiscal annuel parmi les territoires de santé. Ce dernier est supérieur au revenu fiscal régional qui est de 19 211 euros et au revenu national qui est de 19 218 euros.

En ce qui concerne, la part des ménages fiscaux imposés, il faut constater que le Loiret est aussi en tête avec 64,6% de ses ménages fiscaux effectivement imposés, chiffre supérieur aux données régionales et nationales respectivement de 61,3% et 61%.

Revenu fiscal annuel en 2011	Année 2011							
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France métropolitaine
Ensemble des ménages fiscaux	en euros, en %							
Nombre total de ménages fiscaux	140 374	177 351	105 310	256 815	144 726	278 165	1 102 741	26 701 110
Part des ménages fiscaux imposés (en %)	58,0	63,9	54,0	61,2	60,5	64,6	61,3	61,0
Nombre moyen d'unités de consommation (UC) par ménage fiscal	1,53	1,63	1,51	1,55	1,57	1,60	1,57	1,59
Revenu fiscal déclaré par unité de consommation (en euros par UC)								
Revenu médian	18 340	19 768	17 592	19 410	18 956	19 841	19 211	19 218
1er décile (D1)	7 006	8 189	7 340	8 151	8 118	7 560	7 776	6 924
9e décile (D9)	33 863	36 237	31 929	36 570	34 681	36 942	35 672	38 960
Rapport interdécile (D9 / D1)	4,8	4,4	4,4	4,5	4,3	4,9	4,6	5,6

(1) : revenus salariaux et revenus des professions non salariées.
Sources : Insee et DGFiP, dispositif Revenus fiscaux localisés des ménages.

Par ailleurs, le territoire du Loiret détenait le second taux de chômage le plus élevé au quatrième trimestre de 2013, ce dernier atteignant 9,4% de sa population active. Il est devancé par le Cher avec un taux culminant à 10%. Malgré une baisse de 0,2 point par rapport aux trimestres précédents (baisse visible à l'échelle de tous les territoires et de la région), le Loiret dispose d'un taux de chômage plus élevé que le taux régional qui est de 9,2%, mais qui reste inférieur au taux national de 9,7%. Il en résulte que le taux de chômage était plutôt stagnant dans le département comme dans la région qui se place au douzième rang national.

Taux de chômage en 2013								
								en %
Année 2013	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France métropolitaine
Quatrième trimestre	10,0	9,2	9,0	8,7	8,7	9,4	9,2	9,7
Troisième trimestre	10,4	9,5	9,3	8,9	9,0	9,6	9,4	9,9
Deuxième trimestre	10,4	9,5	9,3	9,0	9,0	9,6	9,4	9,9
Premier trimestre	10,4	9,6	9,2	8,8	9,0	9,6	9,4	9,9

Note : données CVS en moyenne trimestrielle.
Source : Insee, taux de chômage localisés.

Cependant le taux de chômage continue d'augmenter et, au quatrième trimestre 2014, il a atteint 10,1% de la population active. Ce dernier est plus élevé que les taux de chômage régional et national, respectivement de 9,7% et de 10%. Sur l'année 2014, la progression du taux de chômage est estimée à +0,5 point sur le territoire du Loiret et de la région Centre-Val de Loire.

Le nombre de demandeurs d'emploi augmente de +1.1% en mars 2015, par rapport au mois précédent. Ce taux augmente de +0.8% pour le territoire du Loiret, augmentation plus forte que celle du territoire national.

	Taux de chômage 2014				Le marché du travail régional et départemental en mars 2015								
	1er trim.	2ème trim.	3ème trim.	4ème trim.	STRUCTURE ET EVOLUTION DES DEMANDES D'EMPLOI DE CATEGORIE A EN FIN DE MOIS								
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France métro (en milliers et %)					
Loiret	9,6	9,6	9,8										
Centre Val de Loire	9,2	9,3	9,5										
France	9,7	9,7	9,9										
INSEE, DIRECCTE													

D'un point de vue économique et social, les ménages de la région Centre-Val de Loire bénéficient d'une situation plutôt stable par rapport aux autres régions mais les disparités économiques continuent de s'accroître et certains territoires, comme le Loiret, restent fragiles.

Le taux de pauvreté départemental a augmenté de +0.6 point entre 2008 et 2009 et de +0.8 point entre 2009 et 2010, confirmant ainsi la tendance à la hausse. Il était en 2010 de 12% et demeurait inférieur aux taux de pauvreté national (14.1%) et régional (12.4%).

Pauvreté par département						
						euro, %
	Revenu fiscal mensuel médian	Niveau de vie médian sous le seuil de pauvreté	Taux de pauvreté			
			2010	2009	2008	
Cher	1 541	781	14,2	13,4	13,0	
Eure-et-Loir	1 644	789	11,3	10,7	9,9	
Indre	1 492	790	14,7	14,1	13,5	
Indre-et-Loire	1 617	795	11,9	11,5	11,1	
Loir-et-Cher	1 590	789	12,1	11,7	11,0	
Loiret	1 652	782	12,0	11,2	10,6	
Centre	1 605	788	12,4	11,4	11,2	
Province	1 572	781	14,3	13,8	13,2	
Métropole	1 606	778	14,1	13,5	13,0	

Sources : Insee ; DGFiP, Revenus disponibles localisés 2010 -Enquêtes revenus fiscaux et sociaux ; Cnav ; Cnav ; CCMSA

6.1.4. UN TERRITOIRE CARACTÉRISÉ PAR UNE SOUS-MORTALITÉ

6.1.4.1. ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie à la naissance de la région Centre-Val de Loire s'élève à 78,8 ans pour les hommes et 84,9 ans pour les femmes. Ces deux indicateurs sont équivalents aux niveaux nationaux : légèrement supérieur pour l'espérance de vie des hommes (78,7 ans) et légèrement inférieur pour les femmes (85 ans).

Les données du Loiret sont plus élevées que les données nationales. En effet, l'espérance de vie à la naissance est de 78,9 ans pour les hommes et de 85,1 ans pour les femmes.

De fait, le Loiret dispose des espérances de vie à la naissance les plus fortes de la région, derrière l'Indre-et-Loire (79,7 ans pour les hommes et 85,5 ans pour les femmes).

En ce qui concerne l'espérance de vie à 60 ans et 65 ans, on constate que le Loiret dispose de données supérieures aux données nationales et régionales.

Espérance de vie au 1er janvier 2013		Au 1er janvier 2013							en années
		Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	
Espérance de vie à la naissance									
Hommes		78,0	78,9	78,0	79,7	78,6	78,9	78,8	78,7
Femmes		84,3	84,7	84,2	85,5	84,8	85,1	84,9	85,0
Espérance de vie à 60 ans									
Hommes		22,1	22,9	21,7	23,4	22,9	23,0	22,8	22,8
Femmes		26,8	26,8	26,4	28,0	27,4	27,5	27,3	27,3
Espérance de vie à 65 ans									
Hommes		18,4	19,0	17,9	19,5	19,2	19,1	19,0	19,0
Femmes		22,4	22,5	22,1	23,5	23,0	23,1	22,8	23,0

Source : Insee, état civil (données domiciliées), estimations de population.

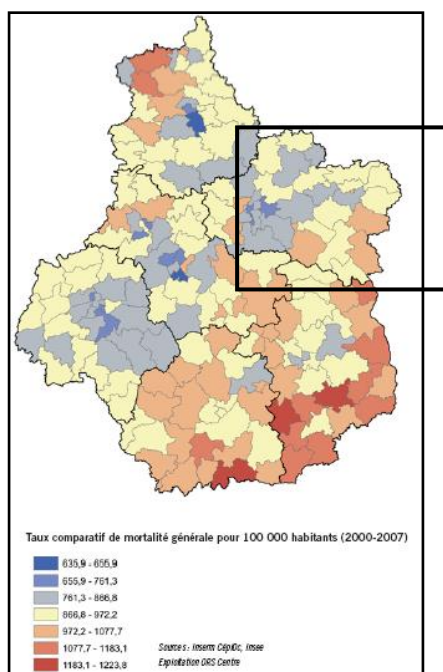
6.1.4.2. UNE SOUS-MORTALITÉ GÉNÉRALE

Le taux de mortalité ou taux brut de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année rapporté à la population totale moyenne de l'année). S'agissant du territoire de santé du Loiret, ce dernier dispose du taux de mortalité le plus bas de la région Centre-Val de Loire, avec 8,7 décès pour mille habitants. Ce taux est supérieur de 0,1 point par rapport à celui de la France (8,6 pour mille).

Plus précisément, il dispose du taux de mortalité le plus faible chez les femmes (8,2 décès pour mille habitants) et du deuxième taux le plus faible chez les hommes (9,2 pour mille). On peut en déduire que le Loiret ne connaît pas de situation de surmortalité, ses taux sont avoisinants aux taux nationaux.

Taux de mortalité en 2013		Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Décès en 2013		3 597	3 865	3 051	5 415	3 652	5 790	25 370	567 284
Taux de mortalité (en ‰)									
Ensemble		11,5	8,9	13,5	9,0	11,0	8,7	9,9	8,6
Hommes		12,1	9,1	14,0	9,4	11,7	9,2	10,3	9,0
Femmes		11,0	8,7	12,9	8,6	10,3	8,2	9,4	8,3

Source : Insee, état civil (données domiciliées), estimations de population.



Les taux comparatifs de mortalité générale présentent des disparités selon les territoires. La région a connu 24 190 décès sur la période 2000-2007 soit un taux de 888,1 pour 100 000 habitants, taux inférieur au taux national (899,5 pour 100 000 habitants). L'observation des cantons démontre que le sud-est est la zone géographique la plus touchée. Le Loiret, quant à lui, détient le second taux comparatif de mortalité générale le plus bas.

6.1.4.3. UNE SOUS-MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Lorsque l'on s'intéresse aux indicateurs de mortalité prématurée, le Loiret se caractérise par des taux significativement inférieurs aux taux régionaux et nationaux. En effet, le nombre de décès prématurés chez les hommes est de 256,3 pour 100 000 habitants et il est de 120,9 chez les femmes.

Ces données départementales sont inférieures aux données régionales et nationales. Ces dernières sont respectivement de 279,3 décès prématurés pour mille habitants pour les hommes et 125,4 décès pour les femmes contre 273 décès prématurés chez les hommes et 124,7 chez les femmes.

	Années 2009 - 2011							France
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	
pour 100 000 habitants								
Hommes								
Toutes causes	334,3	285,1	307,4	248,8	293,5	256,3	279,3	273,0
dont :								
tumeurs	129,7	109,0	110,4	102,4	110,7	96,6	107,5	100,3
appareil circulatoire	42,2	39,4	47,2	29,7	34,7	37,3	37,3	38,2
traumatisme, empoisonnement et causes externes	69,8	53,5	64,3	48,0	62,2	52,9	56,1	48,9
alcoolisme	9,0	8,3	9,8	6,2	8,2	6,6	7,6	6,6
Femmes								
Toutes causes	132,6	126,2	143,7	115,9	130,6	120,9	125,4	124,7
dont :								
tumeurs	63,1	67,2	69,8	60,7	61,1	59,0	62,5	58,9
appareil circulatoire	15,8	10,0	15,1	8,7	14,8	14,7	12,7	12,6
traumatisme, empoisonnement et causes externes	16,6	13,5	17,8	14,9	17,1	14,9	15,3	15,0
alcoolisme	1,4	1,2	2,4	1,3	1,9	1,5	1,5	1,5

Source : Inserm, CapiDc.

A l'échelle du département du Loiret, près de six décès sur dix sont dus aux tumeurs et maladies de l'appareil circulatoire. Les principales causes de décès chez les femmes sont : les maladies de l'appareil circulatoire (29%), les tumeurs (26%) et les maladies du système nerveux et des organes des sens (8%). En ce qui concerne les hommes, ces deux premières causes sont inversées, elles sont à 34% des tumeurs, à 25% des maladies de l'appareil circulatoire et pour 8% des causes externes de blessures et empoisonnement.

A l'échelle de la région, le constat est similaire. Chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 28% des causes de décès, les tumeurs 26% et les symptômes et états de morbidité mal définis

9%. Chez les hommes, la première cause de mortalité concerne les tumeurs avec un taux de 35%, puis suivent les maladies de l'appareil circulatoire avec 24% et enfin 8,3% des décès sont causés par des causes externes de blessure et empoisonnement.

A noter, également que parmi les 4500 décès annuels qui ont eu lieu de manière prématurée entre 2000 et 2007, 7,8% étaient dus à des suicides et 5,5% aux accidents de la route.

Causes de décès pour les femmes et les hommes en 2011	en %			
	Femmes		Hommes	
	Loiret	Centre	Loiret	Centre
Maladies infectieuses et parasitaires	1,7	1,9	1,8	1,8
<i>dont SIDA et maladies à VIH</i>	0,0	0,0	0,0	0,1
Tumeurs	26,6	26,2	34,2	34,7
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4,3	4,2	3,2	3,4
Troubles mentaux et du comportement	3,8	4,6	3,1	3,2
<i>dont abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)</i>	0,3	0,2	1,1	0,9
Maladies du système nerveux et des organes des sens	8,8	8,1	5,5	4,8
Maladies de l'appareil circulatoire	29,0	28,0	25,8	24,0
Maladies de l'appareil respiratoire	5,2	5,7	5,2	5,5
Maladies de l'appareil digestif	2,8	3,5	3,8	4,3
<i>dont maladies chroniques du foie</i>	0,4	0,7	1,8	1,9
Maladie de l'appareil génito-urinaire	1,8	1,5	1,9	1,5
Symptômes et états morbides mal définis	7,4	9,1	5,8	6,9
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	5,9	5,3	8,3	8,3
<i>dont accidents de transport</i>	0,4	0,3	1,4	1,2
<i>dont chutes accidentelles</i>	1,6	1,1	0,9	1,0
<i>dont suicides</i>	0,9	0,9	2,9	3,2
Autres maladies	2,5	2,1	1,4	1,5
Total toutes causes	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Inserm, CepiDc.

6.1.5. MORBIDITÉ ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ

6.1.5.1. OBÉSITÉ ET SURPOIDS

Taux de prévalence : Nombre de personnes souffrant d'une maladie particulière à un moment donné, par population exposée au risque de cette maladie.

A partir des données de l'étude Obépi-Roche de 2009, on constate que l'obésité continue de progresser en France. Le poids moyen des Français ne cesse d'augmenter et en 2009, 14,5% d'entre eux étaient obèses et 31,9% étaient en surpoids. La prévalence de la population en surpoids est relativement stable mais celle de l'obésité continue d'augmenter à un taux d'environ 0,5% par an. L'étude fait le constat suivant : l'obésité augmente quel que soit la catégorie socio-professionnelle (CSP) des personnes concernées et quel que soit la zone géographique, il ressort également (et ce depuis 1997) que la prévalence de l'obésité est inversement corrélée au niveau d'instruction et aux revenus des foyers.

En ce qui concerne la région Centre-Val de Loire (l'étude datant de 2009, la région Centre était regroupée dans un groupe de régions déterminé « Bassin parisien »), celle-ci présentait une prévalence de l'obésité supérieure à la prévalence observée au niveau national : en 2009, 17,7% des adultes de la région étaient obèses contre 14,5% pour la prévalence nationale.

Les dernières données de l'étude OBEPI-ROCHE de 2012 confirme la tendance à la hausse de l'obésité et du surpoids en région Centre avec un taux de 16,9%, inférieur au taux de 2009 mais toujours supérieur à la moyenne nationale de 15%.

	Prévalence de l'obésité en						Evolution de la prévalence de l'obésité					Evolution de la prévalence de
	1997	2000	2003	2006	2009	2012	entre 1997 et 2000	entre 2000 et 2003	entre 2003 et 2006	entre 2006 et 2009	entre 2009 et 2012	entre 1997 et 2012
Centre	9,80%	10,70%	13,60%	13,70%	17,70%	16,90%	9,20%	27,10%	0,70%	29,20%	-4,50%	72,40%
France	8,50%	10,10%	11,90%	13,10%	14,50%	15%	18,80%	17,80%	11%	10,70%	3,40%	76,50%

6.1.5.2. DIABÈTE

Le diabète est un problème de santé publique au cœur des préoccupations des acteurs de santé. Le PRS inscrit dans ses priorités le renforcement de la lutte contre les maladies chroniques dont le diabète.

La prévalence du diabète traité était proche de 4% en 2007 à l'échelle nationale, taux en constante augmentation depuis 2000.

Dans la région Centre, le diabète (types 1 et 2) touchait environ, en 2009, 4,2% de la population nationale. Le Loiret disposait du troisième taux le plus bas de la région, soit 4,2% (le taux le plus important de personnes diabétiques étant celui de l'Indre avec 4,9% de sa population). Cependant, il faut noter que le Loiret a connu la plus forte évolution de personnes diabétiques entre 2008 et 2009 avec une hausse de 6,4%.

	Nb diab.	Population totale	% Diab. 2009	Evolution 2009/2008
Cher	14 947	314,676	4,7%	3,8%
Eure-et-Loir	16 395	421 113	3,9%	5,3%
Indre	11 329	232 959	4,9%	4,1%
Indre-et-Loire	21 643	580 312	3,7%	5,1%
Loir-et-Cher	15 037	325 183	4,6%	3,8%
Loiret	27 267	645 324	4,2%	6,4%
Région Centre	106 618	2 519 567	4,2%	5,0%

Etude menée par l'URCAM en 2009 à partir des remboursements de l'Assurance maladie.

Taux comparatif de séjours hospitaliers pour diabète (type II) pour 1 000 habitants (2006-2008)

	Séjours hospitaliers pour diabète de type 2
Cher	10,4
Eure-et-Loir	13,7
Indre	10,7
Indre-et-Loire	9,8
Loir-et-Cher	9,2
Loiret	11,6
Région	10,9

Sources : PMSI – MCO (Arh, Ureh),
Insee – Exploitation: ORS Centre

Il faut noter également que le Loiret détient le taux le plus élevé de séjours hospitaliers pour cause de diabète de type 2 soit 11,6 pour mille pour la période 2006-2008 (environ 27 700 hospitalisations par an), taux supérieur à celui de la région Centre de 10,9 pour mille.

6.1.5.3. HOSPITALISATIONS ET AFFECTIONS LONGUE DURÉE

Le motif d'ALD le plus important est le motif ALD 8 à savoir, diabète de type 1 et de type 2. Ce taux représente 4 319 admissions pour mille personnes hospitalisées. Les autres motifs principaux d'admissions sont : ALD 30 (Tumeurs malignes), ALD 13 (Maladies coronaires), ALD 23 (Affections psychiatriques de longue durée, ALD 12 (Hypertension artérielle sévère) et ALD 5 (Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies congénitales graves).

Les taux départementaux sont supérieurs aux taux régionaux concernant trois motifs d'admissions : ALD 8, ALD 12 et ALD 5.

Taux standardisé pour 100 000 personnes de chacune des 30 affections au 31/12/2013 - données régime général						
Nom du département	ald5	ald8	ald12	ald13	ald23	ald30
Cher	1 447	4 237	1 339	2 214	1 831	3 432
Eure-et-Loir	1 641	3 377	3 099	2 003	2 679	3 520
Indre	1 531	4 308	1 644	2 213	2 666	3 729
Indre-et-Loire	1 339	3 545	1 398	1 737	1 756	3 049
Loir-et-Cher	1 358	4 202	1 172	1 868	1 798	3 370
Loiret	1 495	4 319	1 591	1 897	1 758	3 383
CENTRE	1 463	4 120	1 502	1 950	1 892	3 390

Si l'on s'intéresse au nombre de nouveaux cas en ALD, toutes pathologies confondues, on constate que le département du Loiret a connu le nombre le plus important d'admissions avec 12 050, ce qui représente 25,3% du total de nouvelles admissions dans la région.

Les principaux motifs d'admission en ALD sont : ALD 30 (Tumeur maligne), ALD 8 (Diabète de type 1 et 2), ALD 5 (Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies congénitales graves), ALD 13 (Maladies coronaires), ALD 23 (Affections psychiatriques de longue durée) et ALD 15 (Maladie d'Alzheimer et autres démences).

Au niveau régional, ce sont ces mêmes affections, dans ce même ordre qui représentent la majorité des nouvelles admissions en ALD.

Intitulé de l'affection	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	230	360	270	480	250	590	2 180	54 480
2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	30	40	10	50	30	40	190	4 220
3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	270	360	210	470	230	450	1 990	54 870
4 Bilharzose compliquée	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	20
5 Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	560	830	560	1 220	640	1 240	5 040	129 480
6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	100	90	60	190	80	190	700	19 980
7 Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	20	30	<10	50	20	80	220	7 550
8 Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 100	1 400	950	1 830	1 200	2 190	8 660	211 320
9 Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	100	160	120	260	100	220	960	27 480
10 Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constitutionnelles et acquises sévères	<10	<10	<10	20	<10	20	50	1 740
11 Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	<10	30	10	30	<10	50	140	3 180
12 Hypertension artérielle sévère	<10	20	<10	10	<10	20	60	1 330
13 Maladie coronaire	570	650	440	930	530	1 040	4 150	94 070
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	90	260	170	340	190	360	1 400	40 470
15 Maladie d'Alzheimer et autres démences	330	300	240	570	280	600	2 310	60 670
16 Maladie de Parkinson	90	90	80	150	80	140	620	15 780
17 Maladies métaboliques héréditaires	20	40	10	60	20	50	210	6 210
18 Mucoviscidose	<10	<10	<10	<10	<10	<10	10	340
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	90	120	50	170	100	200	730	21 580
20 Paraplégie	<10	<10	<10	<10	<10	20	50	1 790
21 PAN, LEAD, sclérodémie généralisée	30	50	40	50	30	80	260	9 470
22 Polyarthrite rhumatoïde	70	110	70	200	70	190	700	17 850
23 Affections psychiatriques de longue durée	370	750	430	910	350	980	3 780	119 490
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	40	90	40	140	40	130	480	12 360
25 Sclérose en plaques	20	40	20	50	20	60	200	4 860
26 Scoliose structurale évolutive	20	40	20	60	30	30	190	5 300
27 Spondylarthrite ankylosante grave	30	70	50	130	60	140	480	9 100
28 Suites de transplantation d'organe	<10	<10	<10	<10	<10	<10	30	680
29 Tuberculose active, lèpre	20	20	<10	20	<10	40	110	3 560
30 Tumeur maligne	1 590	1 890	1 200	2 670	1 430	2 910	11 690	285 150
TOTAL	5 790	7 830	5 070	11 050	5 790	12 050	47 570	1 224 350

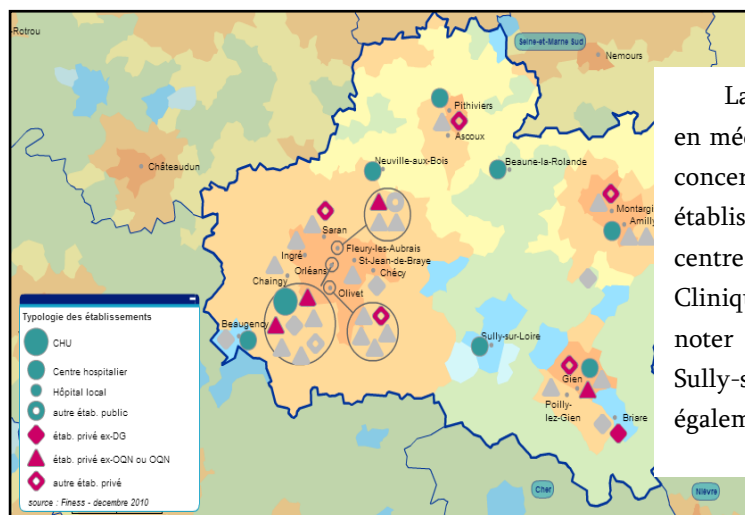
6.2. OFFRE DE SOINS

6.2.1. LE COURT SÉJOUR HOSPITALIER

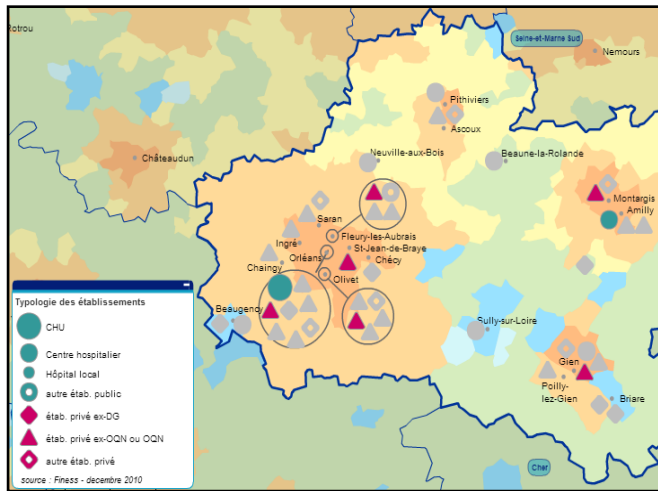
Si l'on s'intéresse, dans un premier temps, à l'offre en court séjour de médecine (y compris en HAD), il faut noter que le Loiret dispose d'un taux d'équipement équivalant au taux régional. En effet, ce taux s'élève à 2,20 lits et places pour mille habitants. Ce dernier est inférieur au taux national qui atteint 2,30 lits et places.

Le constat est inversé concernant les taux d'équipement en gynécologie-obstétrique (y compris en HAD). En effet, le Loiret détient le taux d'équipement le plus élevé (avec le département de l'Eure-et-Loir) qui atteint 1 lit et place pour mille femmes de 15 ans et plus. Ce taux est supérieur au taux régional et au taux national. En ce qui concerne la chirurgie, le taux d'équipement du Loiret et de la région Centre-Val de Loire sont similaires (1,4 lits et places), ils sont légèrement inférieurs aux taux national (1,5).

Disciplines court séjour	FRANCE METROPOL.	CENTRE	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Médecine :								
Hospitalisation complète (lits)	117 503	4 625	514	900	408	1 149	525	1 129
Hospitalisation partielle (places)	12 979	418	30	64	36	117	46	125
Hospitalisation à domicile (places)	12 225	530	51	55	30	148	54	192
Total médecine	142 707	5 573	595	1 019	474	1 414	625	1 446
Chirurgie :								
Hospitalisation complète (lits)	78 464	2 916	359	354	215	919	323	746
Anesthésie, chirurgie ambulatoire (places)	14 899	553	48	65	46	184	62	148
Total chirurgie	93 363	3 469	407	419	261	1 103	385	894
Gynécologie-obstétrique :								
Hospitalisation complète (lits)	20 232	837	104	129	51	222	98	233
Hospitalisation partielle (places)	1 048	66	11	9	2	22	7	15
Hospitalisation à domicile (places)	266	52	0	15	0	10	0	27
Total gynécologie obstétrique	21 546	955	115	153	53	254	105	275
Taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants								
Médecine y compris HAD	2,3	2,2	1,9	2,4	2,0	2,4	1,9	2,2
Chirurgie	1,5	1,4	1,3	1,0	1,1	1,9	1,2	1,4
Gynécologie-obstétrique y compris HAD pour 1 000 femmes de 15 ans et plus	0,8	0,9	0,8	0,9	0,5	1,0	0,7	1,0



La carte ci-contre, illustre l'offre de soins en médecine proposée dans le Loiret. En ce qui concerne la commune de Gien, trois établissements ont une activité de médecine : le centre hospitalier Pierre Dézarnaulds, la Clinique Jeanne d'Arc et la HAD Sphéria. A noter que les établissements de Briare et de Sully-sur-Loire, à proximité, proposent également cette offre.



L'offre en chirurgie est assurée par huit établissements dans le département. Un seul établissement est présent sur la commune de Gien, il s'agit de la Clinique Jeanne d'Arc. Cinq autres cliniques et polycliniques proposent cette offre ainsi que le centre hospitalier régional d'Orléans et le centre hospitalier de l'agglomération montargoise.

Il est à noter que le centre hospitalier est autorisé à pratiquer la chirurgie dans le cadre de son activité de Gynécologie-Obstétrique.

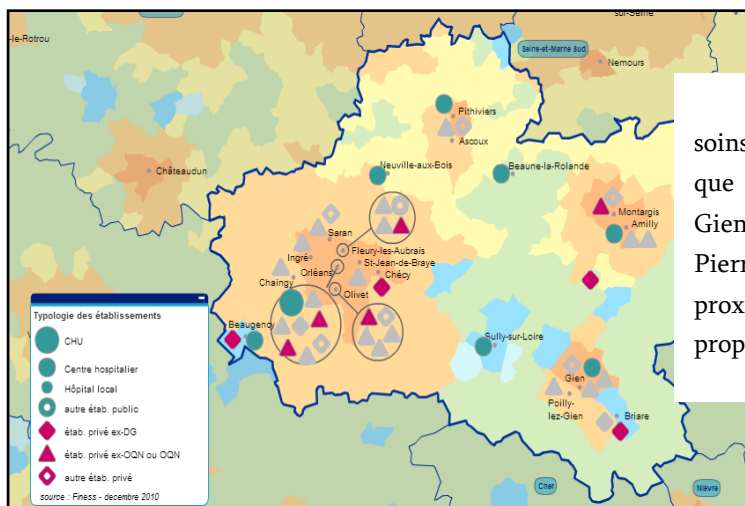
6.2.2. SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Concernant les soins de suite et de réadaptation (SSR), le Loiret dispose du taux d'équipement le moins élevé de la région, à savoir 1,40 lit et place pour mille habitants. Ce dernier est inférieur au taux régional (1,70).

Au 1er janvier 2013							
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre
Soins de suite et de réadaptation							
Équipement global	1,4	1,8	1,8	1,8	1,9	1,4	1,7

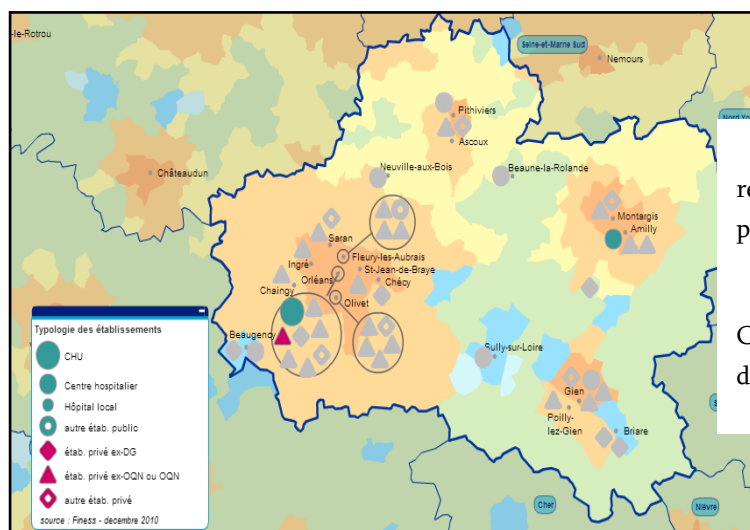
Sources : ARS et Drees, SAE, Insee, estimations de population au 1er janvier 2012.

Le Loiret dispose de 18 implantations de SSR. A ce titre, il dispose de mentions de prise en charge spécialisée : trois implantations en appareil locomoteur, trois en système nerveux, deux en cardio-vasculaire, deux en respiratoire, deux en digestif et huit en personnes âgées.



La carte suivante présente l'offre en soins de suite dans le Loiret. Il est à noter que l'offre de soins, sur la commune de Gien, est assurée par le centre hospitalier Pierre Dézarnaulds. Par ailleurs, à proximité, l'Hôpital Saint Jean de Briare propose aussi cette offre.

6.2.3. SOINS INTENSIFS ET DE RÉANIMATION



En ce qui concerne, l'offre de soins en réanimation, il n'existe pas d'établissement la proposant sur la commune de Gien.

Dans le département, seuls le CHRO, le CHAM et le pôle de santé Oréliance à Saran disposent d'un service de réanimation.

6.2.4. PSYCHIATRIE

L'analyse de l'offre en psychiatrie permet de mettre en exergue le fait que le département du Loiret dispose des taux d'équipement en psychiatrie générale et infanto-juvénile les plus faibles de la région Centre-Val de Loire. Ces derniers sont respectivement de 1 lit et place pour mille habitants de plus de 16 ans et de 0,70 lit et place pour mille enfants de 0 à 16 inclus. Ces taux sont nettement inférieurs aux taux régionaux (1,6 lit et place en psychiatrie générale et 1 lit et place en psychiatrie infanto-juvénile) et aux taux nationaux (taux respectivement de 1,5 et 0,9).

En se plaçant dans une vision plus globale, il est important de noter que la région Centre-Val de Loire est, à l'aune des taux nationaux, mieux dotée en lits et places de psychiatrie.

Ensemble lits et places publics et privés installés au 1.01.2013 - taux d'équipement
Sources : DREES - ARS - Données SAE 2012 déclarées par les établissements

Disciplines de psychiatrie	FRANCE METROPOL	CENTRE	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Psychiatrie infanto-juvénile								
Hospitalisation complète (lits)	2 130	82	8	5	4	31	20	14
Hospitalisation partielle (places)	9 324	395	82	93	33	86	29	72
Placement familial thérapeutique (places)	739	31	0	12	4	0	3	12
Total	12 193	508	90	110	41	117	52	98
Psychiatrie générale								
Hospitalisation complète (lits)	55 045	2 193	335	219	210	576	511	342
Hospitalisation partielle (places)	19 086	764	101	95	41	204	150	173
Placement familial thérapeutique (places)	2 588	294	262	6	0	2	17	7
Total	76 719	3 251	698	320	251	782	678	522
Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus								
Lits d'hospitalisation complète	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,1
Équipement global (lits et places)	0,9	1,0	1,5	1,1	1,0	1,0	0,8	0,7
Taux d'équipement en psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans								
Lits d'hospitalisation complète	1,1	1,1	1,3	0,7	1,1	1,2	1,9	0,7
Équipement global (lits et places)	1,5	1,6	2,7	1,0	1,3	1,6	2,6	1,0

6.2.5. MÉDECINS LIBÉRAUX

Au 1^{er} janvier 2013, la région Centre se classe à l'avant-dernière place en ce qui concerne la densité de médecins en activité régulière : 242 pour 100 000 habitants contre 370 en région PACA et 366 en Ile-de-France. En 2010, seulement 3 % des nouveaux inscrits se sont installés dans la région.

Si l'on s'intéresse à la densité des médecins généralistes, il est essentiel de mentionner le fait que le Loiret est l'un des départements les plus faiblement dotés. En effet, la densité est de 82 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre une densité régionale de 90 et une densité nationale qui s'élève à 106.

Par ailleurs, le département du Loiret est particulièrement marqué par un vieillissement de ses médecins généralistes. De fait, 57,4% des médecins généralistes exerçant dans ce département sont âgés de plus de 55 ans, contre des taux régional et national respectivement de 51% et 47%. La faible densité décrite et le phénomène de vieillissement des médecins généralistes confirment les difficultés avérées en termes de démographie médicale, notamment en ce qui concerne la médecine de ville. Il convient d'apprécier ses constats à l'aune d'une inégalité Est-Ouest observée au sein du Loiret.

Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP-RPPS traitements DREES

Professions		FRANCE METROPOL.	CENTRE	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Médecins généralistes	nombre	67 445	2 315	256	328	194	699	296	542
	densité	106	90	82	76	83	118	89	82
	dont praticiens de 55 ans et plus	31 542	1 180	139	171	113	279	167	311
Médecins spécialistes	nombre	59 799	1 853	187	245	109	611	231	470
	densité	94	72	60	57	47	103	70	71
	dont praticiens de 55 ans et plus	31 787	1 027	117	143	70	297	150	250
Ensemble des médecins libéraux	nombre	127 244	4 168	443	573	303	1 310	527	1 012
Chirurgiens dentistes	nombre	36 094	1 048	133	157	85	285	124	264
	densité	57	41	42	36	37	48	37	40
Infirmiers	nombre	92 803	2 252	318	264	315	546	324	485
	densité	146	88	102	61	136	92	98	74
Masseurs kinésithérapeutes	nombre	59 360	1 567	171	204	104	490	183	415
	densité	94	61	55	47	45	83	55	63
Pédicures-podologues	nombre	12 029	431	43	79	35	104	57	113
	densité	19	17	14	18	15	18	17	17
Orthophonistes	nombre	17 176	529	32	63	25	222	57	130
	densité	27	21	10	15	11	37	17	20

En ce qui concerne, les médecins-spécialistes, le constat est à inverser. Le Loiret dispose de la plus forte densité de la région, à savoir 71 médecins-spécialistes pour mille habitants. Cependant, cette valeur est inférieure à la densité régionale (72 médecins-spécialistes) et nettement inférieure à la densité nationale qui atteint 94 spécialistes pour mille habitants. La proportion de spécialistes âgés de plus de 55 ans est de 53,2% dans le département du Loiret, ce taux est équivalent au taux national et inférieur au taux régional (55,4%).

Il faut mentionner que les spécialités médicales les plus touchées par le manque de praticiens sont la pneumologie, la rhumatologie et la gastro-entéro-hépatologie. Dans les cinq années à venir, les spécialités seront touchées inégalement par les départs en retraite. A ce titre, un quart des pédiatres et des pneumologues actuellement en exercice auront plus de 65 ans en 2017.

6.2.6. STRUCTURES POUR PERSONNES ÂGÉES

Concernant l'offre d'accueil en structures pour personnes âgées, la région Centre-Val de Loire est relativement bien dotée puisqu'elle dispose d'un taux d'équipement supérieur au taux nationaux (125,2 lits en structures d'hébergement permanent contre 124,1 lits). Son taux d'équipement en places de SSIAD est légèrement inférieur mais son taux d'équipement en lits médicalisés est bien supérieur au taux national (106,7 contre 99,5).

Le département du Loiret dispose d'un taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD et lits d'USLD) supérieur au taux national mais qui demeure inférieur au taux régional. En ce qui concerne les autres types d'équipement présentés, le Loiret apparaît dans une situation de sous-dotations. Ce constat est plus marqué lorsque l'on s'intéresse au taux d'équipement en structures d'hébergement permanent. De fait, le Loiret dispose d'un taux d'équipement de 116,8 lits et logements, alors que la région Centre et la France disposent respectivement d'un taux de 125,2 et de 124,1.

Taux d'équipement au 1.01.2013 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus								
Sources : DREES - ARS - FINESS								
Equipement	FRANCE METROPOL.	CENTRE	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Taux d'équipement en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, lits USLD)	124,1	125,2	129,8	128,1	121,7	127,2	130,8	116,8
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)	19,7	19,6	20,1	15,4	21,3	21,8	18,6	19,4
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD)	99,5	106,7	113,6	112,6	105,7	100,3	110,4	103,0

6.2.7. OFFRE DE SOINS EN MATERNITE

Le taux de natalité régional est inférieur au national (12,1 naissances pour mille habitants en région, en 2008, contre 12,8 pour mille en France) mais en ce qui concerne le département du Loiret, son taux de natalité est bien supérieur : 13,1 pour mille.

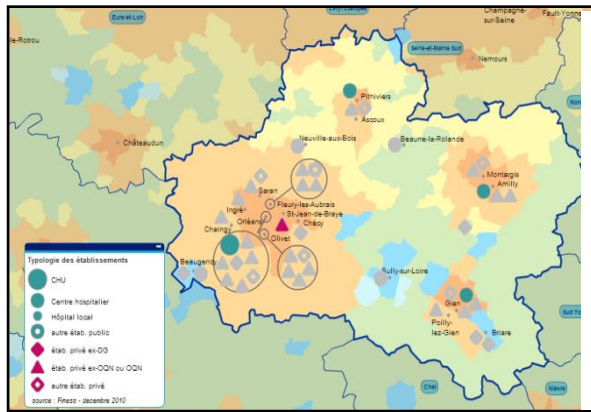
Le taux de fécondité régional est légèrement inférieur au taux national, avec 54,5 naissances pour mille femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), en 2008, contre 55 ‰ en France. Le Loiret dispose là encore d'un taux au-dessus du taux régional et national avec 57,1‰.

Le taux de prématurés se maintient (5,9 % des enfants nés en 2009) dont 40,2 % nés dans les maternités de niveau III, 47,8 % nés dans les niveaux II et 12,0 % nés dans les niveaux I, ce qui apparaît trop élevé dans la mesure où les maternités de niveau I doivent en principe transférer in utero les enfants à risque de naissance prématurée ; 12,1 % des enfants prématurés sont nés hors région.

Le taux de mortalité maternelle en région est inférieur à la valeur nationale, à savoir 6,9 pour 100 000 contre 8,7 pour 100 000, sur la période 2004-2006.

La mortalité infantile (avant l'âge d'un an) est inférieure à celle constatée au niveau national (3,1 décès pour 1000 naissances contre 3,7) pour la période 2005-2007. Le nombre de recours à l'IVG a augmenté jusqu'en 2005, et depuis, on observe une baisse continue (6 252 IVG en 2009), qui porte la région Centre-Val de Loire à un taux de 12,0 IVG pour mille femmes de 15 à 49 ans, en 2009. Ce taux est inférieur de 2,9 points au taux national (14,9). Par ailleurs, le taux d'IVG chez les mineures continue d'augmenter en région (9,6 ‰ en 2008 contre 10,1 ‰ en 2009), alors qu'il reste stable au niveau national (11,7 ‰ en 2008 contre 11,6 ‰ en 2009). Le taux du Loiret est élevé (13,0) ce qui peut s'expliquer par la population jeune et aussi par l'hypothèse d'un déficit de prévention des grossesses non désirées (contraception, contraception d'urgence...).

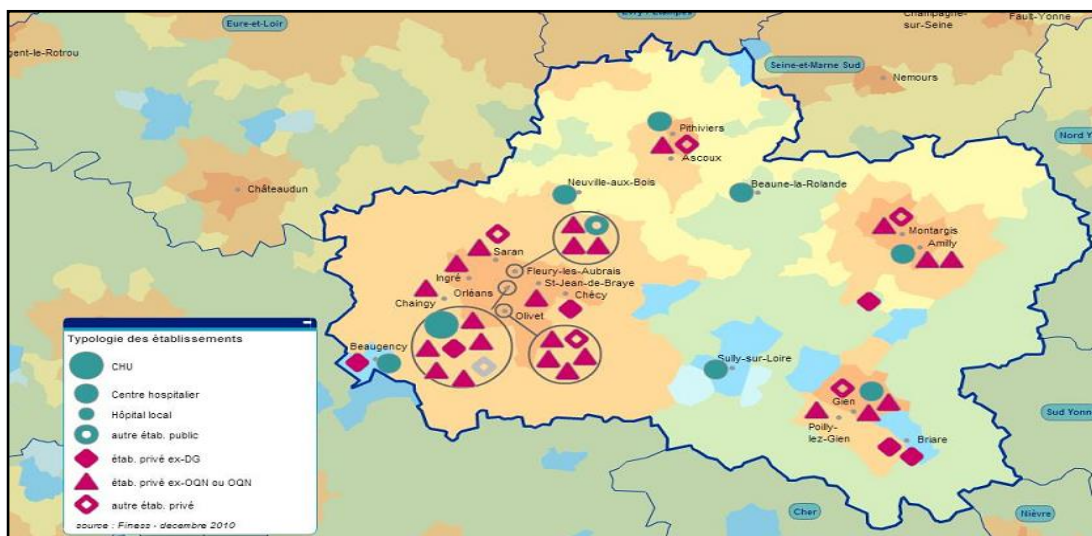
La région compte, à ce jour, onze maternités de niveau I, cinq maternités de niveau IIA, trois maternités de niveau IIB et deux maternités de niveau III.



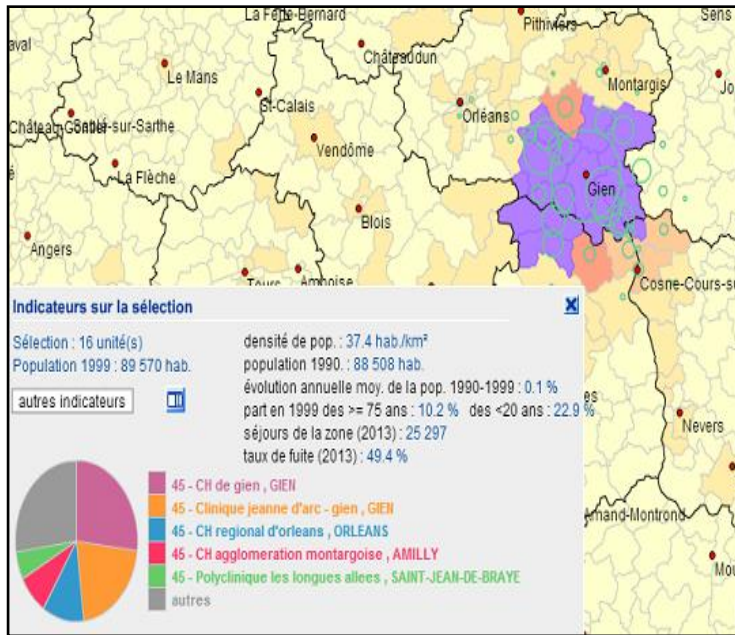
Dans le département du Loiret, cinq établissements disposent d'un service obstétrique : le centre hospitalier de Pithiviers, le centre hospitalier de l'agglomération montargoise, le centre hospitalier Pierre Dézarnaulds de Gien, Le CHR d'Orléans et le pôle de santé Oreliance.

6.3. L'HOSPITALISATION SUR LE TERRITOIRE DU LOIRET ET SUR LE BASSIN DE RECRUTEMENT DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE DÉZARNAULDS DE GIEN

Le centre hospitalier se situe sur le territoire de santé du Loiret. Sur ce dernier, 162 992 séjours ont été réalisés en 2013. Il détient 4% de l'activité et il est devancé par le centre hospitalier régional d'Orléans (33%), la polyclinique Les longues allées (pôle de santé Oreliance) de Saint-Jean-de-Braye (13%), le centre hospitalier de l'agglomération montargoise (11%) et par la Clinique L'Archette d'Olivet (pôle de santé Oreliance) (7%).



Pour étudier le positionnement stratégique du centre hospitalier à un niveau plus fin, il est important d'identifier son bassin de recrutement à 10%. Ce dernier est constitué de l'ensemble des codes géographiques où il réalise plus de 10% de parts de marché. On appelle cette zone la « zone d'attractivité principale de l'établissement ». Les cartes suivantes nous permettent de mieux la visualiser.



Fiche d'identité du bassin de recrutement du CH de Gien

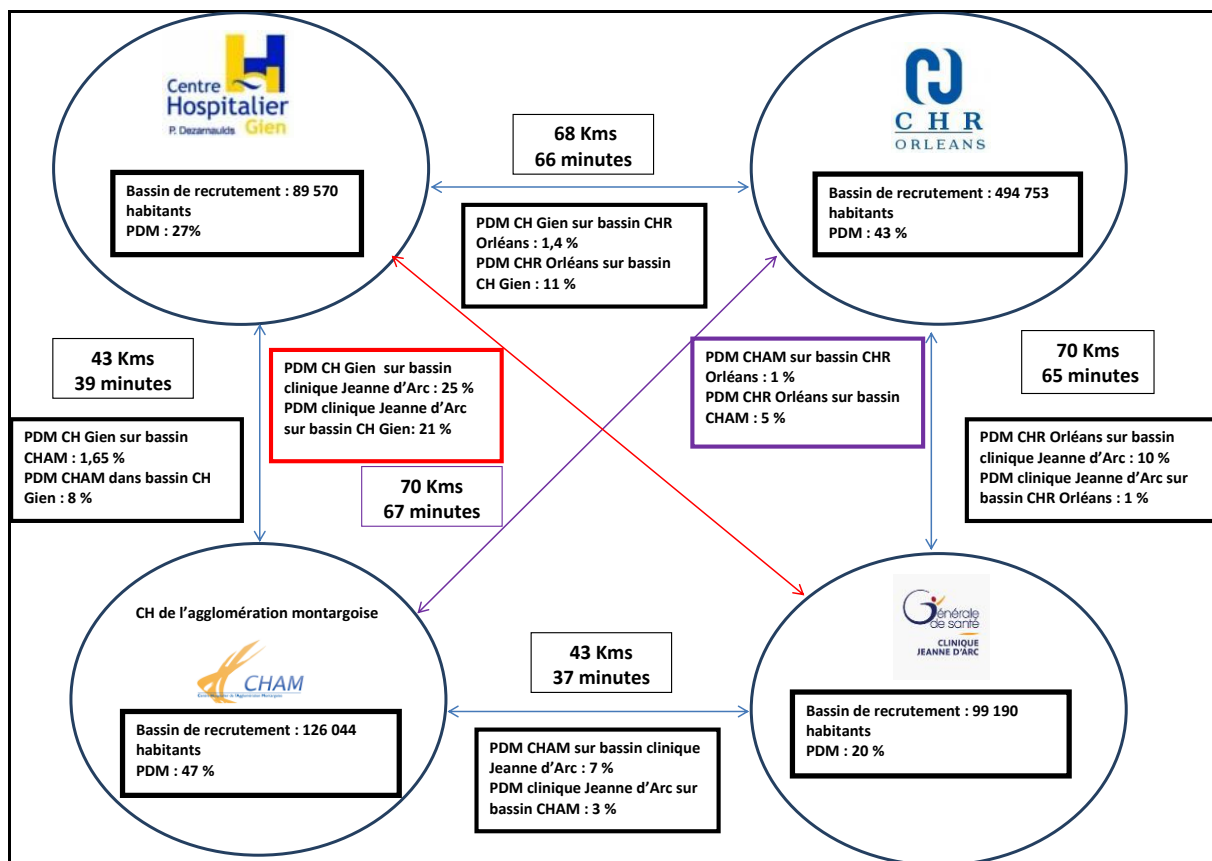
Nombre d'habitants: 89 570

Liste des communes:

18410	Argent-sur-Sauldre
18700	Aubigny-sur-Nère
45230	Châtillon-Coligny
45250	Briare
45290	Nogent-sur-Vernisson
45360	Châtillon-sur-Loire
45420	Bonny-sur-Loire
45460	Les Bordes
45500	Gien
45570	Ouzouer-sur-Loire
45600	Sully-sur-Loire
45620	Cerdon
45630	Beaulieu-sur-Loire
45720	Coullons
45730	Saint-Benoît-sur-Loire
58450	Neuvy-sur-Loire

Sur son bassin de recrutement (89 570 habitants), le centre hospitalier détient, toutes activités confondues, 27% de parts de marché. Le deuxième acteur principal est la Clinique Jeanne d'Arc de Gien qui réalise 21% de parts de marché.

Schéma des flux hospitaliers



Ce graphique présente schématiquement les flux hospitaliers qui existent entre les Centres Hospitaliers de Gien, d'Amilly, le centre hospitalier régional d'Orléans et la Clinique Jeanne d'Arc de Gien. L'analyse de cette figure permet de mettre en exergue les distances et les temps de trajet entre chaque établissement, le nombre d'habitants présents ainsi que les parts de marché de ces établissements dans chaque bassin de recrutement.

6.4. ANALYSE DE L'ACTIVITÉ PAR DOMAINE D'ACTIVITÉ


En se fondant sur le bassin de recrutement que nous venons de définir, nous analyserons dans cette partie les données du case-mix du centre hospitalier Pierre Dézarnaulds par domaine d'activité.

Pour chaque domaine d'activité, seront analysés :

- Le volume de séjours, la DMS, la répartition des séjours par niveau de sévérité, le PMCT pour le centre hospitalier.
- Les parts de marché sur le bassin du centre hospitalier par domaine d'activité et zoom sur les groupes d'activité pour identifier les fuites potentiellement récupérables.
- *Définition fuites potentiellement récupérables* : sur l'ensemble des séjours qui fuient (=séjours hospitaliers de patients domiciliés sur une des communes du bassin du centre hospitalier qui se déroulent ailleurs que dans un établissement présent sur une de ces communes), nous faisons l'hypothèse raisonnable que 10% de ces séjours sont récupérables (nb : le taux de recours c'est-à-dire le taux de fuite irréversible peut être estimé entre 5 et 15%).

A titre d'information, les données suivantes sont extraites du logiciel ADAPT et du Portail des ARS (données PMSI 2014). Les domaines d'activité sont ici présentés par ordre décroissant du volume de séjours réalisés.

6.4.1. POSITIONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER AU SEIN DU TERRITOIRE DE SANTE DU LOIRET

TSE Loiret (ARS Centre)  648 000 habitants		9.4%	2.6%	12.6%	17.5%
		Taux territorial d'attractivité intra-rég...	Taux territorial de fuite intra-régional	Taux territorial d'attractivité	Taux territorial de fuite
Finess	Nom	Département	Statut	Séjours	%
450000088	C.H.U. ORLEANS	LOIRET	Public	109 112	41.2
450010079	POLYCLIN. LONGUES ALLEES	LOIRET	Privé	32 146	12.1
450000104	C.H. AGGLOMERATION MONTARGOISE	LOIRET	Public	27 974	10.6
450000245	CLIN. L ARCHETTE	LOIRET	Privé	16 759	6.3
450018460	CTRE DE NEPHROLOGIE (AMILLY)	LOIRET	Privé	13 354	5
450012935	CTRE HEMODIALYSE (OLIVET)	LOIRET	Privé	13 267	5
450018312	DIALYSE REINE BLANCHE	LOIRET	Privé	10 737	4.1
450000237	POLYCLIN. JEANNE D ARC	LOIRET	Privé	9 749	3.7
450000096	C.H. P. DEZARNAULD DE GIEN	LOIRET	Public	7 778	2.9
450000294	CLIN. DE LAREINE BLANCHE	LOIRET	Privé	7 568	2.9

Flux – territoire de santé du Loiret. Source : Logiciel ADAPT, PMSI 2014

Sur le territoire de santé du Loiret, toute activité confondue, le centre hospitalier est le troisième établissement public de santé derrière le CHR d'Orléans et le centre hospitalier de l'Agglomération Montargoise.

Notons que le taux de fuite vers un autre territoire de santé de la région est très faible (2,6%). Le taux d'attractivité du territoire de santé est, quant à lui, de 9,4%.

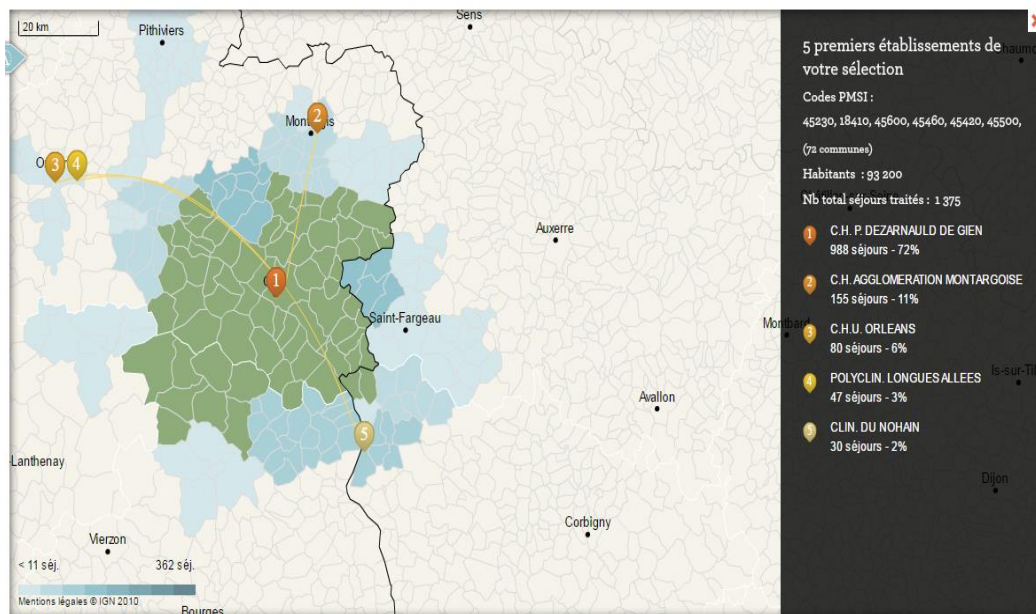
6.4.2. OBSTÉTRIQUE

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Obstétrique» représente 14,2% des séjours de l'hôpital.
- Aucune anomalie notable concernant l'âge moyen, le DMS, les taux de sévérité et le CAT2A si l'on analyse ces données à l'aune des valeurs régionales et nationales.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en obstétrique, le centre hospitalier réalise 72% de parts de marché.
- **Le taux de fuite est de 28%** et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 38.



Taux de fuite = 28%

Part de marché du centre hospitalier = 72%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 38

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

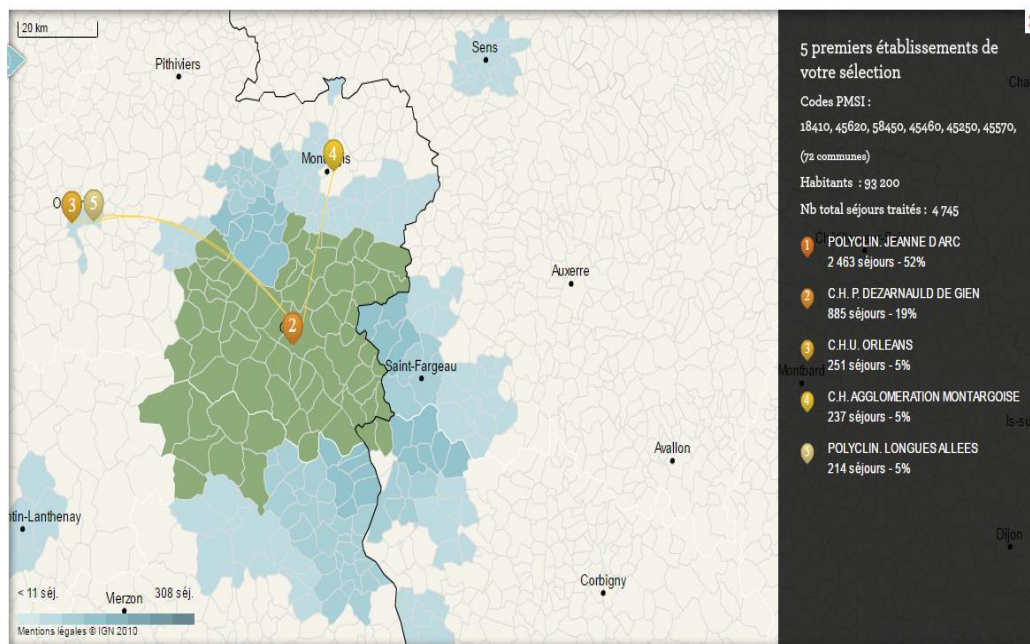
6.4.3. DIGESTIF

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Digestif» (exclusivement « Hépatogastro-entérologie (HGE) » puisque le centre hospitalier ne détient pas l'autorisation de chirurgie) représente 13,7% des séjours MCO de l'hôpital.
- L'âge moyen dans le groupe de planification « Hépatogastro-entérologie » est plus faible que les moyennes nationale et régionale tout comme les pourcentages des plus de 69 et de 79 ans.
- La DMS est significativement plus faible (3,1 jours vs 4,4 et 4,2 jours). Les taux de sévérité niveau 3 et niveau 4 sont plus faibles que les taux rencontrés aux niveaux régional et national. Le CAT2A moyen est significativement plus faible que celui des autres établissements (1686 euros vs 2216 euros).

Analyse des parts de marché :

- Au total, en digestif, le centre hospitalier réalise 19% de parts de marché et est devancé par la clinique Jeanne d'Arc.
- Plus précisément, sur le groupe de planification « HGE », **le centre hospitalier possède 52% de parts de marché. Le taux de fuite est de 31%** et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 53.



Taux de fuite = 29%

Part de marché du centre hospitalier = 19%
Nombre de séjours potentiellement récupérables soit 135 séjours

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

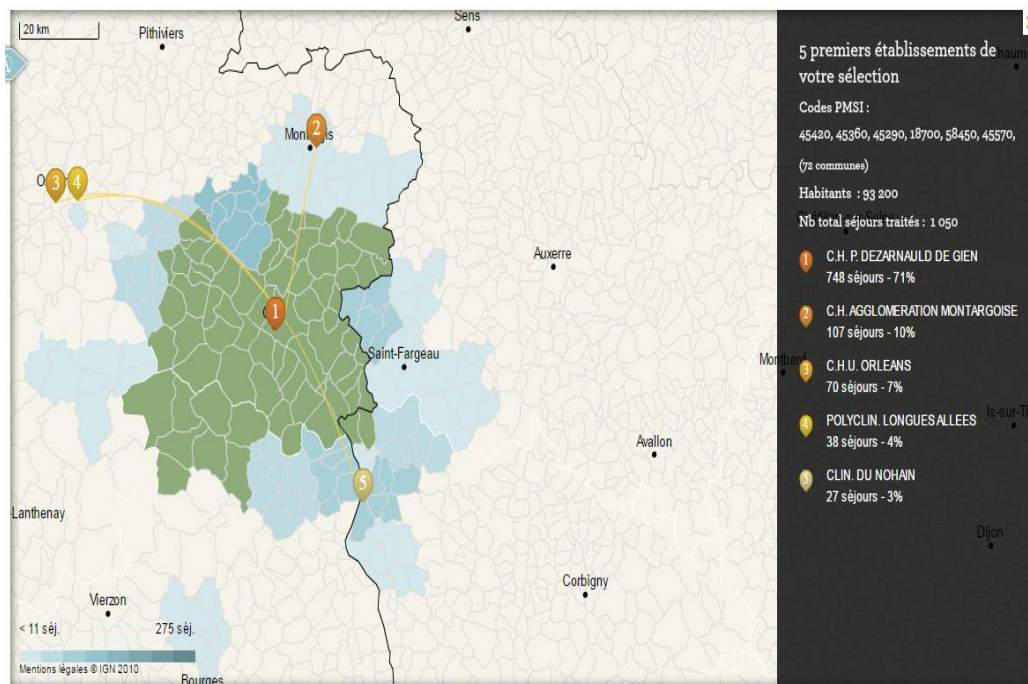
6.4.4. NOUVEAU-NÉS ET PÉRIODE PÉRINATALE

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Nouveau-nés et période périnatale» **représente 11,3% des séjours de l'hôpital.**
- Dans cette spécialité, la DMS est inférieure à celle observée aux niveaux régional et national (4.4 jours vs 5.2 et 5.1 jours). Le CAT2A moyen est, lui aussi, inférieur au chiffre des autres centres hospitaliers (1108 euros vs 1785 euros).

Analyse des parts de marché :

- Au total, en « nouveau-nés et période périnatale », le centre hospitalier réalise 71% de parts de marché.
- **Le taux de fuite est de 29%** et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 31.



Taux de fuite = 29%

Part de marché du centre hospitalier = 71%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 31

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

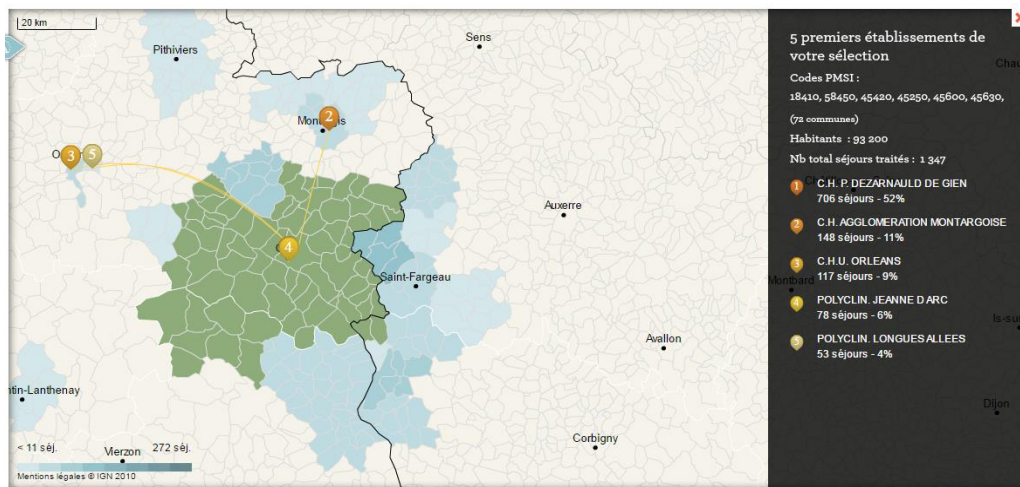
6.4.5. PNEUMOLOGIE

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Pneumologie» (exclusivement le groupe de planification « Pneumologie ») représente 10,5% des séjours de l'hôpital.
- L'âge moyen dans le groupe de planification « Pneumologie » est plus faible que les moyennes nationale et régionale.
- La DMS est légèrement plus faible, cette dernière étant de 6,6 jours contre des DMS régionale et nationale respectivement de 7,6 et de 7 jours.
- Le taux de sévérité niveau 3 du centre hospitalier est équivalent aux taux observés aux niveaux national et régional. Cependant, le taux de sévérité niveau 4 est, quant à lui, inférieur. Concernant le CAT2A moyen, ce dernier est inférieur aux données moyennes rencontrées par les autres centres hospitaliers.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en pneumologie, le centre hospitalier réalise 52% de parts de marché et devance le centre hospitalier de Montargis et le CHR d'Orléans.
- Concernant le groupe de planification « Pneumologie », **le centre hospitalier réalise 59% de parts de marché. Le taux de fuite est de 37%** et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 44.



Taux de fuite = 42%

Part de marché du centre hospitalier = 52%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 57

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

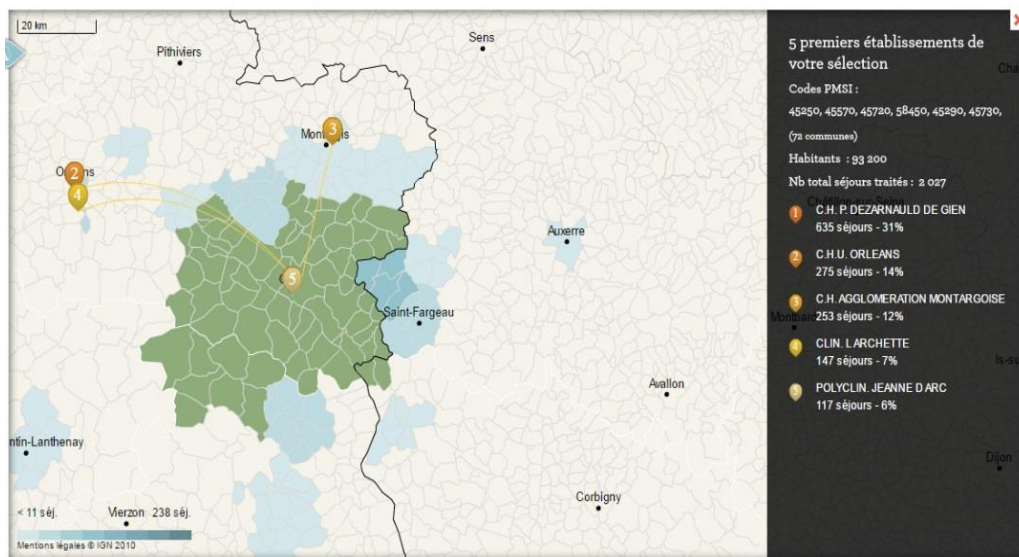
6.4.6. CARDIO-VASCULAIRE

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «cardio-vasculaire» (exclusivement « affections cardio-vasculaires ») représente 9% des séjours de l'hôpital.
- L'âge moyen dans le groupe de planification « affections cardio-vasculaires » ainsi que le pourcentage des personnes âgées de plus de 69 ans et de plus de 79 ans sont plus élevés que les valeurs nationales et régionales.
- La DMS est équivalente à celle observée au niveau régional et au niveau national. Les taux de sévérité de niveau 3 et 4 sont légèrement supérieurs aux taux régionaux et nationaux. Le CAT2A est, quant à lui, plus faible que le CAT2A moyen des autres centres hospitaliers.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en cardio-vasculaire, le centre hospitalier réalise 31% de parts de marché et devance le CHR d'Orléans et le centre hospitalier de Montargis.
- Concernant le groupe de planification « Affections cardio-vasculaires », **le centre hospitalier réalise 47%. Le taux de fuite est de 50%** et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 68.



Taux de fuite = 63%

Part de marché du centre hospitalier = 31%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 129

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

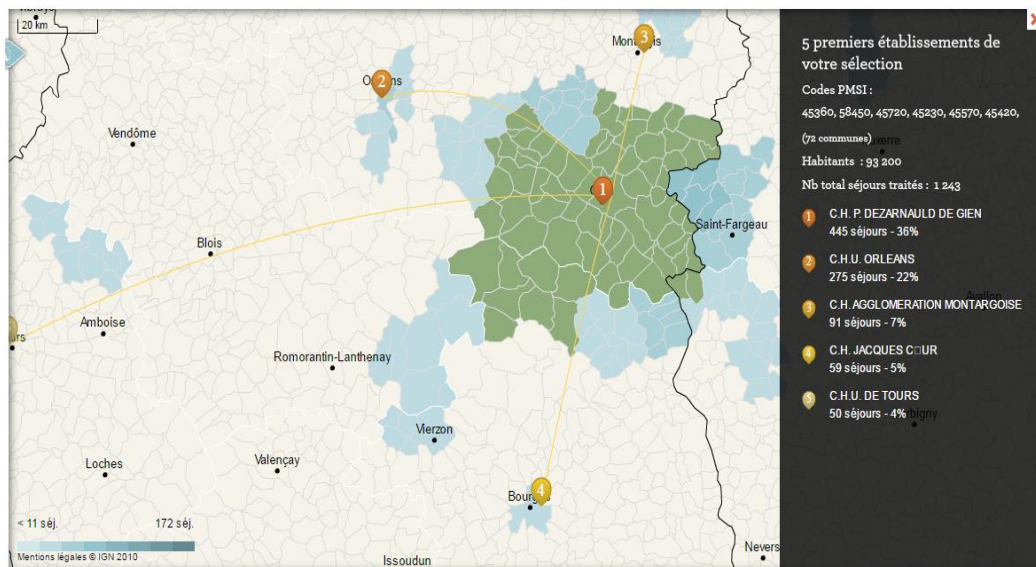
6.4.7. SYSTÈME NERVEUX

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Système Nerveux» représente 6,6% des séjours de l'hôpital (forte activité en neurologie médicale).
- L'âge moyen du groupe de planification « Neurologie médicale » est plus élevé que les moyennes nationale et régionale, les pourcentages de personnes âgées de plus de 69 ans et de plus de 79 ans étant significativement supérieurs.
- La DMS est plus faible que la DMS régionale mais équivalente à celle observée au niveau national. Les taux de sévérité niveau 3 et 4 sont légèrement plus faibles que ceux constatés aux niveaux régional et national. Il est à noter que le CAT2A du centre hospitalier est inférieur à la moyenne des autres centres hospitaliers.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en « système nerveux », le centre hospitalier réalise 36% de parts de marché et devance le CHR d'Orléans et le centre hospitalier de Montargis.
- Concernant le groupe de planification « Neurologie médicale », **le centre hospitalier réalise 40%. Le taux de fuite est de 55%** et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 49.



Taux de fuite = 64%

Part de marché du centre hospitalier = 36%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 79

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

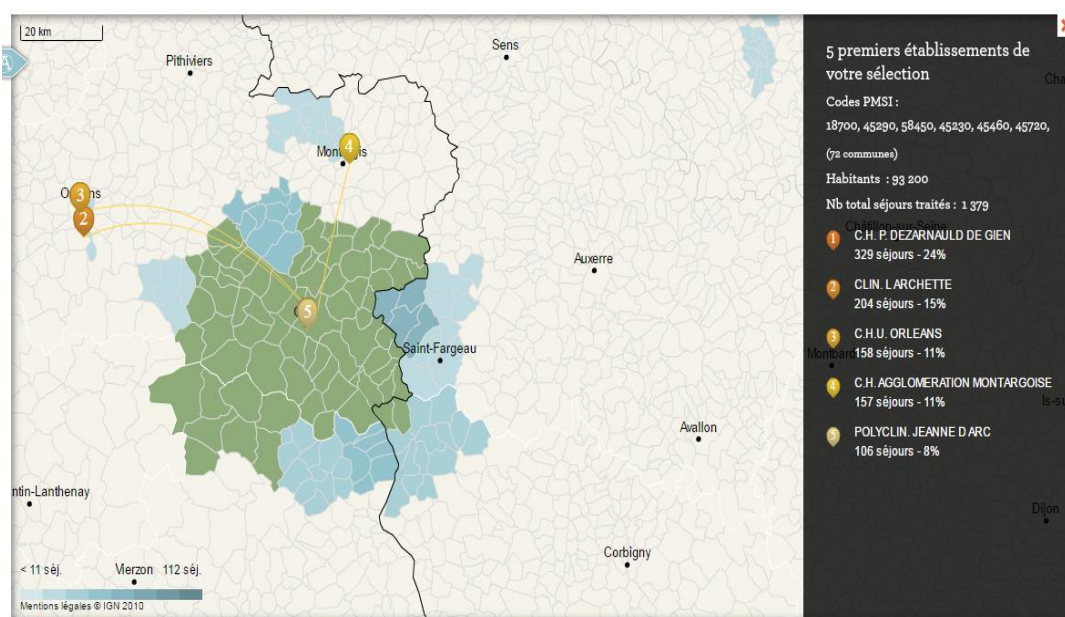
6.4.8. URO-NÉPHROLOGIE ET GÉNITAL

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité « Uro-néphrologie et génital » représente 5,1% des séjours de l'hôpital (forte activité en « Infections reins et voies urinaires, lithiases »).
- L'âge moyen dans le groupe d'activité « Infections reins et voies urinaires, lithiases » est équivalent aux moyennes nationale et régionale alors que les pourcentages des personnes âgées de plus de 69 ans et de plus de 79 ans sont supérieurs.
- La DMS est moins élevée, les taux de sévérité niveaux 3 et 4 sont moins importants et le CAT2A plus faible.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en uro-néphrologie et génital, le centre hospitalier réalise 24% de parts de marché et devance la clinique l'Archette, le CHR d'Orléans et le centre hospitalier de Montargis.
- Plus spécifiquement, sur le groupe d'activité « Infections reins et voies urinaires, lithiases », le **centre hospitalier réalise 66% de parts de marché, le taux de fuite étant de 34%**.



Taux de fuite = 68%

Part de marché du centre hospitalier = 24%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 93

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

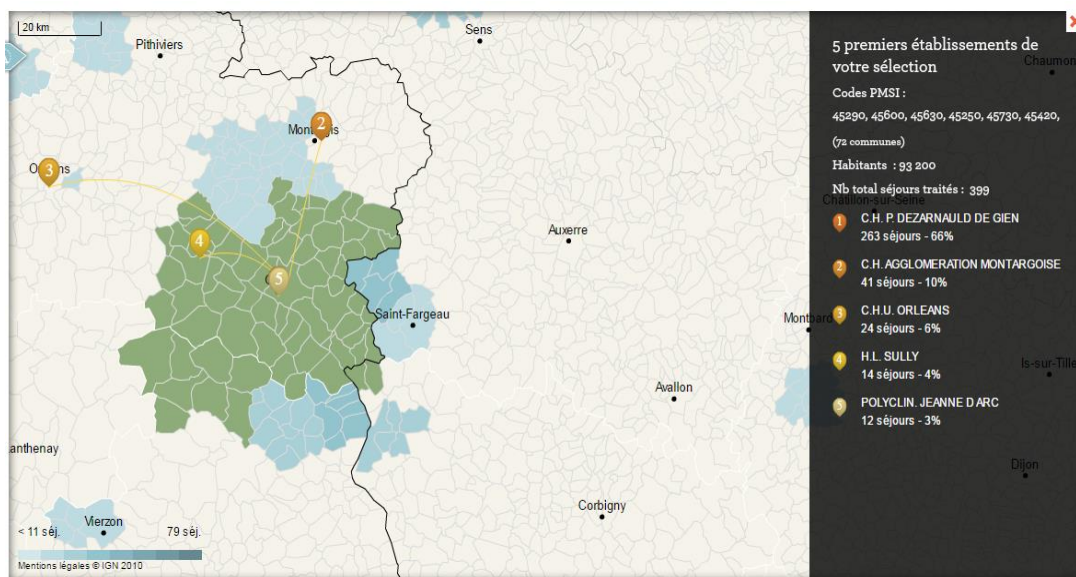
6.4.9. TOXICOLOGIE, INTOXICATIONS, ALCOOL - EFFETS NOCIFS, ALCOOL, TOXICOLOGIE, ALLERGIES

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité « Toxicologie, Intoxications, Alcool » **représente 3,9% des séjours de l'hôpital.**
- L'âge moyen dans cette spécialité est équivalent aux moyennes nationale et régionale alors que les pourcentages de personnes âgées de plus de 69 ans et de plus de 79 ans sont supérieurs à ceux observés aux niveaux régional et national.
- La DMS est plus inférieure, puisqu'elle est de 2 jours contre des valeurs régionale et nationale respectivement de 2,8 et 2,9 jours.
- Il est à noter que le CAT2A moyen est inférieur à celui des autres centres hospitaliers.
- Les constats relatifs au groupe d'activité « Toxicomanies et alcoolisme » sont similaires.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en « toxicologie, intoxications, alcool », le centre hospitalier réalise 66% de part de marché et devance le centre hospitalier de Montargis et le CHR d'Orléans.
- En ce qui concerne le groupe d'activité « Toxicomanies et alcoolisme », le centre hospitalier réalise 75% de parts de marché, le taux de fuite étant de 19%.



Taux de fuite = 27%

Part de marché du centre hospitalier = 66%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 11

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

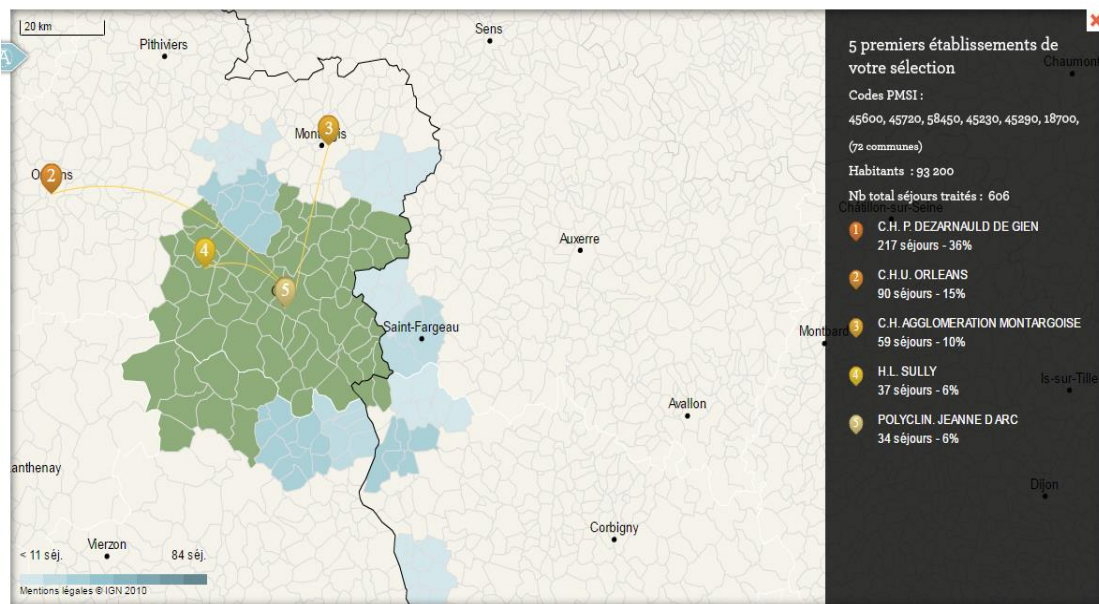
6.4.10. ENDOCRINOLOGIE

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Endocrinologie» représente 3,2% des séjours de l'hôpital.
- L'âge moyen dans cette spécialité est plus faible que les moyennes nationale et régionale. Cependant, les pourcentages des personnes âgées de plus de 69 ans et de plus de 79 ans sont supérieurs à ceux observés aux niveaux national et régional.
- La DMS est significativement plus élevée que celle constatée au niveau national. Le taux de sévérité niveau 3 est plus important que les taux constatés aux niveaux régional et national alors que le taux de sévérité niveau 4 est, quant à lui, inférieur aux valeurs des deux autres échelles d'analyse. Le CAT2A est plus fort que le CAT2A des autres centres hospitaliers.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en endocrinologie, le centre hospitalier réalise 36% de parts de marché et devance le CHR d'Orléans et le centre hospitalier de Montargis.
- Concernant le groupe d'activité « Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité », **le centre hospitalier détient 46% de parts de marché. Le taux de fuite est de 41%** et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 11.



Taux de fuite = 52%

Part de marché du centre hospitalier = 36%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 31

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

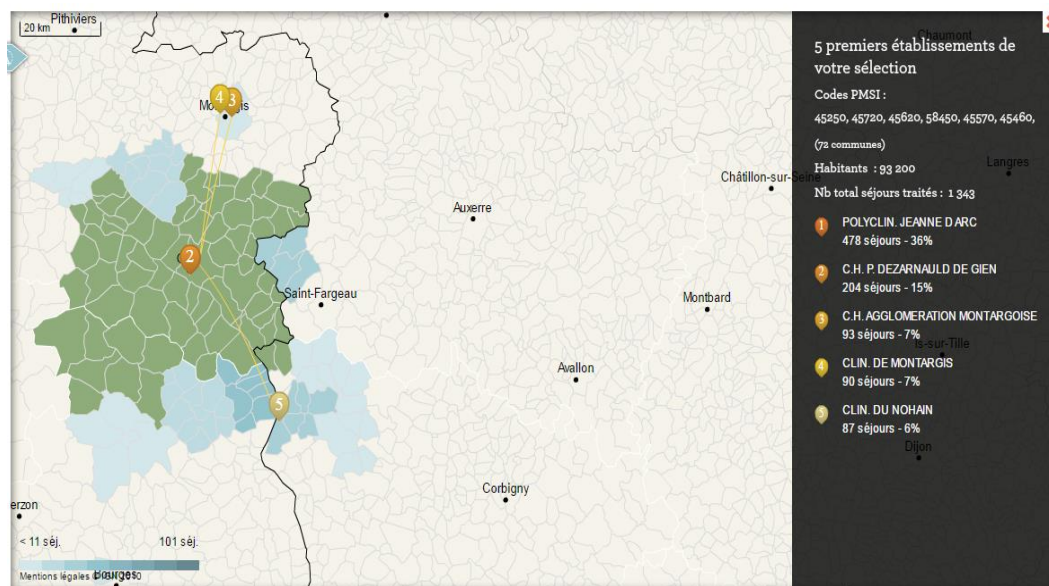
6.4.11. ORL, STOMATOLOGIE

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «ORL, Stomatologie» représente 3,1% des séjours de l'hôpital. Il est intéressant d'analyser le groupe d'activité « Infections ORL ».
- L'âge moyen dans le groupe d'activité « Infections ORL » est inférieur aux moyennes nationale et régionale.
- La DMS est équivalente (2 jours vs 2,2 et 2,1). Les taux de sévérité de niveau 3 et 4 sont inférieurs aux taux régionaux et nationaux. Le CAT2A moyen du centre hospitalier est, quant à lui, équivalent à celui des autres centres hospitaliers. Cependant, il est intéressant de noter que le CAT2A médian est significativement supérieur aux CAT2A médian observé au niveau des autres centres hospitaliers.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en ORL-Stomatologie, le centre hospitalier réalise 15% de parts de marché et est devancé par la clinique Jeanne d'Arc.
- Dans le groupe d'activité « Infections ORL », le centre hospitalier réalise 85% de parts de marché, le taux de fuite étant de 15%.



Taux de fuite = 49%

Part de marché du centre hospitalier = 15%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 67

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

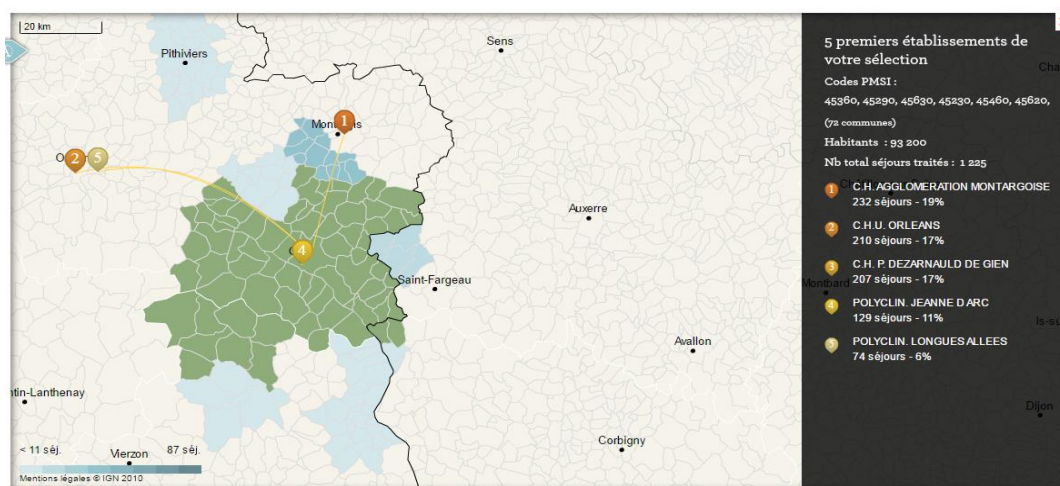
6.4.12. ACTIVITÉS INTER-SPÉCIALITÉS, SUIVI THÉRAPEUTIQUE D'AFFECTIONS CONNUES

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Activités inter-spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues» représente 2,9% des séjours de l'hôpital (forte activité pour le groupe de planification « Médecine inter-spécialités »).
- L'âge moyen dans le groupe de planification « Médecine inter-spécialités » est plus élevé que les moyennes nationale et régionale. De fait, les taux de personnes âgées de plus de 69 ans et de plus de 79 ans sont supérieurs aux pourcentages observés aux niveaux régional et national.
- La DMS est plus élevée, puisqu'elle est de 3,7 jours, contre des valeurs régionale et nationale respectivement de 3,1 et de 2,5 jours. Les taux de sévérité niveaux 3 et 4 sont supérieurs aux taux constatés pour les deux autres échelles d'analyse. Par ailleurs, le CAT2A moyen est équivalent à celui des autres centres hospitaliers.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en « Activités inter-spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues », le centre hospitalier réalise 17% de parts de marché et est devancé par le centre hospitalier de Montargis et le CHR d'Orléans.
- Plus précisément, en « Médecine inter-spécialités », **le centre hospitalier réalise 32% de parts de marché. Le taux de fuite est de 64%** et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 38.



Taux de fuite = 72%

Part de marché du centre hospitalier = 17%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 88

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

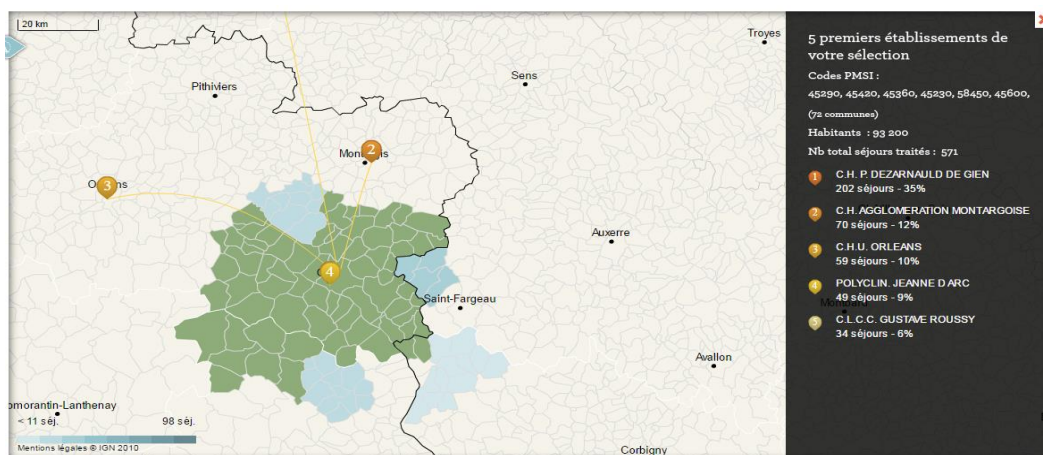
6.4.13. Hématologie

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Hématologie» (exclusivement « Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs Siège Imprécis ou Diffus ») représente 2,8% des séjours de l'hôpital.
- L'âge moyen dans le groupe de planification « Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs Siège Imprécis ou Diffus » est supérieur aux moyennes nationale et régionale, tout comme les pourcentages de personnes âgées de plus de 69 ans et de plus de 79 ans.
- La DMS est équivalente à la DMS régionale mais supérieure à celle qui est constatée au niveau national. Le taux de sévérité niveau 3 est légèrement supérieur aux taux régional et national. Cependant, le taux de sévérité niveau 4 est bien inférieur au taux observé au niveau régional et au niveau national. Le CAT2A moyen est plus faible que celui des autres centres hospitaliers. Cependant, il est intéressant de mentionner le fait que le CAT2A médian giennois est légèrement supérieur au CAT2A médian des autres centres hospitaliers.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en hématologie, le centre hospitalier réalise 35% de parts de marché et devance le centre hospitalier de Montargis et le CHR d'Orléans.
- En ce qui concerne le groupe de planification « Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs Siège Imprécis ou Diffus », **le centre hospitalier réalise 39% de parts de marché, le taux de fuite étant de 55%**. Les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 28.



Taux de fuite = 56%

Part de marché du centre hospitalier = 35%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 32

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

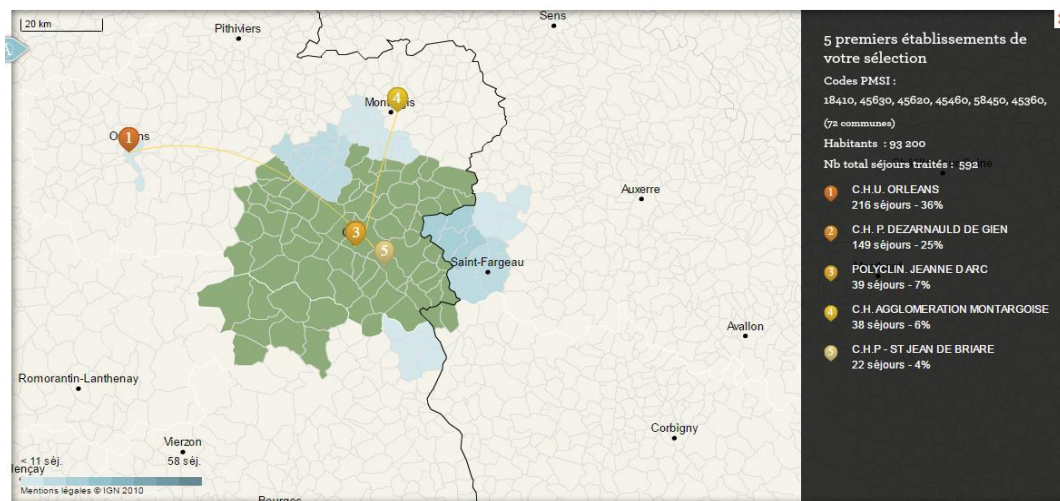
6.4.14. RHUMATOLOGIE

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Rhumatologie» représente 2,1% des séjours de l'hôpital (forte activité en Maladies osseuses et arthropathies).
- L'âge moyen dans le groupe d'activité « Maladies osseuses et arthropathies » est équivalent aux moyennes nationale et régionale. Cependant, les taux de personnes âgées de plus de 69 et 79 ans sont significativement plus élevés que les taux régionaux et nationaux.
- La DMS est significativement plus faible puisqu'elle est de 3,4 jours contre des DMS régionale et nationale respectivement de 5,1 et 4,5 jours.
- Le taux de sévérité niveau 3 est inférieur aux taux régional et national mais le constat s'inverse lorsque l'on s'intéresse au taux de sévérité niveau 4. Le CAT2A, quant à lui, est inférieur à la moyenne des autres centres hospitaliers.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en rhumatologie, le centre hospitalier réalise 25% de parts de marché et est devancé par le CHR d'Orléans.
- Le taux de fuite est de 64% et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 38 (21 en maladies osseuses et arthropathies).



Taux de fuite = 64%

Part de marché du centre hospitalier = 25%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 38

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

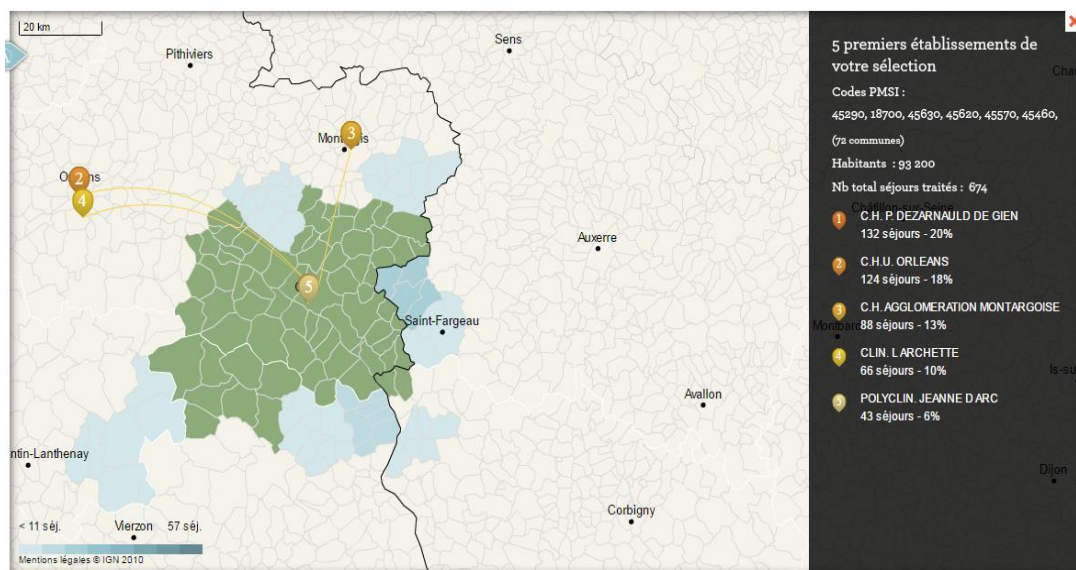
6.4.15. GYNÉCOLOGIE, SEIN

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Gynécologie, Sein» représente 1,9% des séjours de l'hôpital.
- L'âge moyen dans cette spécialité est inférieur aux moyennes nationale et régionale. Ce constat est également valable pour les taux de personnes âgées de plus de 69 ans et de plus de 79 ans.
- La DMS observée au niveau du centre hospitalier est équivalente à la DMS régionale et légèrement supérieure à la DMS constatée au niveau national. Le taux de sévérité niveau 3 est supérieur aux taux régional et national. A contrario, le taux de sévérité niveau 4 giennois est inférieur aux taux observés aux niveaux régional et national. Le CAT2A du centre hospitalier est, quant à lui, plus faible que le CAT2A moyen des autres centres hospitaliers.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en « gynécologie, sein », le centre hospitalier réalise 20% de parts de marché et devance le CHR d'Orléans et le centre hospitalier de Montargis.
- En ce qui concerne le groupe d'activité « Chirurgies utérus/annexes », le centre hospitalier réalise 33% de parts de marché. Le taux de fuite est de 61% et les séjours potentiellement récupérables sont estimés à 12.



Taux de fuite = 74%

Part de marché du centre hospitalier = 20%

Nombre de séjours potentiellement récupérables = 49

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

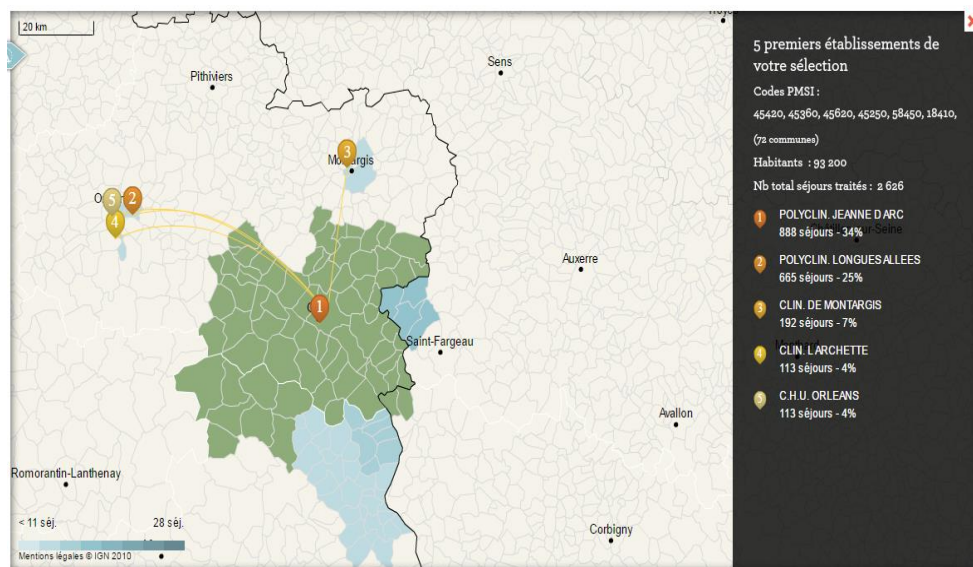
6.4.16. ORTHOPÉDIE-TRAUMATOLOGIE

Analyse du case-mix :

- Le domaine d'activité «Orthopédie-Traumatologie» représente 1,6% des séjours de l'hôpital (**forte activité en « traumatismes du bassin et des membres»**).
- L'âge moyen dans le groupe d'activité « traumatismes du bassin et des membres » est supérieur à l'âge moyen régional qui est lui-même plus élevé que l'âge moyen national (61 ans vs 58 ans vs 54 ans). Concernant les pourcentages des plus de 69 et de 79 ans, le centre hospitalier dispose de valeurs inférieures aux taux régionaux mais demeurant supérieures aux taux nationaux.

Analyse des parts de marché :

- Au total, en Orthopédie-Traumatologie, le centre hospitalier réalise 2% de parts de marché et est notamment devancé par la clinique Jeanne d'Arc, la Polyclinique Longues Allées (Oreliance) et la clinique de Montargis.
- Plus précisément, pour le groupe d'activité « traumatismes du bassin et des membres », le **centre hospitalier réalise 46% de parts de marché** et devance très largement les autres acteurs. Le taux de fuite est, quant à lui, de 39%.



Taux de fuite = 64%

Part de marché du centre hospitalier = 2%

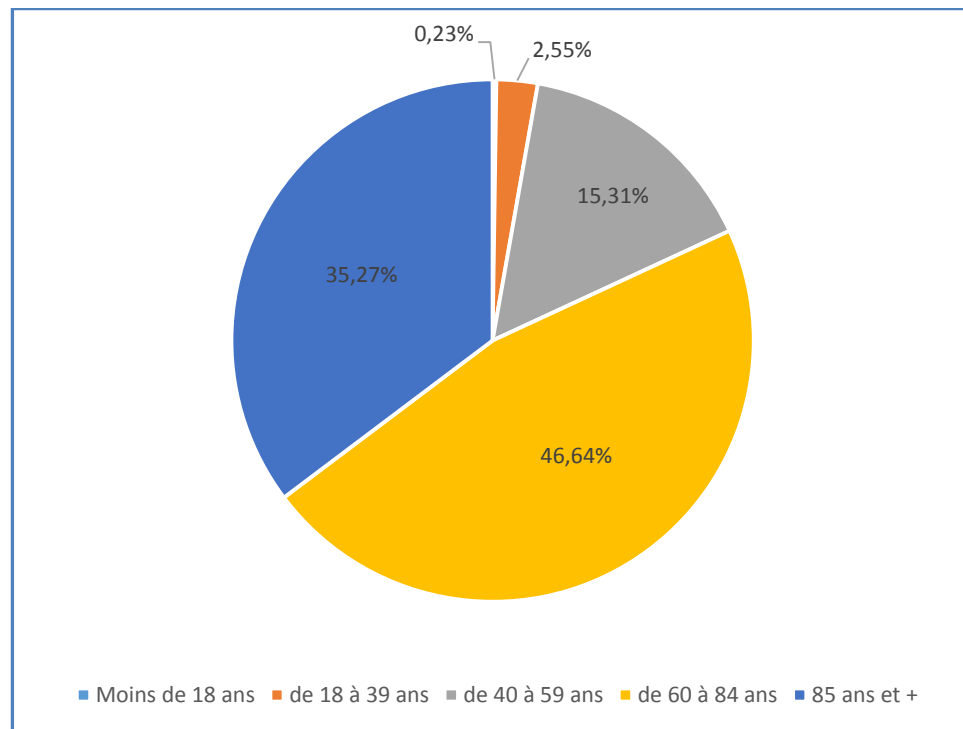
Nombre de séjours potentiellement récupérables =336

Cf. Annexes : Tableaux et graphiques relatifs à l'analyse de l'activité

6.4.17. SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

6.4.17.1. ANALYSE DE LA PATIENTÈLE

Répartition par tranche d'âge



Effectif par catégorie d'âge des patients hospitalisés. Sources – EPMSI 2014

En 2014, 82% des patients pris en charge en SSR au centre hospitalier ont plus de 60 ans, dont 35% sont âgés de plus de 85 ans. Les mineurs représentent moins de 1% des patients pris en charge.

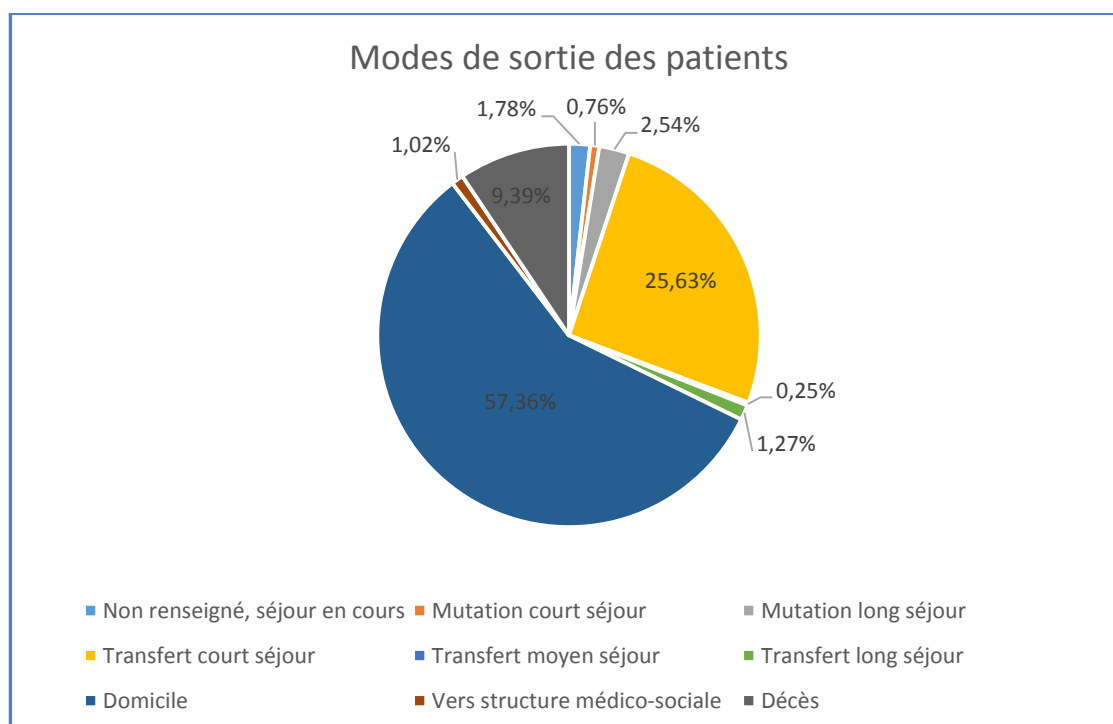
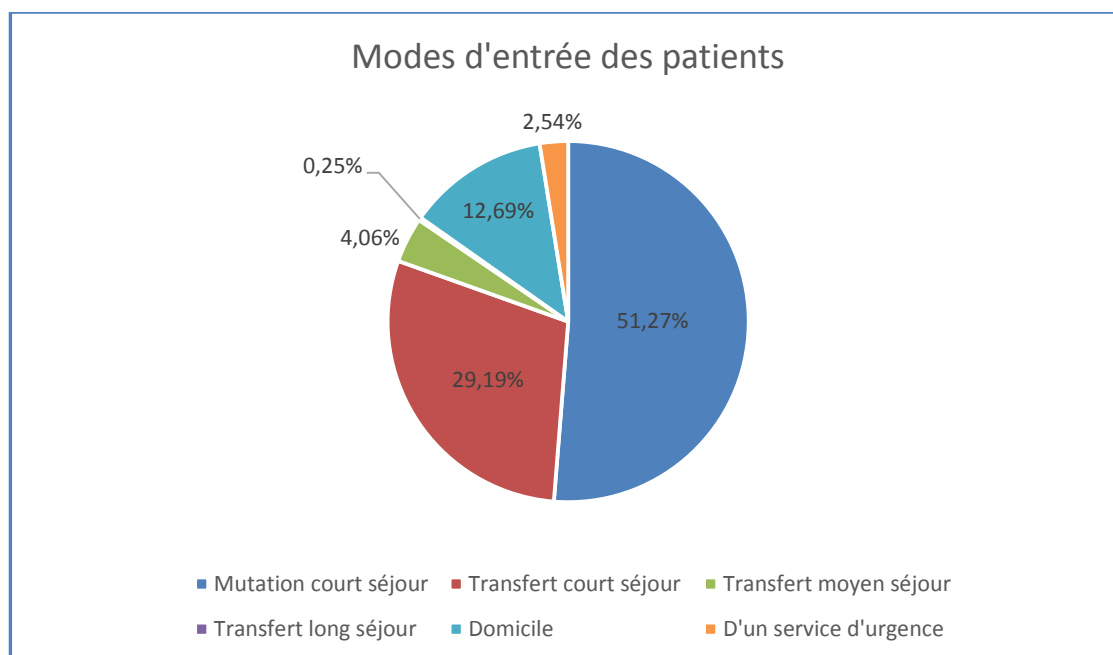
Origine des patients

Recrutement 2014	Nombre de patients	%
Départemental	342	79%
Régional	57	13%
Extrarégional	32	7%
Total Patients	431	100%

Source – EPMSI 2014

Le recrutement des patients est essentiellement intra-départemental : 79% des patients pris en charge résident dans le département du Loiret. Seulement 7% des patients pris en charge au sein des SSR du centre hospitalier proviennent d'une autre région que la région Centre.

Mode d'entrée et de sortie des patients



Hospitalisation complète : modes d'entrée et de sortie des patients. Sources – EPMSI 2014

En ce qui concerne les modes d'entrée, il est à noter que 51% des patients pris en charge en SSR proviennent d'un service de court séjour du centre hospitalier.

Concernant les modes de sortie, 57% des patients qui quittent le centre hospitalier reviennent à domicile.

6.4.17.2. ANALYSE DE L'ACTIVITÉ

Case-mix de l'établissement

Catégories

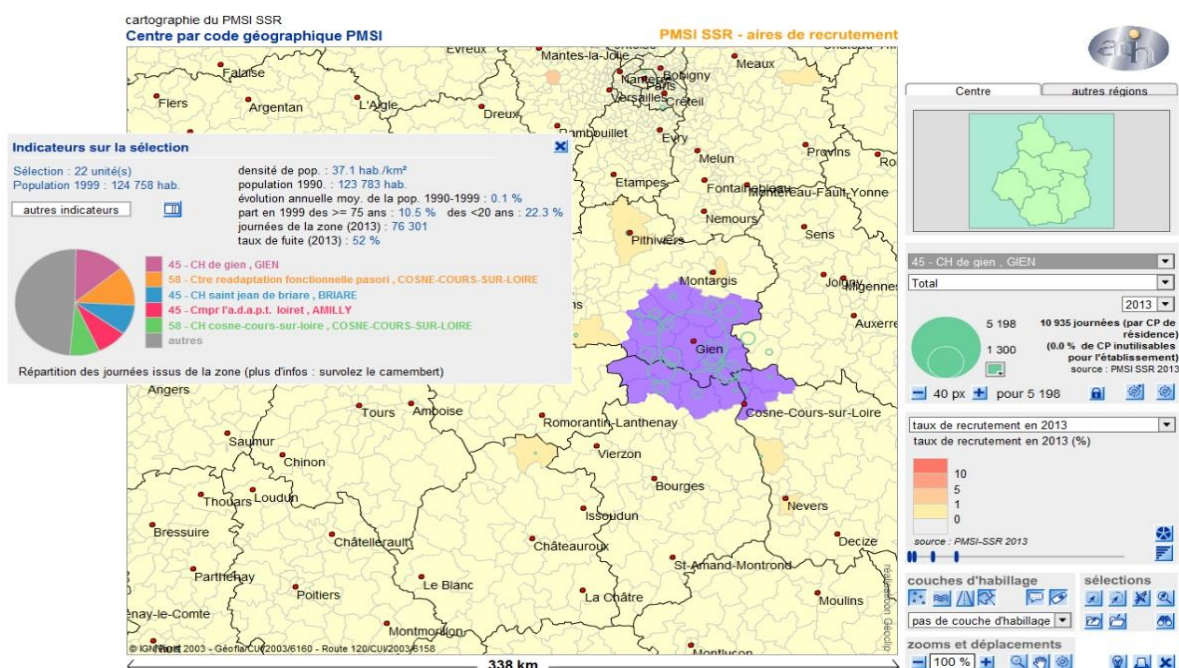
majeures

N° CM et libellé	Nb de SSRHA	% SSRHA	Nb de journées	% de journées	Age moyen	% de femmes
01 Affections du système nerveux	51	11,8	1 071	10,2	79,3	54,9
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1	0,2	20	0,2	94	100
04 Affections de l'appareil respiratoire	9	2,1	205	2	85,6	77,8
05 Affections de l'appareil circulatoire	19	4,4	423	4	84,9	63,2
06 Affections des organes digestifs	31	7,2	732	7	73,9	35,5
08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	103	23,9	3 564	34	79	72,8
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	11	2,6	297	2,8	74,8	63,6
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	4	0,9	65	0,6	75,8	75
11 Affections de l'appareil génito-urinaire	2	0,5	35	0,3	82,5	50
16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	2	0,5	43	0,4	62,5	0
19 Troubles mentaux et du comportement	64	14,8	906	8,7	51	17,2
23 Autres motifs de recours aux services de santé	134	31,1	3 110	29,7	82,1	61,2
Total	431	100	10 471	100	75,7	55,2

Eventail des cas traités, hospitalisation complète. Source – EPMSI 2014

En hospitalisation complète, 34% des journées relèvent d'affections et traumatismes du système ostéo-articulaire et 10,2% concernent des affections du système nerveux.

Etude de la concurrence



Source – Portail ARS, Cartographie de l'offre de soins SSR, 2013

Sur la zone de recrutement du centre hospitalier (matérialisée en violet), cinq principaux acteurs apparaissent, tous séjours SSR confondus :

- Le centre hospitalier détient 14% de parts de marché avec 10 502 journées.
- Le Centre de réadaptation fonctionnelle Pasori (Cosne-Cours-sur-Loire) détient 12% de parts de marché avec 9125 journées.
- Le centre hospitalier Saint Jean de Briare (Briare) détient 9% de parts de marché avec 6954 journées.
- Le CMPR L'ADAPT Loiret (Amilly) détient 8% de parts de marché avec 6263 journées.
- Le centre hospitalier de Cosne-Cours-Sur-Loire détient 8% de parts de marché avec 6212 journées.

7. ANALYSE COMPARATIVE / PERFORMANCE

L'analyse est basée sur six établissements comparables

	CH Gien	CH Chateaudun	CH Saint-Amand Montrond	CH Pithiviers	CH Autun	CH Châteaubriant	CH Langres
Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme	53	46	39	50	28	41	24
Taux d'occupation Médecine	77,8	70	89,3	99,3	76,6	96,3	77,2
Taux d'occupation Obstétrique	52,1	42,3	44	51,5	46,1	46,8	35
IP-DMS Médecine	0,993	1,035	1,119	1,034	1,008	0,931	1,12
IP-DMS Obstétrique	1,05	0,94	1,168	0,999	0,939	1,026	1,039

Cette seconde démarche d'analyse est basée sur la sélection de six établissements comparables au CH. Cette analogie est effective au niveau du nombre de lits mais également au niveau de la structure de ces derniers (répartition entre lits de médecine et d'obstétrique).

Note méthodologique sur l'IP-DMS (Indice de Performance – Durée Moyenne de Séjour) :

L'IP-DMS Médecine (respectivement Obstétrique) compare la DMS de médecine (respectivement obstétrique) de l'établissement à celle standardisée de son case mix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM de médecine (respectivement obstétrique). L'IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1. Les durées de séjours longues (IP DMS > 1) ont souvent :

- ✓ Des causes liées à l'environnement : absence d'organisation de filières d'aval (SSR...) ou d'HAD
- ✓ Des causes liées à l'organisation :
 - Gestion des lits,
 - Protocole de prise en charge,
 - Efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle),
 - Organisation des sorties....

Tout d'abord, si l'on s'intéresse au nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme, il est à noter que **le centre hospitalier dispose de la valeur la plus forte** des sept établissements présentés.

Les conclusions relatives à l'analyse des taux d'occupation sont **hétérogènes selon la discipline étudiée**. En effet, si l'on s'intéresse au taux d'occupation en médecine, le centre hospitalier présente un **taux que l'on peut qualifier de médian** alors que l'analyse du taux d'occupation en obstétrique révèle que **le centre hospitalier giennois possède le taux le plus élevé de la sélection d'établissements**.

Enfin, en ce qui concerne l'analyse des IP-DMS, **les conclusions sont, là encore, hétérogènes**. De fait, en médecine, le centre hospitalier dispose du **deuxième IP-DMS le plus faible de la sélection**. A contrario, en obstétrique, le centre hospitalier giennois dispose du **deuxième IP-DMS le plus élevé** des établissements présentés.

8. LA STRATÉGIE MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER ET SA DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

8.1. ASSURER UNE PRISE EN CHARGE SÉCURISÉE ET DE QUALITÉ

La qualité et la sécurité des soins regroupent l'ensemble des démarches et des actions qui tendent à assurer un niveau de qualité attendu au regard des bonnes pratiques et de la gestion des risques : la qualité des soins est donc l'aboutissement d'un processus qui fait intervenir l'ensemble des professionnels de façon complémentaire.

Requérant une approche managériale, la démarche d'amélioration continue de la qualité de gestion des risques se traduit par la mise en place de nombreuses actions pour assurer au patient hospitalisé, au sein du centre hospitalier ou à son domicile, une prise en charge de qualité et la sécurité des soins dispensés.

8.1.1. SÉCURISER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

La sécurité des patients est un objectif ancré au cœur des pratiques professionnelles. Il s'agit de prévenir et de gérer les risques en santé en questionnant les pratiques et les organisations. Cet objectif se traduit opérationnellement de différentes façons au sein de l'établissement :

- Tout d'abord, par l'intégration de la gestion des risques au sein du management des pôles,
- Mais également par la sécurisation du circuit du médicament.

8.1.1.1. INTÉGRER LA GESTION DES RISQUES DANS LE MANAGEMENT DE PÔLE

L'amélioration des pratiques et le renforcement de la sécurité des soins dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité suppose d'intégrer le management de la gestion des risques au cœur du pôle et ainsi d'assurer la réalisation des actions directement en lien avec le programme qualité et gestion des risques.

Il est à noter que le Pôle Urgences a établi une fiche action spécifique sur ce thème (Cf. Annexes : Fiches-Action « Projet de Pôle Urgences OS1 – OO5 »).

Pour ce faire, il convient de :

- Pérenniser la culture de sécurité des soins pour maîtriser les risques au sein du pôle,
- Poursuivre la démarche qualité au sein du pôle en optimisant le pilotage interne et en promotionnant différentes actions,
- Rendre le patient acteur de sa prise en charge en l'impliquant et en tenant compte de ses attentes.

8.1.1.2. AMÉLIORER ET SÉCURISER LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT.

La dispensation nominative est une des mesures pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient au niveau de l'étape de la dispensation. Elle répond à l'exigence posée par le Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM) et aux dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Concrètement il s'agira de se doter des moyens nécessaires pour réaliser la préparation des doses à administrer au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Afin d'y parvenir, plusieurs étapes devront être mise en œuvre :

- Il s'agira d'effectuer une analyse prospective des besoins en ressources matérielles et humaines qui sera associée à une étude médico-économique puis de retenir une solution,
- La PUI et les services de soins seront ensuite réorganisés en fonction de la solution retenue,
- Un calendrier et une méthodologie de déploiement seront définis puis la solution sera mise en place avant d'être évaluée.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Activité Médicale de Support Circuit du Médicament OS1 – OO1).en page 174

Dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament, des exigences réglementaires actuelles et du Contrat de Bon Usage du Médicament, le centre hospitalier initie une démarche-projet visant à organiser et structurer le déploiement de la conciliation médicamenteuse. De fait, cette dernière doit conduire à :

- Intercepter les erreurs médicamenteuses dues aux défauts d'informations entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier en favorisant le décloisonnement entre la ville et l'hôpital ;
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins en améliorant la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge ;
- Rendre plus efficient le parcours de soins en améliorant la pertinence des prescriptions.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Activité Médicale de Support Circuit du Médicament OS2 – OO1 »).en page 177

8.1.2. ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

La qualité des soins et de la prise en charge signifie que l'ensemble du séjour et du parcours de santé ainsi que les modalités de prise en charge par les professionnels de santé se déroulent dans le respect de la personne et de ses droits. Ainsi par exemple, cela se traduit pour le patient par le droit de bénéficier de soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science et qui soient appropriés à son état de santé.

Aussi, pour assurer aux patients une prise en charge de qualité, le centre hospitalier a défini plusieurs axes opérationnels :

- Le maintien du niveau de compétence médicale actuel en adaptant les formations,
- L'adaptation du temps d'attente aux urgences pour une prise en charge adaptée aux pathologies,
- La fluidification du passage aux urgences en lien avec le réseau amont et aval du pôle,
- Le développement de l'éducation thérapeutique du patient,
- L'amélioration de la prise en charge de la douleur,
- L'assurance d'accompagner le patient en fin de vie.

8.1.2.1. MAINTENIR L'EFFECTIF MÉDICAL EXISTANT AU NIVEAU DE COMPÉTENCE ACTUEL ET L'ADAPTER EN FONCTION DE L'ACTIVITÉ

Le maintien du niveau de compétence actuel suppose d'adapter la formation du personnel médical, élément de garantie pour la qualité et la sécurité des soins.

Au-delà du maintien de la compétence médicale, l'enjeu est de pérenniser l'attractivité des recrutements médicaux en offrant des conditions de travail intéressantes.

Pour ce faire, il est envisagé de :

- Adapter les conditions de travail par l'amélioration des outils de travail par exemple,
- Conserver une dynamique de recrutement médical en favorisant la mobilité et la formation,
- Développer des compétences médicales nouvelles,
- Maintenir le terrain de stage pour les IMG¹,
- Devenir terrain de stage en spécialité de médecine d'urgence.

Ceci est particulièrement vrai pour les urgences mais aussi pour le gynécologie-obstétrique et pour l'anesthésie.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Urgences OS1 OO1 ».en page 179

8.1.2.2. ADAPTER LE TEMPS D'ATTENTE POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE AUX PATHOLOGIES.

Cet objectif opérationnel a pour finalité de satisfaire aux délais de prise en charge. Concrètement, il s'agit d'assurer un temps d'attente avec prise en charge qui soit conforme à la gravité des pathologies.

Pour ce faire, plusieurs étapes ont été définies :

- L'adaptation des locaux à l'activité du pôle,
- L'adaptation du nombre de personnel en fonction de l'activité et des pics d'activité,
- La mise en place de protocoles de pratiques avancées ou de protocoles de coopération
- La formation d'IDE à la fonction d'IAO.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Urgences OS1 – OO2 ».en page 182

8.1.2.3. FLUIDIFIER LE PASSAGE AUX URGENCES EN LIEN AVEC LE RÉSEAU AMONT ET AVAL DU POLE (PROJET DE POLE URGENCES OS1 – OO3)

Pour faciliter l'orientation des patients afin d'optimiser leur prise en charge, il est nécessaire de fluidifier leurs passages aux urgences. L'optimisation des flux des patients des urgences passe par l'amélioration :

¹ IMG : Interne en médecine générale

- du réseau d'aval du pôle en participant à la commission des admissions non programmées et en formalisant les conventions de partenariat avec des structures externes notamment,
- du réseau d'amont du pôle des urgences en engageant, à titre d'exemple, des réunions de coopération avec les médecins de ville du bassin de population accueillie.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Urgences OS1 – OO3 ».

8.1.2.4. IDENTIFIER LES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP).

La loi HPST dispose que « l'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade ».

L'ETP a pour finalité d'acquérir des compétences utiles permettant au patient de devenir acteur de santé en s'impliquant pleinement dans la prise en charge de sa maladie. Le patient est amené à :

- Comprendre sa maladie,
- Connaitre les bénéfices et les effets secondaires de ses traitements,
- Connaitre les mesures préventives à adopter,
- Reconnaître une aggravation et savoir réagir de manière adéquate,
- Identifier les facteurs ou les circonstances déclenchant des pics de résurgence de la maladie pour mieux les éviter,
- Résoudre les difficultés de quotidien liées à la maladie.

Rappelons que l'ETP est une offre de soins complémentaires des soins prescrits sur ordonnance par le praticien et qu'il s'agit d'une pratique personnalisée au regard des besoins du patient et fondée sur une approche pluridisciplinaire.

L'ETP suppose l'établissement d'un diagnostic éducatif afin d'identifier les besoins et de définir les compétences à acquérir ou à mobiliser. Un programme personnalisé est ensuite proposé par l'équipe pédagogique. Une évaluation est ensuite réalisée pour faire le point sur le niveau de compréhension du patient.

L'élaboration d'un programme d'ETP est précisément encadrée. En effet, le programme d'ETP doit :

- Etre Conforme au cahier des charges national,
- Etre Mis en œuvre au niveau local après autorisation de l'ARS,
- Etre Proposé par un médecin prescripteur,
- Donner lieu à un programme personnalisé.

A ce jour, le centre hospitalier dispose en court séjour de différentes actions menées et d'une pathologie prévalente : le diabète. Il convient désormais de développer une offre de soins pertinente qui soit adaptée aux besoins de la population puis de prioriser les actions à mener et ainsi de lever la réserve issue de la certification v2010.

Le centre hospitalier a choisi de s'inscrire dans cette démarche en développant une mission de conseil et d'orientation auprès des patients ainsi que des programmes d'ETP en court séjour et SSR.

Ce projet de développement se compose de deux phases :

- L'identification des programmes d'ETP du territoire et la diffusion de l'information auprès des médecins. L'identification de l'offre de soins sera effectuée au niveau du département et de la région. Il s'agira de prendre connaissance des programmes existants, de recenser les acteurs clés et leur contribution et d'identifier les référents et les caractéristiques du programme. L'information sera ensuite transmise par pôle et à chaque praticien et une équipe de pilotage sera mise en place.
- Le développement d'un programme d'ETP local fondée sur l'identification des programmes existants. Le développement d'un ou de plusieurs programmes suppose de : structurer, labelliser puis valoriser le programme. Pour commencer, il conviendra de définir le programme, son périmètre et sa patientèle, puis d'identifier des référents médicaux, des acteurs paramédicaux et des relais en ville. Enfin, il conviendra de mettre en place un plan de communication à destination du public et des partenaires.

Cf. Annexes : Fiches-Action « Projet transversal Education Thérapeutique du Patient OS1 OO1 et OO3 », en page 192

8.1.2.5. GARANTIR LES DROITS DES PATIENTS PRIS EN CHARGE AU SEIN DES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS ET EN LIEN AVEC L'ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE.

Pour assurer une prise en charge du patient en soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, il convient d'intégrer les dispositions du Plan National 2015 – 2018 relatif au développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie.

4 axes principaux y sont développés :

- Informer le patient pour lui permettre d'être au cœur des décisions qui le concernent,
- Former les professionnels et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs,
- Développer les prises en charge de proximité en favorisant les soins palliatifs à domicile y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux,
- Garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous afin de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet transversal Prise en charge de la douleur, Soins Palliatifs et Accompagnement fin de vie OS2 et OS3 ».

8.1.2.6. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.

Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental du malade depuis la loi du 4 mars 2002. L'article L 1110-5 dispose à ce titre « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ».

- Améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours,
- Garantir la prise en charge de la douleur lorsque le patient est hospitalisé,
- Aider les patients qui rencontrent des difficultés de communication à mieux exprimer les douleurs ressenties. Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet transversal Prise en charge de la douleur, Soins Palliatifs et Accompagnement fin de vie OS1 – OO1, OO2 et OO3 ».

8.2. DÉVELOPPER L'ACTIVITÉ EN S'ADAPTANT AUX BESOINS DE LA POPULATION

Une stratégie médicale s'inscrit nécessairement dans un territoire disposant de caractéristiques spécifiques. Le territoire sur lequel est implanté le centre hospitalier est particulièrement marqué par un vieillissement démographique impliquant notamment le développement des besoins de la population âgée. De fait, ce phénomène se retrouve dans le case-mix actuel de l'établissement. C'est ainsi qu'il est essentiel de développer une offre de soins répondant pleinement aux besoins de la population et à leurs évolutions ainsi qu'une gradation des soins réellement adaptée.

La priorité « Développer l'activité en s'adaptant aux besoins de la population » se traduit stratégiquement et opérationnellement, au sein du centre hospitalier, dans les objectifs présentés ci-après. Ces derniers ont été formalisés par les différents groupes de travail.

8.2.1. DÉVELOPPER LA PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DES PERSONNES VULNÉRABLES.

Il s'agit, dans le cadre de cet objectif opérationnel, d'offrir un accès aux soins pour les populations fragiles et prendre en compte les besoins spécifiques des populations vulnérables. Cela répond à un contexte socio-économique local particulier (personnes vulnérables isolées en milieu rural, centre d'accueil de population en demande d'asile à proximité de l'hôpital, absence de centres d'accueil et d'hébergement d'urgence à moins de 50 kilomètres...). Il est donc nécessaire d'optimiser la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité grâce aux actions suivantes :

- Favoriser les filières spécifiques (procédure de signalement, recours au service de la PASS, intégrer l'équipe mobile de gériatrie sur le pôle)
- Améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation (partenariats Ville/Hôpital, travail en réseau avec les structures accueillant des personnes vulnérables)
- Sensibiliser et former les professionnels à la connaissance des personnes vulnérables (repérage précoce des situations de vulnérabilité, adaptation des prises en charge)
- Améliorer la qualité de la prise en charge des maltraitances.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Urgences : OS1 – OO6 ». en page 196

8.2.2. DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE D'OFFRE D'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA POPULATION.

Cet objectif opérationnel a pour objet d'améliorer l'offre HAD sur le secteur afin de favoriser un parcours de soins adapté pour la population. De fait, localement, les structures d'aval sont peu développées, ce qui ne favorise pas un retour rapide au domicile. Plus précisément, il s'agit de mener une étude sur les besoins de la population accueillie en termes de structures d'HAD et de développer une stratégie visant à répondre à ces besoins. Cela suppose de mettre en œuvre les actions suivantes :

- Evaluer la file active de patients nécessitant une HAD (besoins par pôle, critères d'inclusion)
- Etudier l'offre locale existante (recensement et étude sur le fonctionnement des HAD locales, étude sur les relations HAD/Hôpital)

- Etudier la pertinence de la création d'une HAD gérée par le centre hospitalier (analyse comparative, analyse financière, choix stratégique au regard des études menées). A défaut, accentuer le recours à un partenaire efficient.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet transversal HAD : OS1 – OO1 » en page 196

8.2.3. COMPLÉTER LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE PAR LE CRÉATION D'UN COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE (CSG).

Cet axe s'inscrit dans l'objectif stratégique plus global relatif à la mise en place d'une filière gériatrique complète au centre hospitalier. La création de ce court séjour gériatrique permet de répondre à de nombreux enjeux, identifiés lors des travaux des groupes de travail, qu'il est nécessaire de rappeler:

- Mieux répondre aux demandes de soins de la région.
- Permettre une prise en charge optimale.
- Assurer un rôle d'hospitalisation directe ou via les urgences ou par transfert d'un autre service ou d'un EHPAD.
- Assurer une période d'investigation et/ou d'équilibrage des traitements.
- Assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours.
- Assurer la prise en charge des patients « gériatriques » en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences.
- Procéder à une évaluation gériatrique globale et individualisée, à la fois médicale, psychologique et sociale.
- Etablir les diagnostics non réalisables en ambulatoire.
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées.
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leurs organisations.
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

Concernant les modes d'entrée en CSG, l'accès direct est à privilégier (sans passage par les urgences si possible). Le mode de sortie doit être intégré dans le projet thérapeutique et organisé le plus tôt possible. Pour ce faire, il est indispensable de développer les collaborations avec les autres structures de la filière gériatrique, à savoir les partenaires médico-sociaux, les médecins traitants, le CLIC et les MAIA notamment.

L'évaluation médico-économique de ce projet a été réalisée grâce à la production d'un outil de simulation permettant de jouer plusieurs scénarii notamment sur le dimensionnement du CSG, en termes de capacitaire. Les différentes alternatives sont présentées ci-après (cf. 7. *Evaluation médico-économique*).

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Médecine et Projet transversal Mise en place d'une filière gériatrique complète au centre hospitalier : OS1 – OO1 » en page 196.

8.2.4. CREER UN HOPITAL DE JOUR POLYVALENT MEDICAL.

L'orientation stratégique et opérationnelle de création d'un hôpital de jour polyvalent médical permet de répondre à de nombreux enjeux et présente plusieurs intérêts qu'il convient de mentionner. L'hôpital de jour polyvalent est un service transversal, fédérant l'ensemble des spécialités hospitalières. Il présente un intérêt économique et organisationnel. De fait, il permet une réduction de la durée d'hospitalisation

classique (AVC, Dégénératif). Il permet également une certaine rapidité de mise en œuvre des traitements et des investigations complémentaires, ce qui induit une meilleure efficacité de l'activité de consultation. L'hôpital de jour polyvalent présente également un réel intérêt professionnel puisqu'il nécessite, sur les affections multi-systémiques ou « frontières », une discussion collégiale entre les spécialistes internistes (Rhumatologues, Cardiologues, Pneumologues, Oncologues, Pédiatres). Il présente plusieurs intérêts pour l'institution hospitalière et les patients :

- Prise en charge personnalisée, malades pris en charge « en globalité » par l'équipe soignante (diminution du stress, patients mieux informés)
- Hospitalisation calme à l'écart des flux hospitaliers
- Réduction des risques liés aux hospitalisations classiques
- Réduction de la consommation de médicaments.

L'évaluation médico-économique de ce projet a été réalisée grâce à la production d'un outil de simulation permettant de jouer plusieurs scénarii notamment sur le dimensionnement de l'HJD, en termes de capacité. Les différentes alternatives sont présentées ci-après (cf. 7. *Evaluation médico-économique*).

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Médecine et Projet transversal Création d'un Hôpital de Jour Polyvalent Médical : OS1 – OO1 » en page 196.

8.2.5. PÉDIATRIE : DÉVELOPPER LES CONSULTATIONS EXTERNES PROGRAMMÉES

L'enjeu majeur de cette action est de mettre en adéquation l'offre de soins par rapport à la demande de la population. De fait, il existe une demande croissante des familles et le contexte local se caractérise par une pénurie de pédiatres. L'objet de ces consultations est de favoriser le développement de la prévention, de l'éducation et de la surveillance du développement physiologique de la croissance. Pour ce faire, il s'agit, ici, d'élargir les plages de consultations programmées et de développer les consultations de pédiatrie générale ou spécialisée d'amont.

Cela permettra l'accroissement de l'activité des consultations qui, elle-même, permettra une augmentation du nombre d'hospitalisations en pédiatrie. Cela présente donc un réel intérêt à long terme pour la dynamique du service de pédiatrie et du centre hospitalier.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Femmes-Enfants Volet Pédiatrie : OS1 – OO2 » en page 196.

8.2.6. DÉVELOPPER LES CONSULTATIONS D'ÉCHOGRAPHIES, LES CONSULTATIONS SAGES-FEMMES ET LES ASSOCIER AUX CONSULTATIONS GYNCOLOGIQUES.

Cet axe résulte d'un certain nombre de constats qu'il convient d'exposer :

- L'obstétrique est l'activité centrale du service.
- Développer l'offre est important pour répondre aux besoins de suivi des patientes.
- Ces dernières rencontrent des difficultés d'obtention de rendez-vous sur le territoire de proximité, plus particulièrement pour le suivi échographique.
- Le développement des consultations d'échographies contribue à maintenir, voire à améliorer, le nombre des naissances au sein du centre hospitalier.

Il est important de mentionner le fait que l'équipe des gynécologues-obstétriciens va évoluer du fait de deux départs de praticiens temps plein fin 2015. C'est ainsi que le développement des consultations d'échographies nécessitera la mise en œuvre des trois mesures suivantes :

- Recrutement de médecins formés et diplômés en échographie.
- Formation des sages-femmes aux échographies obstétricales et aux consultations de prévention en gynécologie et contraception.
- Intégration des sages-femmes dans les rendez-vous d'échographies et de consultations.

Ces mesures permettront également de poursuivre l'amélioration de l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse, ce qui répond aux préconisations formulées dans la mesure 16 du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

L'évaluation médico-économique de ce projet a été réalisée grâce à la production d'un outil de simulation permettant de jouer plusieurs scénarii. Cette évaluation est présentée ci-après (cf. 7. *Evaluation médico-économique*).

Cf. Annexes : Fiches-action « Projet de Pôle Femmes-Enfants Volet Gynécologie-Obstétrique OS1 – OO1 et OS1 – OO2 » en page 196 et en page 213.

8.2.7. REQUALIFIER DES LITS DE SSR POLYVALENTS EN SSR PERSONNES ÂGÉES POLYPATHOLOGIQUES

Cette mesure s'inscrit dans une volonté d'adapter l'offre de soins aux réels profils des patients pris en charge par le centre hospitalier (Cf. Analyse des patients présentée précédemment). Dans un premier temps, cet objectif stratégique se traduit opérationnellement par la réalisation d'une étude DIM pour identifier la file active éligible. Cette étude permettra d'objectiver précisément les besoins et le profil des patients pris en charge.

Il est également pertinent de mentionner le fait que cette action s'inscrit dans la nécessité d'anticiper efficacement la réforme de financement de l'activité SSR.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Gériatrique Volet SSR OS1 – OO1 » en page 196.

8.2.8. PERENNISER L'ACTIVITE D'ADDICTOLOGIE EN SSR.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Gériatrique Volet SSR OS2 – OO1 » en page 216

8.2.9. IDENTIFIER UN SECTEUR SÉCURISÉ DE TYPE UCC AU SEIN DU SSR.

Cette action est présentée en lien avec la Mesure 17 du Plan Alzheimer et a pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge et de mettre en place des parcours de soins adaptés. L'identification de telles unités au sein de structures de SSR polyvalents ou gériatriques est destinée à offrir une prise en charge spécifique pour les patients jeunes et âgés qu'ils soient à domicile ou en institution. Le but étant de leur permettre de retourner à leur domicile d'origine.

Dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer peuvent survenir des périodes de crises, d'origine multifactorielle (fatigue de l'aidant, maladies aiguës, rupture de la prise en charge), qui se traduisent très souvent par l'apparition ou l'exacerbation de troubles du comportement. Dans cette situation le recours à l'hospitalisation peut être nécessaire et constitue bien souvent l'unique réponse. Après la réalisation d'un bilan médical approprié (court-séjour gériatrique pour les personnes âgées, autres services d'aigus pour les patients jeunes), il est nécessaire de disposer de Soins de Suite et de Réadaptation adaptés, qui permettent d'assurer des programmes de rééducation cognitive permettant d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

Cette initiative est évidemment étroitement liée au projet architectural, et plus précisément au projet de restructuration des bâtiments du SSR.

Cf. Annexes : Fiche-action « Projet de Pôle Gériatrique Volet SSR OS3 – OO1 » en page 218.

8.2.10. CRÉER UNE UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCÉ (UHR) OU TRANSFORMER UN CANTOU² EXISTANT EN UHR.

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place d'un dispositif spécifique qui vise à développer, dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les USLD, un accompagnement adapté des malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement. Ce dispositif est mis en œuvre par l'adaptation de places existantes ou dans le cadre de projets de création ou d'extension de places nouvelles. C'est dans ce cadre que s'inscrit la réflexion du centre hospitalier relative à la création d'une UHR ou à la transformation d'un Cantou existant en UHR. Cela permettrait d'assurer une meilleure prise en charge des troubles du comportement sévères, dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée. Cela a également pour objet :

- De prendre en charge les troubles sévères du comportement dans un lieu de vie adapté.
- De diminuer la prise en charge médicamenteuse.
- D'élaborer un projet de soins adapté et un projet de vie personnalisé.
- D'encourager la participation des familles et des proches.

C'est ainsi qu'il s'agira, ici, de procéder de la manière suivante :

² CANTOU : Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles

1. Etudier l'opportunité de créer une UHR ou de transformer un Cantou existant en UHR.
2. Arbitrer entre deux solutions alternatives :
 - Demande de création d'une UHR
 - Demande de transformation d'un Cantou en UHR (adaptation des capacités existantes)

Les caractéristiques de cette unité sont les suivantes :

- L'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères.
- La présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades.
- L'élaboration d'un projet de soins adapté et d'un projet de vie personnalisé.
- La participation des familles et des proches.
- La conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Gériatrique Volet EHPAD OS1 – OO1 » en page 220.

8.2.11. COMPLETER LA FILIERE GERIATRIQUE PAR LA CREATION D'UNE EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE.

Ce projet a pour objet la création d'une Equipe Mobile Gériatrique (EMG), intégrée dans une filière gériatrique complète au sein du centre hospitalier.

L'EMG, structure légère de coordination, a pour objectif d'intervenir dans tous les services hospitaliers et de développer un partenariat avec les acteurs de ville médicaux et sociaux. Elle se déploie, dans un premier temps, au sein du pôle SAU-SMUR-HTCD. L'EMG propose une évaluation gériatrique, un avis gériatrique, une orientation vers la meilleure prise en charge de la personne âgée avec recrutement de toutes les structures de la filière gériatrique. Elle dispense un avis spécialisé, et assiste, à leur demande, les différents services et structures de soins non gériatriques y compris les urgences, pour une bonne prise en charge et orientation des personnes âgées fragiles.

L'EMG, en lien avec le projet du Pôle Urgences précédemment présenté, permet de mieux orienter les personnes âgées vulnérables adressées aux urgences du centre hospitalier et, ce faisant, améliorer leur prise en charge. Elle permet également :

- De réduire ou éviter les hospitalisations.
- De développer les partenariats ville-hôpital.
- De réduire l'incidence des ré-hospitalisations précoces et non programmées.
- De diminuer la durée de l'hospitalisation.
- D'avoir une meilleure prise en charge de la personne âgée dans les services non gériatriques.
- D'aider au diagnostic.
- De prévenir au maximum les complications de l'hospitalisation (escarres, perte d'autonomie, dénutrition, décompensation en cascade...)
- D'organiser un suivi des patients après la sortie de l'hospitalisation, en collaboration avec les autres intervenants médico-sociaux.

Les résultats et perspectives attendues au centre hospitalier sont les suivants :

- Réduction de l'incidence des ré-hospitalisations précoces et non programmées
- Eviter les hospitalisations inutiles
- Diminution de la durée de l'hospitalisation
- Le parcours de soins du patient âgé devrait être amélioré en recrutant par cette EMG tous les intervenants du réseau : CLIC, etc... avec qui le personnel de l'EMG doit avoir des liens étroits.
- Le retour à domicile devrait être facilité et mieux préparé.
- Les consultations gériatriques ou de mémoire devraient augmenter.
- Perspectives :
 - Le déploiement de l'EMG pourrait s'étendre aux autres services hospitaliers et médico-sociaux, puis sur d'autres structures : EHPAD, centre hospitalier Sully...
 - Un partenariat fort avec l'hôpital de jour(HDJ) (en projet) est de rigueur.
 - Labellisation du projet EMG par l'ARS à partir des résultats obtenus.

Cf. Fiche-Action « Projet transversal Mise en place d'une filière gériatrique complète au Centre Hospitalier OS2 – OO1 » en page 222.

8.2.12. DISPOSER/BÉNÉFICIER D'UNE IRM : ETUDE MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE FAISABILITÉ.

Le centre hospitalier est l'un des trois partenaires du groupement d'intérêt économique d'imagerie en coupe dont l'un des axes d'amélioration prévus dans son CPOM est l'acquisition et l'exploitation d'une IRM, équipement faisant défaut sur le territoire du giennois.

Le fait de disposer d'une IRM dont l'autorisation serait portée par le GIE est un atout pour les services d'urgence et de médecine de l'établissement.

Cf. Fiche-Action « Projet transversal Disposer/Bénéficiaire d'une IRM OS1 – OO1 » en page 226.

8.3. VALORISER L'ACTIVITÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

Le Plan Triennal (2015-2017) de maîtrise de l'ONDAM a pour vocation de préparer l'hôpital de demain. Ambitieux, il doit se traduire par une réorganisation profonde de l'offre de soins dans chaque territoire, avec comme impératif le respect des équilibres financiers des établissements de santé. L'effort important qui est demandé à ces derniers rend d'autant plus nécessaire l'axe de réflexion présenté ici, à savoir une meilleure valorisation de l'activité et une dynamique de maîtrise des dépenses.

La priorité « Valoriser l'activité et maîtriser les dépenses » est un objectif permanent et fixé à chacun des pôles. Il se traduit stratégiquement et opérationnellement, au sein du centre hospitalier, dans les objectifs présentés ci-après. Ces derniers ont été formalisés par les différents groupes de travail.

8.3.1. MAÎTRISER LES COÛTS DE LA MASSE SALARIALE

Afin de répondre aux exigences de l'ONDAM et donc de garantir la pérennité financière de la structure, le centre hospitalier a identifié un axe de travail transversal et institutionnel qui a pour objet de gérer de manière adaptée les évolutions de la masse salariale en fonction des contraintes budgétaires, réglementaires et de l'activité.

Cet objectif opérationnel fait d'ores et déjà l'objet d'une fiche action au sein du Pôle Urgences et est décliné, depuis 2015, sur les autres pôles.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Urgences OS3 – OO1 » en page 226.

Cet axe de travail constitue la pierre angulaire du projet de gestion, projet constitutif du projet d'établissement.

8.3.2. VALORISER L'ACTIVITÉ DU PÔLE URGENCES.

Cette action a pour objet de rendre lisible l'efficacité de la prise en charge du centre hospitalier auprès des tutelles et des patients en remplissant les obligations de transmission d'activité.

Plus précisément, il s'agit, ici, de transmettre de manière exhaustive l'ensemble des indicateurs d'activité auprès des tutelles et des usagers. Pour ce faire, deux éléments sont à mettre en œuvre :

- Transmettre les données quantitatives d'activité :
 - Mettre en place la transmission du RPU
 - Réaliser des réunions avec le DIM
 - Réaliser des réunions d'audit consultation externe
 - Bilan d'activité annuel
- Transmettre des données qualitatives d'activité :
 - Répondre aux indicateurs IPAQSS
 - Bilan CRUQPC annuel
 - Réaliser un audit qualité annuel aux urgences

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Urgences OS3 – OO2 » en page 226.

8.3.3. MIEUX VALORISER L'ACTIVITÉ D'URGENCES PÉDIATRIQUES.

L'action relative à la valorisation de l'activité d'urgences pédiatriques est liée à l'optimisation des cotations des actes de consultations et à la création d'une ZSTCD (Zone de Surveillance de Très Courte Durée) d'une capacité d'un lit. Cette zone créée est destinée aux patients consultants qui nécessitent, outre la consultation du pédiatre, une surveillance particulière, des actes diagnostiques et ou thérapeutiques complémentaires.

Les résultats attendus par le groupe de travail du « Pôle Femmes-Enfants Volet Pédiatrie » sont les suivants :

- La pérennisation du service des urgences pédiatriques
- Le maintien de la dynamique en cours
- Une augmentation de l'activité (non chiffrée pour le moment, dans l'attente de la stabilisation de l'équipe médicale pédiatrique).
- Objectif à moyen terme : les urgences pédiatriques sont pourvoyeuses d'hospitalisations en pédiatrie.

Il est essentiel de préciser que ce projet se mène à moyens constants. De fait, l'aménagement du temps de travail en 12 heures, testé par l'équipe depuis 2014, permet d'affecter une IDE aux urgences pédiatriques.

L'évaluation médico-économique de ce projet a été réalisée grâce à la production d'un outil de simulation permettant de jouer plusieurs scénarii et de lier le projet de ZSTCD au projet de création d'une place d'Hôpital de Jour en Pédiatrie. Cette évaluation est présentée ci-après (cf. 7. *Evaluation médico-économique*).

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Femmes-Enfants OS1 – OO1 » en page 228.

8.3.4. AUGMENTER LE NOMBRE DE SAGES-FEMMES PAR REDÉPLOIEMENT INTERNE.

Il s'agit, ici, d'étendre les compétences des sages-femmes pour leur permettre d'assurer une activité en phase avec leur statut de personnel médical : réalisation d'échographies, de consultations de suivi gynécologique.

Cf. Projet soignant

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Femmes-Enfants Volet Gynécologie-Obstétrique OS1 – OO3 » en page 230.

8.4. RENFORCER LE RÔLE DE L'ÉTABLISSEMENT AU SEIN DU TERRITOIRE (RÉSEAUX, PARTENARIATS, GHT)

Le centre hospitalier exprime une volonté affirmée de renforcer son rôle au sein du territoire. Les Groupements Hospitaliers de Territoire rendent essentiel le fait de raisonner de manière territoriale lors de l'élaboration du projet médical et, plus globalement, lors de la formalisation du projet d'établissement. Par ailleurs, le centre hospitalier est d'ores et déjà impliqué dans une démarche de partenariat public-privé avec la Clinique Jeanne d'Arc, collaboration qu'il convient de pérenniser.

La priorité « Renforcer le rôle de l'établissement au sein du territoire » se traduit stratégiquement et opérationnellement, au sein du centre hospitalier, dans les objectifs présentés ci-après. Ces derniers ont été formalisés par les différents groupes de travail.

8.4.1. DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE ET LA TÉLÉEXPERTISE AU SEIN DU PÔLE URGENCES.

Cet objectif s'inscrit dans une volonté d'être acteur de l'intégration du Pôle Urgences au futur Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Dans la perspective de ces GHT, il est essentiel d'inscrire la télémédecine au sein du projet médical. L'enjeu, pour le centre hospitalier, et plus spécifiquement pour le Pôle Urgences, est une amélioration de la performance grâce au déploiement de la télémédecine, et ce afin de répondre au phénomène de vieillissement de la population, à l'augmentation de patients souffrant de maladies chroniques, aux contraintes budgétaires et aux inégalités de répartition des professionnels au sein du territoire.

La mise en œuvre de cette mesure permettra d'améliorer l'accessibilité de la population à des spécialistes, la coordination entre les professionnels et le parcours de soins des patients afin, notamment, de diminuer l'inégalité d'accès aux soins pour les patients pris en charge, de diminuer les dépenses de santé et de diminuer les temps de prise en charge.

Pour ce faire, les actions suivantes ont été identifiées :

- Créer des moyens de télétransmission et de télé-expertise,
- Créer des conventions inter-établissements pour mettre en œuvre la télé-expertise,
- Participer à la mise en œuvre de filières spécifiques :
 - Intégrer les filières de prise en charge spécifique en développant des protocoles communs avec les centres de référence,
 - Participer au Réseau Territorial des Urgences,
 - Créer des RMM inter-établissements,

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Urgences OS2 – OO1 » en page 236.

8.4.2. ÊTRE ACTEUR AU SEIN DES RÉSEAUX TERRITORIAUX.

Cet objectif opérationnel a pour objet de créer, développer ou maintenir les partenariats, les réseaux et collaborations avec les autres structures. Plus précisément, il s'agit, ici, de participer à l'élaboration des nouveaux schémas territoriaux d'organisation des urgences, aux réunions du territoire ville/hôpital et de pouvoir, au sein de ces groupes de travail, être force de proposition.

Ainsi, le groupe de travail « Pôle Urgences » a identifié trois actions qu'il conviendra de réaliser :

- Etre acteur des modalités d'organisation du travail dans les structures d'urgence :
 - Participer à chaque réunion du Réseau Territorial des Urgences
 - Intégrer les commissions d'évaluation
- Poursuivre les partenariats avec les réseaux existants :
 - Participer et être acteur dans l'organisation des réunions inter-SMUR
 - Participer aux réunions de maillage territorial du réseau ville-hôpital et pouvoir apporter des axes d'amélioration pour optimiser ces partenariats.
- Favoriser la mise à disposition des données d'orientation
 - Participer à la mise à jour des données du Répertoire Opérationnel des Ressources
 - Participer à la transmission des données ARS

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Urgences OS2 – OO2 ».

8.4.3. DÉVELOPPER UNE ANTENNE NEURO-VASCULAIRE.

Cet objectif opérationnel s'inscrit dans trois axes majeurs de réflexion, à savoir l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'adéquation de l'offre aux besoins de la population ainsi que l'intégration de réseaux et de filières spécifiques.

L'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) étant à 80 kilomètres, le délai de prise en charge et le transport sont incompatibles avec une prise en charge optimale des AVC sur le secteur Est Loiret. Le développement d'une antenne UNV permettra donc, d'une part, d'améliorer la prise en charge des AVC sur le secteur en lien avec l'UNV la plus proche et, d'autre part, d'améliorer la file active des patients hospitalisés pour AVC.

Plus précisément, il s'agit de travailler en partenariat avec le centre de référence, à savoir le CHR d'Orléans. Il est donc essentiel de mentionner le fait que ce projet est étroitement lié aux projets relatifs à la télémédecine et à l'IRM.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet de Pôle Urgences OS2 – OO3 » en page **Erreur ! Signet non défini..**

8.4.4. DÉVELOPPER DES PARTENARIATS DANS LE CADRE DE L'EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT.

Dans le cadre de l'objectif stratégique relatif au développement de l'éducation thérapeutique du patient, le groupe de travail a identifié trois actions majeures :

- Intégrer le groupe de réflexion sur l'éducation thérapeutique du patient du Loiret : Le GRÉTPL
- Intégrer un réseau de prise en charge :
 - Pour une pathologie : par exemple le diabète
 - LOIREST – DIAB – Montargis
 - DIABOLO – Orléans
- Développer le réseau du centre hospitalier :
 - Rencontrer la référente ARS
 - Avec l'équipe de Sully : appui de la direction commune (une IDE formée à l'ETP)
 - Des objectifs communs
 - Un partenariat à optimiser

- Un parcours de soin potentiel

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet transversal Education Thérapeutique du Patient OS1 – OO2 » en page 243.

8.4.5. ETRE PRÉSENT SUR LES DIFFÉRENTES THÉMATIQUES DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.

La création des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) procède d'une double volonté : faire en sorte que les établissements publics de santé d'un même territoire définissent une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et gèrent ensemble certaines fonctions transversales (systèmes d'information, fonction achat,...). C'est ainsi que l'objectif opérationnel, qui est ici présenté, met en exergue le souhait du centre hospitalier de s'inscrire pleinement dans cette démarche.

De fait, le centre hospitalier se positionne sur les différentes thématiques du GHT :

- Le projet médical de territoire
- Les achats
- La formation initiale et continue
- L'organisation des Urgences (Cf. Annexes : Fiche-Action Projet de Pôle Urgences OS2)
- Le DIM de territoire
- Le système d'information

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet transversal Partenariats OS1 – OO1 » en page 246.

8.4.6. PÉRENNISER LE PARTENARIAT AVEC LA CLINIQUE.

La pérennité du pôle santé du giennois passe par une collaboration étroite avec la clinique Jeanne d'Arc. Trois sous actions ont été identifiées par le groupe de travail « Partenariats », à savoir :

- Bloc opératoire : Pérenniser l'existant, garantir la mise à disposition des salles de bloc opératoire.
- Renouveler et uniformiser les conventions existantes en matière de stérilisation et de production des repas.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet transversal Partenariats OS1 – OO2 » en page 246.

8.4.7. RÉÉTUDIER LES OPPORTUNITÉS D'ÉVOLUTION DE L'IMAGERIE.

En ce qui concerne l'activité d'imagerie, il s'agit de réétudier ses opportunités d'évolution. Plus précisément, deux axes de réflexion ont été identifiés :

- Radiologie conventionnelle (avec la clinique Jeanne d'Arc et un cabinet privé de radiologie) : Cela implique uniquement une action de veille.
- GIE Scanner : Extension à l'IRM.

(Cf. Fiche-Action Projet transversal Bénéficiaire/Disposer d'une IRM)

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet transversal Partenariats OS1 – OO3 » en page 246.

8.4.8. POURSUIVRE LA DÉMARCHE D'ACCRÉDITATION DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE, MEMBRE D'UN GCS.

Cf. Annexes : Fiche-Action « Projet transversal Partenariats OS1 – OO4 » en page 246.

9. L'ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE

L'évaluation médico-économique a été réalisée sur les projets suivants :

- La création d'un court séjour gériatrique.
- La création d'un hôpital de jour polyvalent médical (en y intégrant une place en pédiatrie).
- La création d'une ZSTCD³ (Zone de Surveillance de Très Courte Durée) en pédiatrie.
- Les consultations d'échographies.

Pour chaque projet, un modèle de simulation a été produit. Il intègre des hypothèses qui peuvent être modulées (cellules en jaune). Ces modèles sont présentés ci-après.

³ ZSTCD : Zone de Surveillance de Très Courte Durée

9.1. CRÉATION D'UN COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE DE 25 LITS (TRANSFORMATION DE 25 LITS DE MÉDECINE POLYVALENTE EXISTANTS) ET CRÉATION DE 2 PLACES D'HÔPITAL DE JOUR (2 LITS)

Nombre de lits identifiés CSG	25		DMS Nationale CSG (nombre de jours)	12		Taux d'occupation HDJ	100%
Nombre de lits de médecine	26		CA moyen par séjour national (en euros)	4000		Nombre de jours d'ouverture par semaine	5
Nombre de places HDJ	2					Nombre de semaines d'ouverture	46
Taux d'occupation médecine CSG	95%		DMS CHPD (service de médecine)	7,9		Nombre de jours d'ouverture année	230
Nombre de séjours (2015)	2331		CA moyen par séjour	3296		CA moyen HDJ par séjour	550
Charges de personnel	Moyens constants						
CSG				HDJ			
Nombre de journées potentielles CSG	8669	Soit en nombre de séjours	722			Nombre de venues potentielles en HDJ	460
Perte de recettes sur les lits identifiés CSG	2 381 016,67 €					Recettes sur les places d'HDJ	253 000,00 €
Recettes sur les lits identifiés CSG	2 889 583,33 €					Recettes actuelles sur les lits de "médecine"	289 923,62 €
Sur les lits identifiés CSG, différentiel	508 566,67 €					Sur les lits de "médecine", transformer en places d'HDJ, différentiel	- 36 923,62 €
						Résultat de l'opération HDJ	- 36 923,62 €
DMS lits de "médecine"	6,5		CA moyen par séjour sur les lits de "médecine"	2500			
Nombre de journées potentielles "médecine"	9015,5	Soit en nombre de séjours	1387				
Recettes actuelles sur les lits de "médecine"	3 769 007,09 €						
Avec CSG, recettes sur les lits de "médecine"	3 467 500,00 €					Résultat global	170 135,95 €
Sur les lits de "médecine", différentiel	- 301 507,09 €						
Résultat de l'opération CSG	207 059,57 €						

9.2. CRÉATION D'UN COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE DE 25 LITS (TRANSFORMATION DE 25 LITS DE MÉDECINE POLYVALENTE EXISTANTS) ET CRÉATION DE 4 PLACES D'HÔPITAL DE JOUR (2 LITS + 2 FAUTEUILS)

Nombre de lits identifiés CSG	25		DMS Nationale CSG (nombre de jours)	12		Taux d'occupation HDJ	100%
Nombre de lits de médecine	24		CA moyen par séjour national (en euros)	4000		Nombre de jours d'ouverture par semaine	5
Nombre de places HDJ	4					Nombre de semaines d'ouverture	46
Taux d'occupation médecine CSG	95%		DMS CHPD (service de médecine)	7,9		Nombre de jours d'ouverture année	230
Nombre de séjours (2015)	2331		CA moyen par séjour	3296		CA moyen HDJ par séjour	550
Charges de personnel	Moyens constants						
CSG				HDJ			
Nombre de journées potentielles CSG	8669	Soit en nombre de séjours	722			Nombre de venues potentielles en HDJ	920
Perte de recettes sur les lits identifiés CSG	2 381 016,67 €					Recettes sur les places d'HDJ	506 000,00 €
Recettes sur les lits identifiés CSG	2 889 583,33 €					Recettes actuelles sur les lits de "médecine"	579 847,25 €
Sur les lits identifiés CSG, différentiel	508 566,67 €					Sur les lits de "médecine", transformer en places d'HDJ, différentiel	- 73 847,25 €
						Résultat de l'opération HDJ	- 73 847,25 €
DMS lits de "médecine"	6,5		CA moyen par séjour sur les lits de "médecine"	2500			
Nombre de journées potentielles "médecine"	8322	Soit en nombre de séjours	1280				
Recettes actuelles sur les lits de "médecine"	3 479 083,47 €						
Avec CSG, recettes sur les lits de "médecine"	3 200 769,23 €					Résultat global	156 405,18 €
Sur les lits de "médecine", différentiel	- 278 314,24 €						
Résultat de l'opération CSG	230 252,43 €						

9.3. CRÉATION D'UN COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE DE 25 LITS (TRANSFORMATION DE 25 LITS DE MÉDECINE POLYVALENTE EXISTANTS) ET CRÉATION DE 3 PLACES D'HÔPITAL DE JOUR (3 FAUTEUILS)

Nombre de lits identifiés CSG	25		DMS Nationale CSG (nombre de jours)	12		Taux d'occupation HDJ	100%
Nombre de lits de médecine	26		CA moyen par séjour national (en euros)	4000		Nombre de jours d'ouverture par semaine	5
Nombre de places HDJ	3					Nombre de semaines d'ouverture	46
Taux d'occupation médecine CSG	95%		DMS CHPD (service de médecine)	7,9		Nombre de jours d'ouverture année	230
Nombre de séjours (2015)	2331		CA moyen par séjour	3296		CA moyen HDJ par séjour	550
Charges de personnel	Moyens constants						
CSG				HDJ			
Nombre de journées potentielles CSG	8669	Soit en nombre de séjours	722			Nombre de venues potentielles en HDJ	690
Perte de recettes sur les lits identifiés CSG	2 381 016,67 €					Recettes sur les places d'HDJ	379 500,00 €
Recettes sur les lits identifiés CSG	2 889 583,33 €					Recettes actuelles sur les lits de "médecine"	289 923,62 €
Sur les lits identifiés CSG, différentiel	508 566,67 €					Sur les lits de "médecine", transformer en places d'HDJ, différentiel	89 576,38 €
						Résultat de l'opération HDJ	89 576,38 €
DMS lits de "médecine"	6,5		CA moyen par séjour sur les lits de "médecine"	2500			
Nombre de journées potentielles "médecine"	9015,5	Soit en nombre de séjours	1387				
Recettes actuelles sur les lits de "médecine"	3 769 007,09 €						
Avec CSG, recettes sur les lits de "médecine"	3 467 500,00 €					Résultat global	296 635,95 €
Sur les lits de "médecine", différentiel	- 301 507,09 €						
Résultat de l'opération CSG	207 059,57 €						

9.4. CRÉATION D'UN COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE DE 25 LITS (TRANSFORMATION DE 25 LITS DE MÉDECINE POLYVALENTE EXISTANTS) ET CRÉATION DE 5 PLACES D'HÔPITAL DE JOUR (2 LITS + 3 FAUTEUILS)

Nombre de lits identifiés CSG	25		DMS Nationale CSG (nombre de jours)	12		Taux d'occupation HDJ	100%
Nombre de lits de médecine	24		CA moyen par séjour national (en euros)	4000		Nombre de jours d'ouverture par semaine	5
Nombre de places HDJ	5					Nombre de semaines d'ouverture	46
Taux d'occupation médecine CSG	95%		DMS CHPD (service de médecine)	7,9		Nombre de jours d'ouverture année	230
Nombre de séjours (2015)	2331		CA moyen par séjour	3296		CA moyen HDJ par séjour	550
Charges de personnel	Moyens constants						
CSG					HDJ		
Nombre de journées potentielles CSG	8669	Soit en nombre de séjours	722			Nombre de venues potentielles en HDJ	1150
Perte de recettes sur les lits identifiés CSG	2 381 016,67 €					Recettes sur les places d'HDJ	632 500,00 €
Recettes sur les lits identifiés CSG	2 889 583,33 €					Recettes actuelles sur les lits de "médecine"	579 847,25 €
Sur les lits identifiés CSG, différentiel	508 566,67 €					Sur les lits de "médecine", transformer en places d'HDJ, différentiel	52 652,75 €
						Résultat de l'opération HDJ	52 652,75 €
DMS lits de "médecine"	6,5		CA moyen par séjour sur les lits de "médecine"	2500			
Nombre de journées potentielles "médecine"	8322	Soit en nombre de séjours	1280				
Recettes actuelles sur les lits de "médecine"	3 479 083,47 €						
Avec CSG, recettes sur les lits de "médecine"	3 200 769,23 €					Résultat global	282 905,18 €
Sur les lits de "médecine", différentiel	- 278 314,24 €						
Résultat de l'opération CSG	230 252,43 €						

9.5. CRÉATION D'UN LIT DE ZSTCD ET 1 PLACE D'HÔPITAL DE JOUR AU SEIN DU SERVICE DE PÉDIATRIE

ZSTCD (1 lit) et HDJ (1 place) à l'entrée du service par redéploiement du fait du faible taux d'occupation.							Taux d'occupation HDJ	100%
							Nombre de jours d'ouverture par	5
Charges Moyens constants Pas de charges supplémentaires car d'ores et déjà 1 IDE dédiée aux urgences pédiatriques du fait de la réorganisation en 12 heures							Nombre de semaines d'ouverture	46
							Nombre de jours d'ouverture	230
							CA moyen HDJ par séjour	500
							HDJ	
							Nombre de patients potentiels HDJ	230
							Recettes potentielles HDJ	115 000,00 €
							Nombre d'hospitalisation Pédiatrie	1311
							Taux d'hospitalisations éligibles à l'HDJ	5%
							Nombre d'hospitalisations éligibles à l'HDJ	66
							Perte de recettes liées aux hospitalisations éligibles à l'HDJ	- 82 637,53 €
							Résultat de l'opération HDJ	32 362,47 €
							Résultat global	48 982,87 €
ZSTCD								
Taux d'occupation ZSTCD (avec 1 lit)							162%	
Taux d'occupation ZSTCD (avec 2 lits)							81%	
Nombre de consultations Urgences pédiatriques							3772	
Nombre d'hospitalisations Pédiatrie (hors programmé)							1068	
Nombre total de passages aux urgences identifiés filière pédiatrique (6 jours sur 7)							4840	
Taux d'hospitalisation							22%	
CA moyen par séjour ZSTCD							500	
Taux de ZSTCD potentiel sur les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation							10%	
Potentiel ZSTCD sur les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation							377	
Pourcentage d'hospitalisation éligible à la ZSTCD							20%	
Nombre d'hospitalisations éligibles à la ZSTCD							214	
CA moyen actuel sur les hospitalisations Pédiatrie							1261	
Recettes potentielles sur les 377 séjours liés aux passages aux urgences non suivis d'hospitalisation							188 600,00 €	
Perte de recettes liées aux 377 passages aux urgences non suivis d'hospitalisation							- 9 430,00 €	
Perte de recettes liées aux hospitalisations éligibles à la ZSTCD							- 162 549,60 €	
Résultat de l'opération ZSTCD							16 620,40 €	
Potentiel total ZSTCD							591	
Nombre de lits nécessaires							1,6	

ACTIVITE Septembre	NBRE PASSAGES		ECART 2014/2015	NBRE PASSAGES		ECART 2014/2015
	2014	2015		2014	2015	
Consultations externes	1 527	1 443	- 84	12 527	13 109	+ 582
Grippe A - H1N1	0	0	+ 0	0	0	+ 0
Antenne médicale Nevoy	0	0	+ 0	487	450	- 37
TOTAL CONSULTATIONS EXTERNES	1 527	1 443	- 84	13 014	13 559	+ 545
Urgences Suivi de consultation	9	17	+ 8	250	207	- 43
Urgences pédiatriques	287	296	+ 9	2 715	2 829	+ 114
Urgences Gynécologiques	73	88	+ 15	854	895	+ 41
TOTAL SUIVI + PEDIATRIE+ GYNECO	369	401	+ 32	3 819	3 931	+ 112
USC	20	18	- 2	179	167	- 12
Médecine	69	71	+ 2	612	686	+ 74
Gynécologie-obstétrique	15	17	+ 2	179	175	- 4
Pédiatrie	76	77	+ 1	829	801	- 28
S.S.R.	0	0	+ 0	11	7	- 4
Hospitalisations post UHTCD	2	0	- 2	14	0	- 14
H.T.C.D.	237	238	+ 1	2 137	2 089	- 48
HOSPITALISATIONS	419	421	+ 2	3 961	3 925	- 36
Taux d'hospitalisation des passages aux urgences	18,1%	18,6%		19,0%	18,3%	
TOTAL	2 315	2 265	-50	20 794	21 415	+621

9.6. AUGMENTATION DES CONSULTATIONS D'ÉCHOGRAPHIES

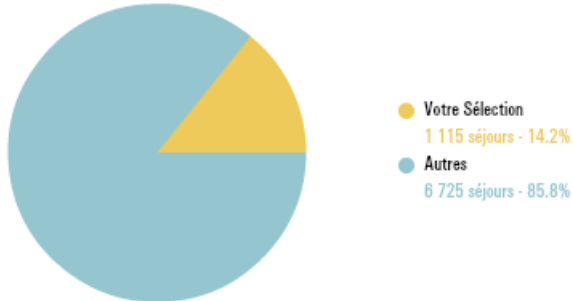
% des consultations donnant lieu à une échographie	15%
Tarif échographie	40
Tarif consultation (hors échographie)	23
Nombre de consultations en plus par jour	6
Nombre de jours de consultations	220
Nombre total de consultations en plus	1320
Nombre d'échographies en plus	198
Nombre de consultations en plus (hors échographie)	1122
Recettes potentielles	33 726,00 €

9.7. BUDGET GLOBAL DE FORMATION DANS LE CADRE DU PROJET MÉDICAL DU CENTRE HOSPITALIER

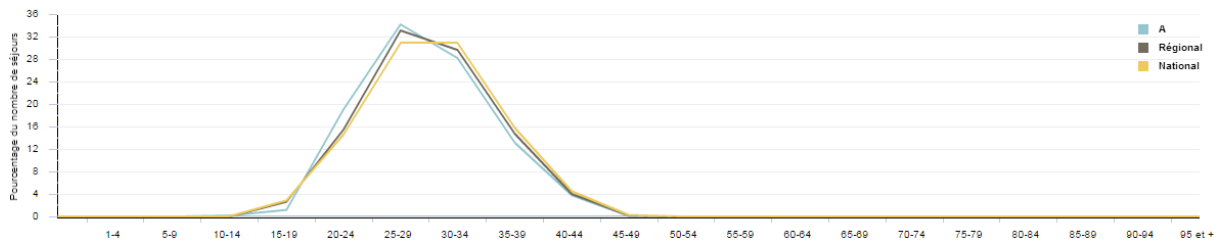
Budget de formation global							
Intitulé du projet	Objectif stratégique	Objectif opérationnel	Actions	Type de formation	Nombre de participants	Coût journalier par participant	Budget
Projet Pôle Femmes-Enfants	OS1 : Développer l'offre de consultations en gynécologie-obstétrique	OO1 : Développer les consultations d'échographies	Formations des sages-femmes en échographie et en consultation de prévention en gynécologie et contraception	DU	1	3500	3500
Projet Pôle Urgences	OS 1 : Maintenir la qualité de la prise en charge et s'adapter aux besoins de la population	OO1 : Maintenir l'effectif médical actuel au niveau de compétence actuel et l'adapter en fonction de l'activité	Garder une dynamique de recrutement médical Développer des compétences médicales nouvelles	?	?	1000	#VALEUR!
Projet Pôle Urgences	OS 1 : Maintenir la qualité de la prise en charge et s'adapter aux besoins de la population	OO2 : Maintenir un temps d'attente avant prise en charge adapté aux pathologies	Mise en place de protocoles de pratiques avancées ou protocoles de coopération Formation IOA	?	?	1000	#VALEUR!
Projet Pôle Urgences	OS 1 : Maintenir la qualité de la prise en charge et s'adapter aux besoins de la population	OO6 : Développer la prise en charge spécifique des personnes vulnérables	Améliorer la qualité de la prise en charge des maltraitances	?	?	1000	#VALEUR!
Projet Pôle Urgences	OS2 : Etre acteur de l'intégration du pôle aux futurs GHT	OO1 : Développer la télé médecine et la téléexpertise au sein du pôle	Créer des moyens de télétransmission et de téléexpertise	?	?	1000	#VALEUR!
Projet Pôle Urgences	OS2 : Etre acteur de l'intégration du pôle aux futurs GHT	OO3 : Développer une antenne UNV	Mise en place des moyens humains pour la réalisation de Thrombolyse Cérébrale en partenariat avec le centre de référence CHRO au sein des urgences (formation médicale et paramédicale)	?	?	1000	#VALEUR!
Projet Pôle Urgences	OS 3 : Maîtriser les dépenses et valoriser l'activité	OO2 : Valoriser l'activité du pôle	Transmettre de manière exhaustive l'ensemble des indicateurs d'activité auprès des tutelles et des usagers (formation codage)	?	?	1000	#VALEUR!
Projet transversal Prise en charge de la douleur, soins palliatifs et Accompagnement fin de vie	?	?	?	?	?	1000	#VALEUR!
Budget formation global							#VALEUR!

10.1. TABLEAUX ET GRAPHIQUES RELATIFS À L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ

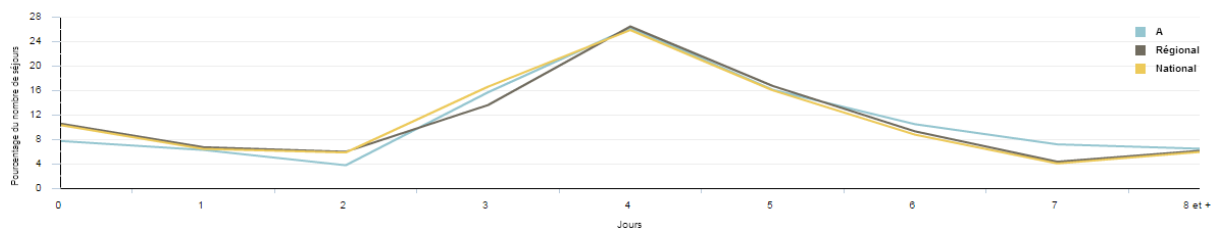
10.1.1.1. OBSTÉTRIQUE



	A	R	N
Nombre de séjours	1 115	3%	0.10%
Âge moyen	29	30	30
Âge médian	29	29	30
Taux de pers. > 69 ans	0%	0%	0%
Taux de pers. > 79 ans	0%	0%	0%

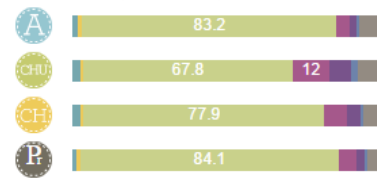


Activités (en volume)	Sévérités (en %)					
	T	J	A	R	N	
A	74.8	10	Nombre de séjours	1 115	37 891	1 116 010
R	10.8	71	% du Total Activité	14.2%	4.2%	4.4%
N	71.4		Durée Moyenne de Séjour	4.3	4.1	4.1
			Durée Médiane de Séjour	4	4	4



	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	2 014 €	2 100 €	2 020 €	1 257 €
CAT2Amédian	2 054 €	2 054 €	2 054 €	1 282 €
Sup. Réa.	0%	0.24%	0.08%	0.01%
Sup. STF	0%	0.13%	0.05%	0.02%
Sup. SRC	0%	0.14%	0.05%	0.13%
Autres Sup.	0%	0.04%	0.01%	0%

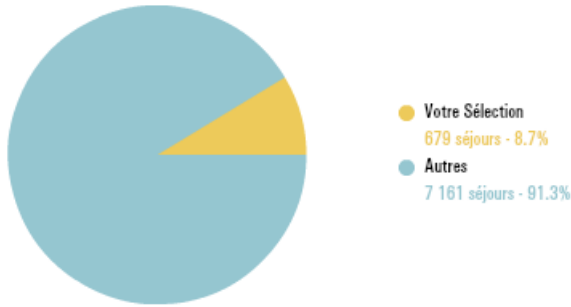
Activités (en valeur)



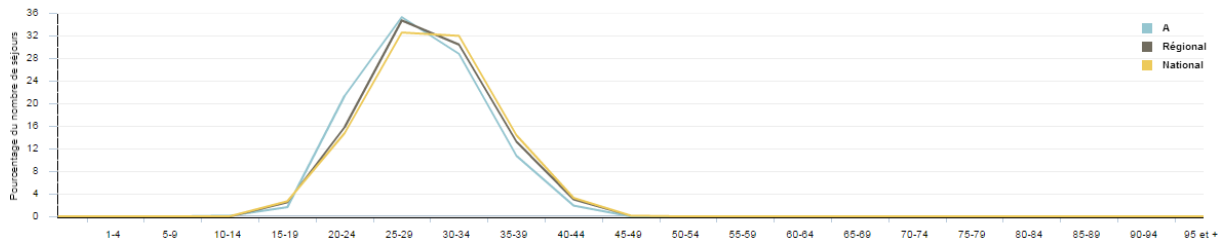
Sévérités (en %)



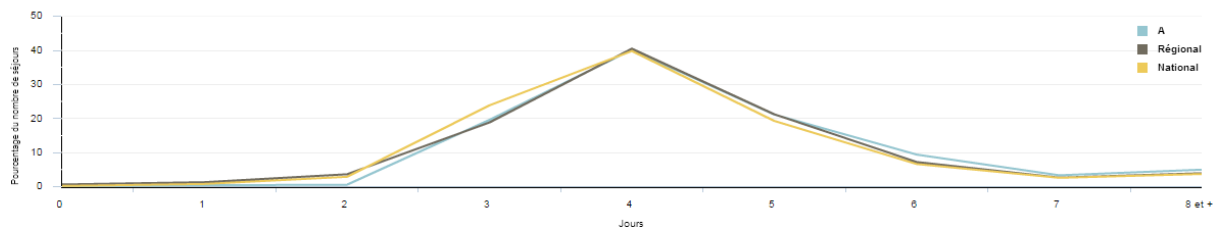
10.1.1.2. ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE



	A	R	N
Nombre de séjours	679	3%	0.11%
Âge moyen	29	29	30
Âge médian	28	29	29
Taux de pers. > 69 ans	0%	0%	0%
Taux de pers. > 79 ans	0%	0%	0%

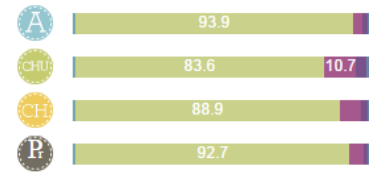


Activités (en volume)	Sévérités (en %)	A	R	N
A	T A	94.4		
R	B C	89.1		
N	D Z	90.4		
Nombre de séjours		679	22 808	645 694
% du Total Activité		8.7%	2.5%	2.6%
Durée Moyenne de Séjour		4.6	4.4	4.4
Durée Médiane de Séjour		4	4	4

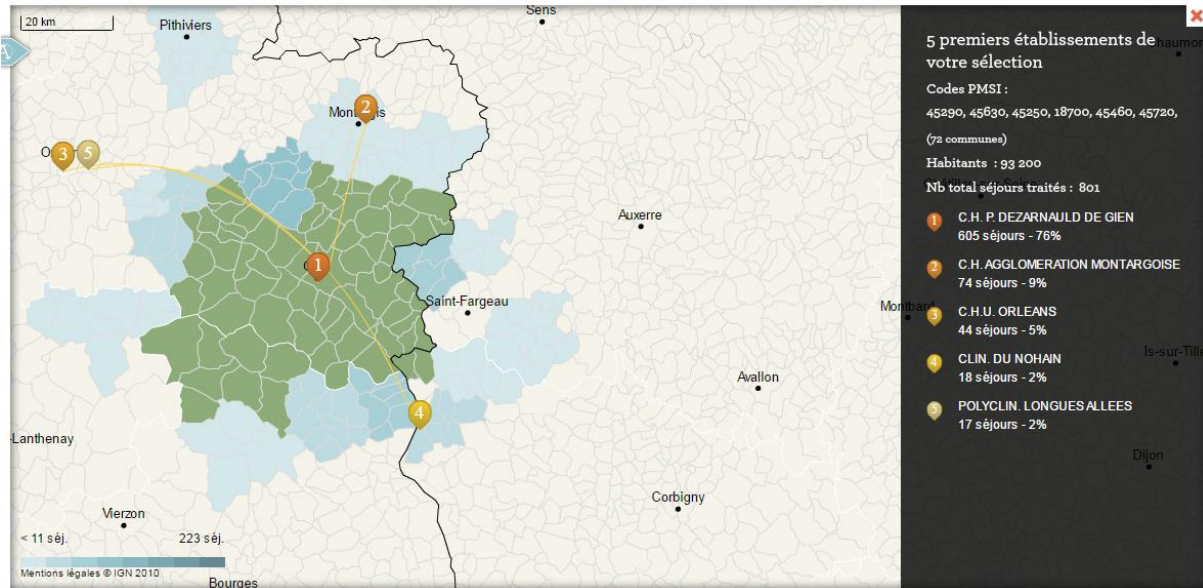
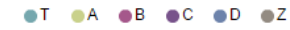


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	2 230 €	2 302 €	2 252 €	1 382 €
CAT2Amédian	2 054 €	2 054 €	2 054 €	1 282 €
Sup. Réa.	0%	0.05%	0.01%	0%
Sup. STF	0%	0.02%	0.01%	0.01%
Sup. SRC	0%	0.04%	0.01%	0.03%
Autres Sup.	0%	0.01%	0%	0%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

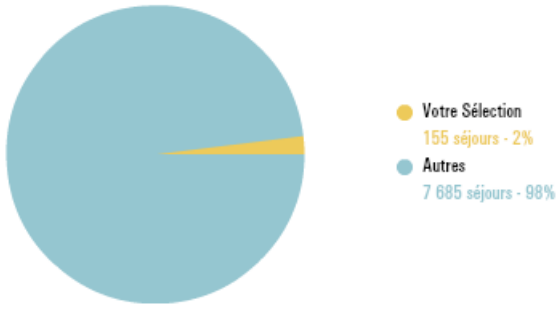


Taux de fuite = 24%

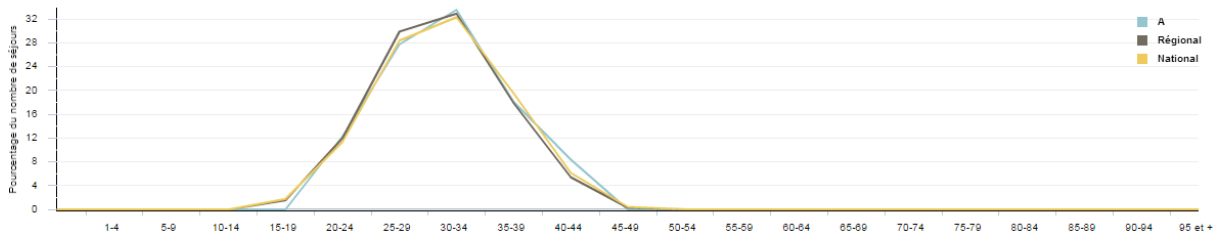
Part de marché du centre hospitalier = 76%

Nombre de séjours potentiellement

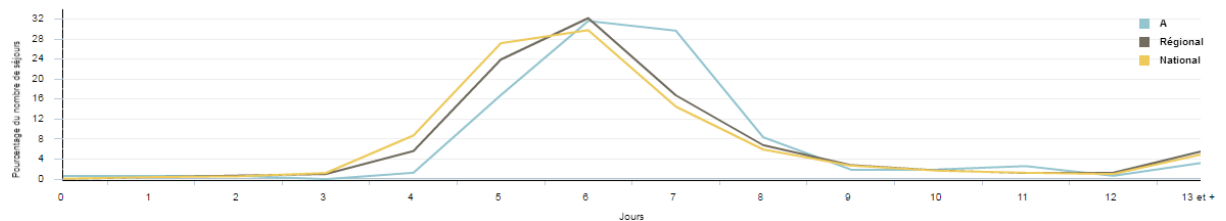
10.1.1.3. CÉSARIENNES



	A	R	N
Nombre de séjours	155	3%	0.09%
Âge moyen	31	31	31
Âge médian	31	30	31
Taux de pers. > 69 ans	0%	0%	0%
Taux de pers. > 79 ans	0%	0%	0%

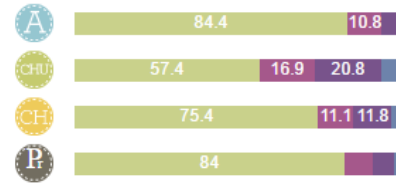


Activités (en volume)	Sévérités (en %)							
	A	B	C	D	A	R	N	
A	89				155	5 306	163 588	
R	83.7				2%	0.59%	0.65%	
N	82.9				6.8	7	6.8	
					Durée Moyenne de Séjour			
					Durée Médiane de Séjour	6	6	6

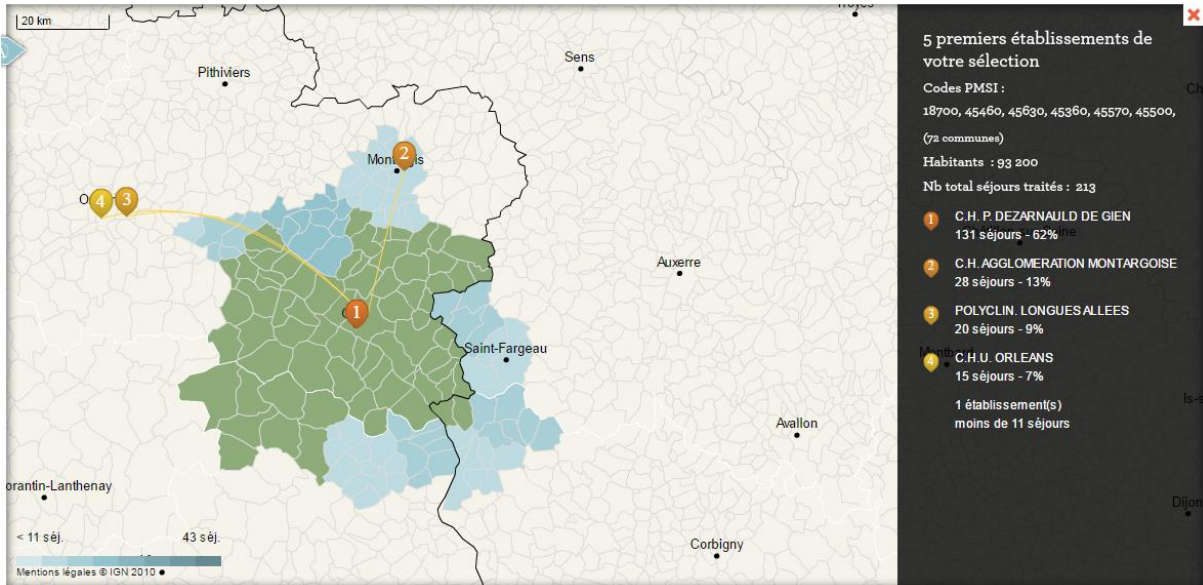
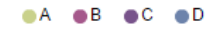


	Ⓐ	CHU	CH	⒫
CAT2Amoyen	2 980 €	3 487 €	3 141 €	1 914 €
CAT2Amédian	2 812 €	2 812 €	2 812 €	1 759 €
Sup. Réa.	0%	0.58%	0.26%	0.03%
Sup. STF	0%	0.25%	0.12%	0.04%
Sup. SRC	0%	0.39%	0.15%	0.36%
Autres Sup.	0%	0.13%	0.04%	0%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)



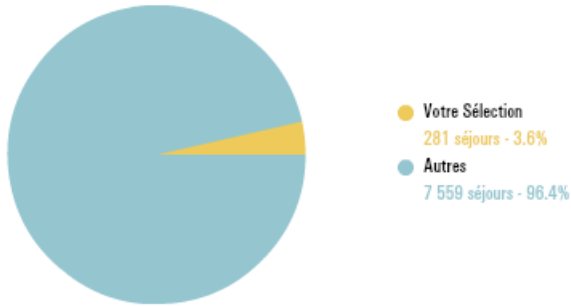
Cf0020

Taux de fuite = 38%

Part de marché du centre hospitalier = 62%

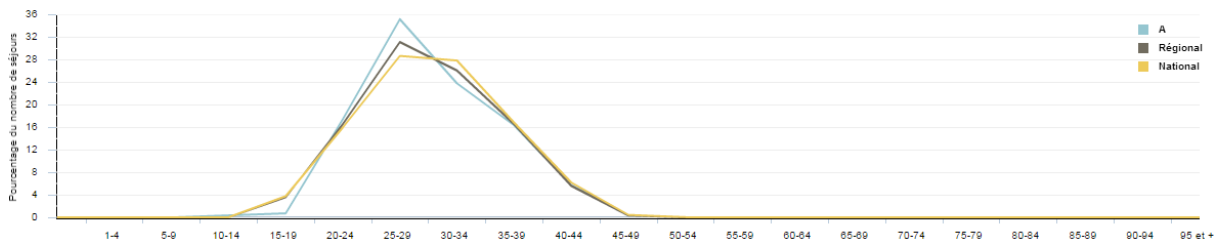
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.4. OBSTÉTRIQUE AUTRE



	A	R	N
Nombre de séjours	281	3%	0.09%

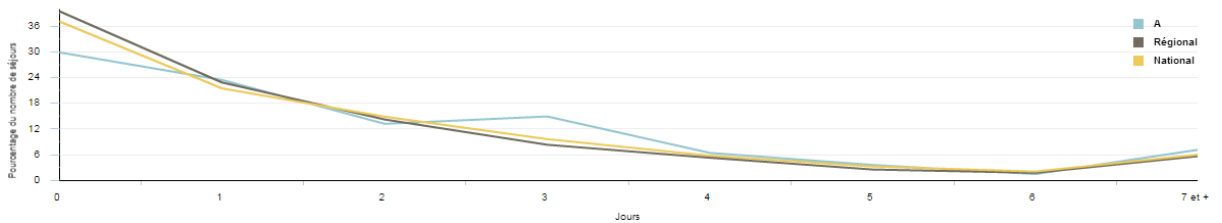
	A	R	N
Âge moyen	30	30	30
Âge médian	29	29	30
Taux de pers. > 69 ans	0%	0%	0%
Taux de pers. > 79 ans	0%	0%	0%



Activités (en volume)

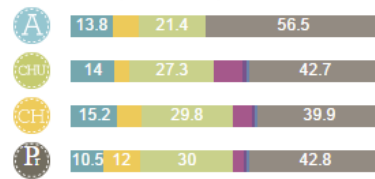
Sévérités (en %)	A			Régional			National		
	T	J	A	C	D	Z	T	J	A
A	31.7	11	19.6	37.7					
R	37.4	11.6	21.9	26.6					
N	32.3	12.9	25.2	26.2					

	A	R	N
Nombre de séjours	281	9 777	306 728
% du Total Activité	3.6%	1.1%	1.2%
Durée Moyenne de Séjour	2.1	1.9	2.1
Durée Médiane de Séjour	1	1	1

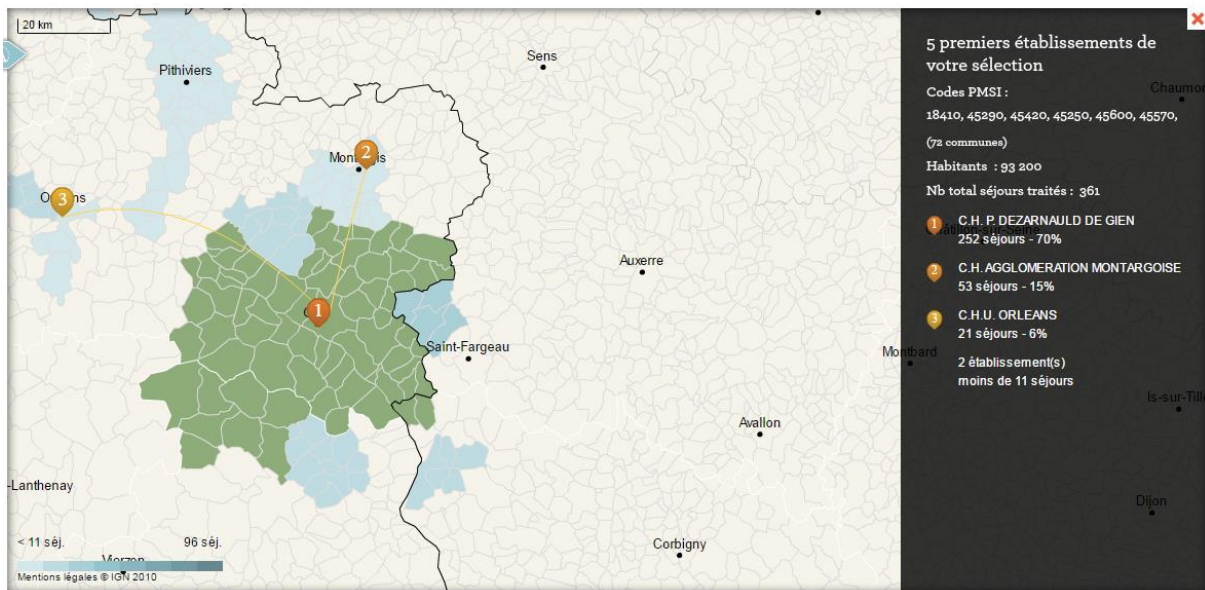


	À	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	957 €	1 124 €	987 €	517 €
CAT2Amédian	951 €	951 €	722 €	267 €
Sup. Réa.	0%	0.41%	0.12%	0.03%
Sup. STF	0%	0.32%	0.09%	0.07%
Sup. SRC	0%	0.13%	0.07%	0.2%
Autres Sup.	0%	0.06%	0.01%	0%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

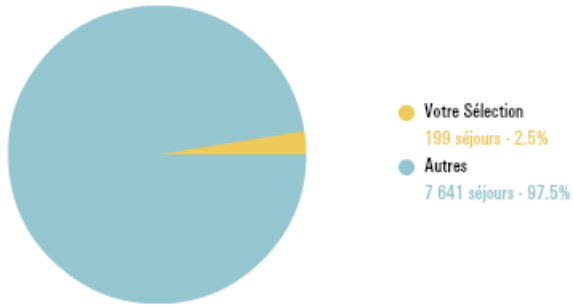


Taux de fuite = 30%

Part de marché du centre hospitalier = 70%

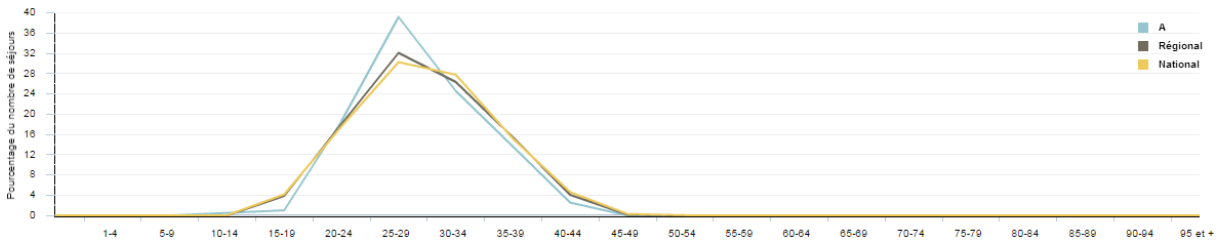
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.5. AFFECTIONS DE ANTE PARTUM



A	Nombre de séjours	199	3%	0.09%
----------	-------------------	-----	----	-------

	A	R	N
Âge moyen	29	29	29
Âge médian	28	29	29
Taux de pers. > 69 ans	0%	0%	0%
Taux de pers. > 79 ans	0%	0%	0%



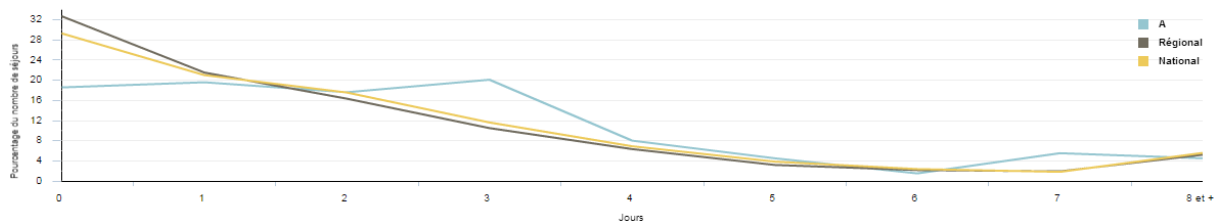
Activités (en volume)

A	31.2	26.1	42.7
R	41.3	28.7	26.5
N	37.4	31.9	26.2

Sévérités (en %)

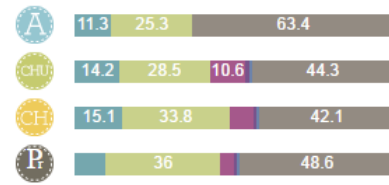
T	A
B	C
D	Z

	A	R	N
Nombre de séjours	199	6 806	219 639
% du Total Activité	2.5%	0.76%	0.87%
Durée Moyenne de Séjour	2.7	2.3	2.5
Durée Médiane de Séjour	2	1	1



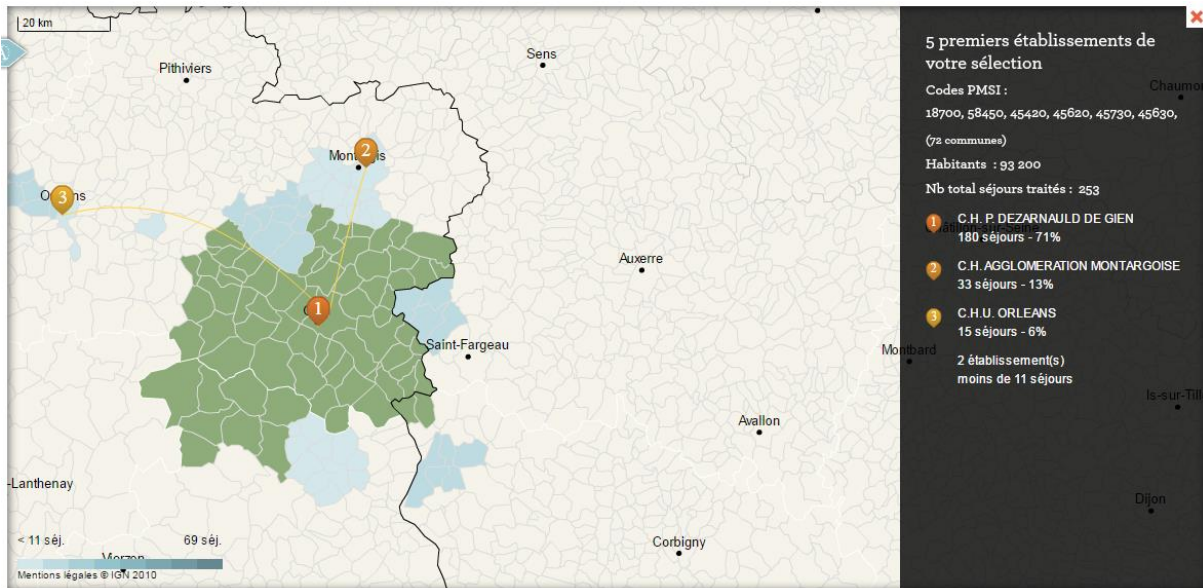
	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 058 €	1 191 €	1 055 €	633 €
CAT2Amédian	951 €	951 €	951 €	574 €
Sup. Réa.	0%	0.03%	0.04%	0.03%
Sup. STF	0%	0.1%	0.06%	0.06%
Sup. SRC	0%	0.05%	0.04%	0.2%
Autres Sup.	0%	0.05%	0.01%	0%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

T A B C D Z

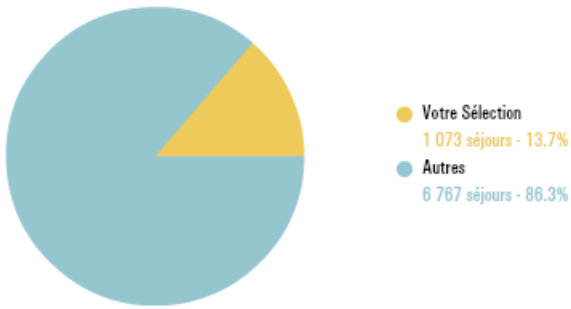


Taux de fuite = 29%

Part de marché du centre hospitalier = 71%

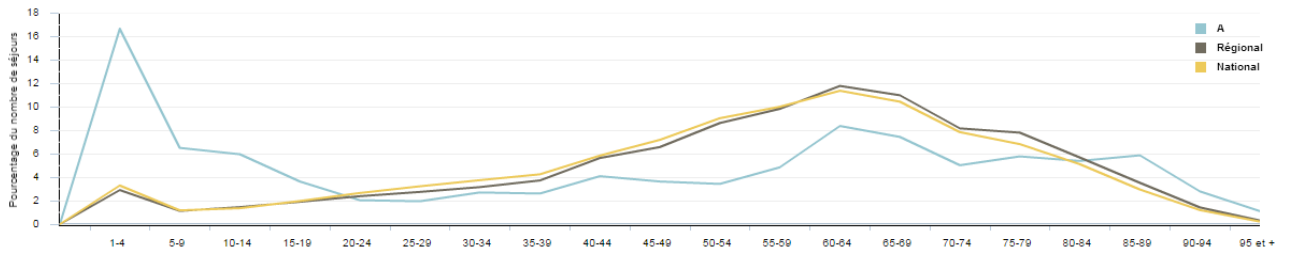
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.6. DIGESTIF



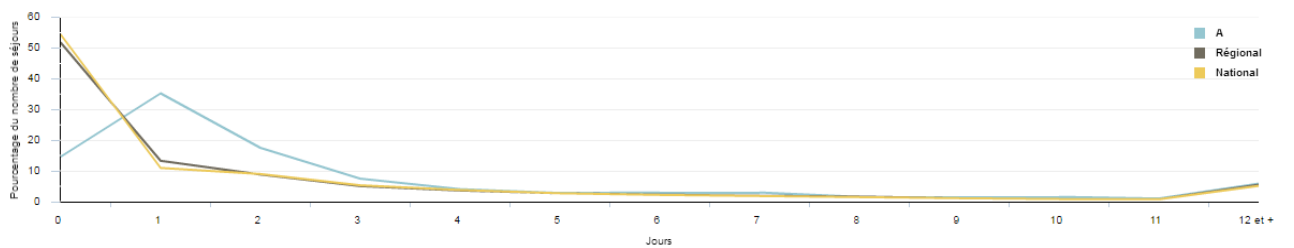
Code	Nombre de séjours	Pourcentage
A	1 073	0.97%
R	110 532	0.03%
N	3 166 130	0.03%





Indicateur	A	R	N
Âge moyen	44	56	54
Âge médian	50	59	58
Taux de pers. > 69 ans	26%	27%	24.2%
Taux de pers. > 79 ans	15.2%	11%	9.5%



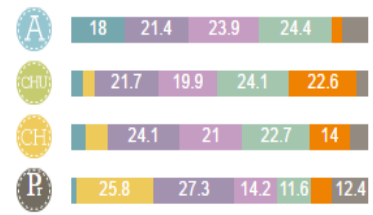
Code	Activités (en volume)				Sévérités (en %)			
	T	J	1	2	3	4	Z	
A	49	24.6	11					
R	12.3	31.9	22.1	18.9				
N	11	36.2	21.6	16.6				

Indicateur	A	R	N
Nombre de séjours	1 073	110 532	3 166 130
% du Total Activité	13.7%	12.3%	12.5%
Durée Moyenne de Séjour	3.1	2.7	2.5
Durée Médiane de Séjour	1	0	0



				
CAT2Amoyen	1 687 €	3 160 €	2 374 €	845 €
CAT2Amédian	751 €	1 578 €	1 443 €	458 €
Sup. Réa.	0%	5.1%	3.3%	1.2%
Sup. STF	0%	1.8%	0.42%	0.41%
Sup. SRC	3.3%	2%	1.1%	2.9%
Autres Sup.	0%	0.65%	0.22%	0.06%

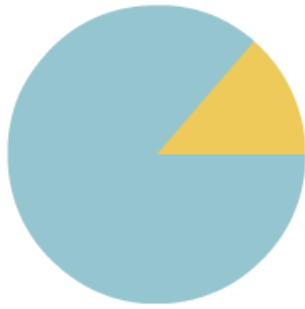
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)



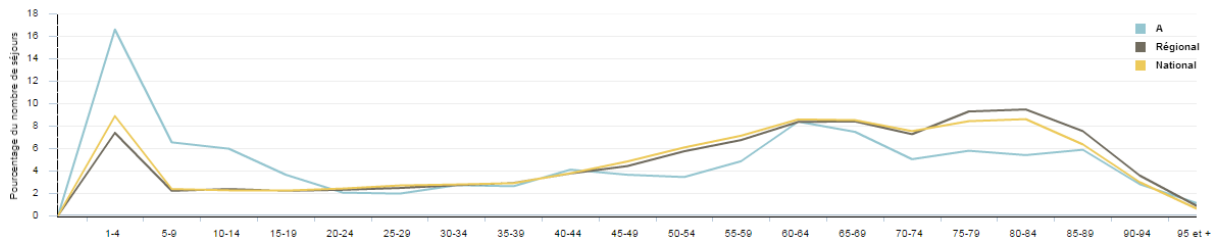
10.1.1.7. HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE



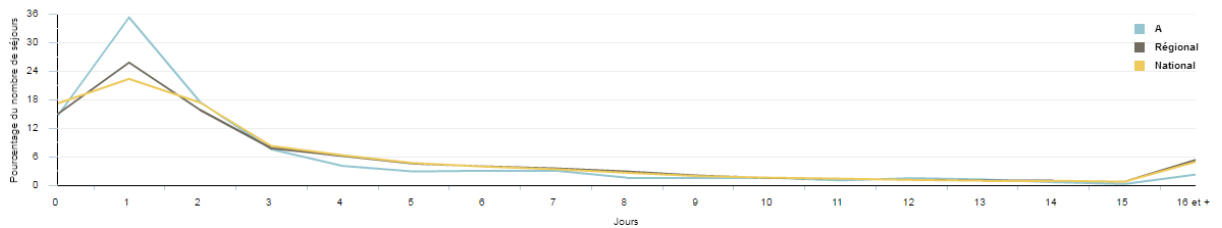
● **Votre Sélection**
1 072 séjours - 13.7%

● **Autres**
6 768 séjours - 86.3%

	A	R	N
Nombre de séjours	1 072	3%	0.11%
Âge moyen	44	56	54
Âge médian	50	63	61
Taux de pers. > 69 ans	26%	38%	34.6%
Taux de pers. > 79 ans	15.2%	21.5%	18.6%

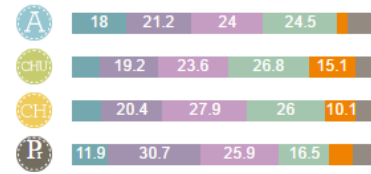


Activités (en volume)	Sévérités (en %)				Nombre de séjours	R	N
	T	1	2	3			
A	49.1	24.5	11		1 072	36 383	996 189
R	37.3	27.6	16.9		% du Total Activité	13.7%	4.1%
N	34.9	28.7	16		Durée Moyenne de Séjour	3.1	4.4
					Durée Médiane de Séjour	1	2

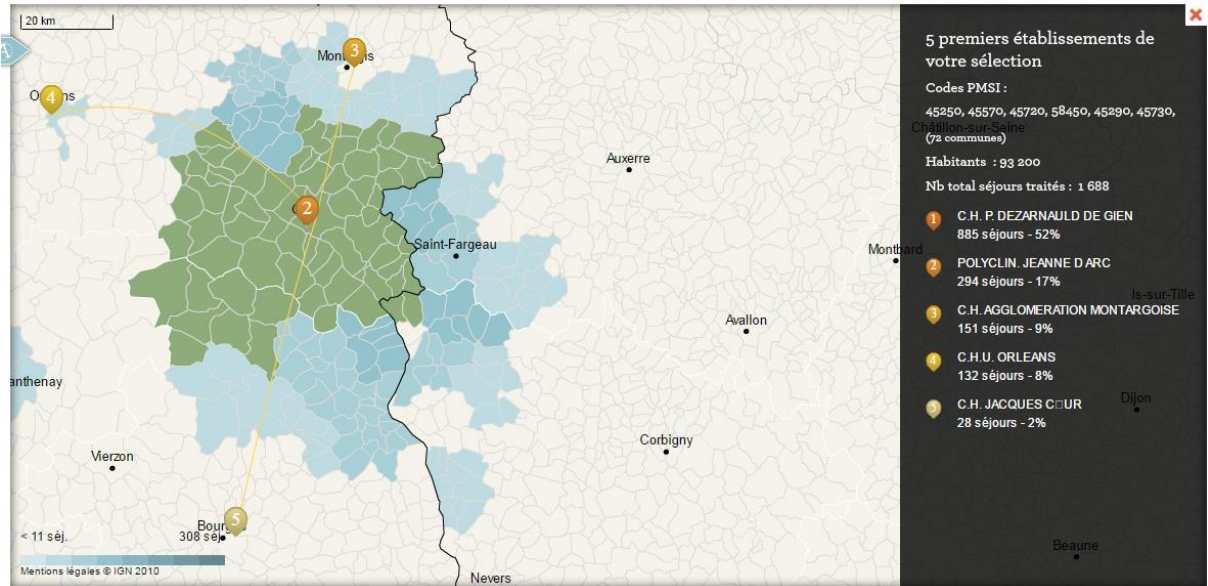
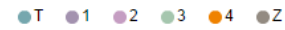


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 686 €	2 321 €	2 216 €	1 006 €
CAT2Amédian	751 €	1 457 €	1 578 €	793 €
Sup. Réa.	0%	3%	1.7%	1.5%
Sup. STF	0%	2.4%	0.4%	0.56%
Sup. SRC	3.3%	1.4%	0.91%	3.5%
Autres Sup.	0%	0.59%	0.35%	0.24%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

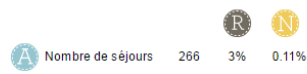
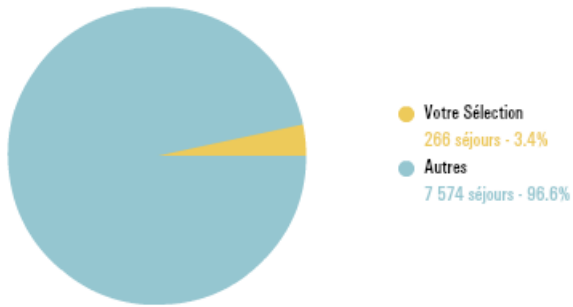


Taux de fuite = 31%

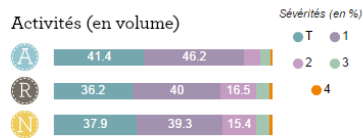
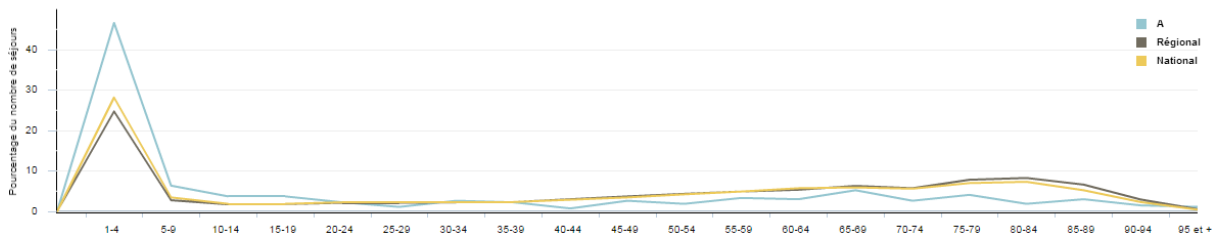
Part de marché du centre hospitalier = 52%

Nombre de séjours potentiellement

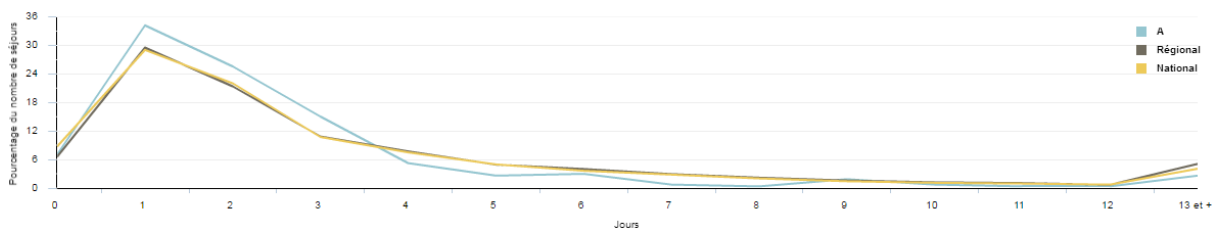
10.1.1.8. AUTRES GASTROENTÉRITES ET MALADIES DIVERSES DU TUBE DIGESTIF



	A	R	N
Âge moyen	26	45	42
Âge médian	6	53	48
Taux de pers. > 69 ans	14.3%	32.1%	28.1%
Taux de pers. > 79 ans	7.5%	18.5%	15.4%

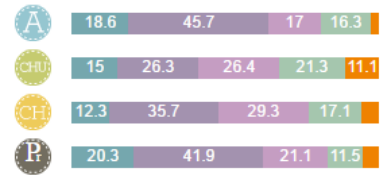


	A	R	N
Nombre de séjours	266	7 921	233 557
% du Total Activité	3.4%	0.88%	0.92%
Durée Moyenne de Séjour	2.7	3.7	3.4
Durée Médiane de Séjour	2	2	2

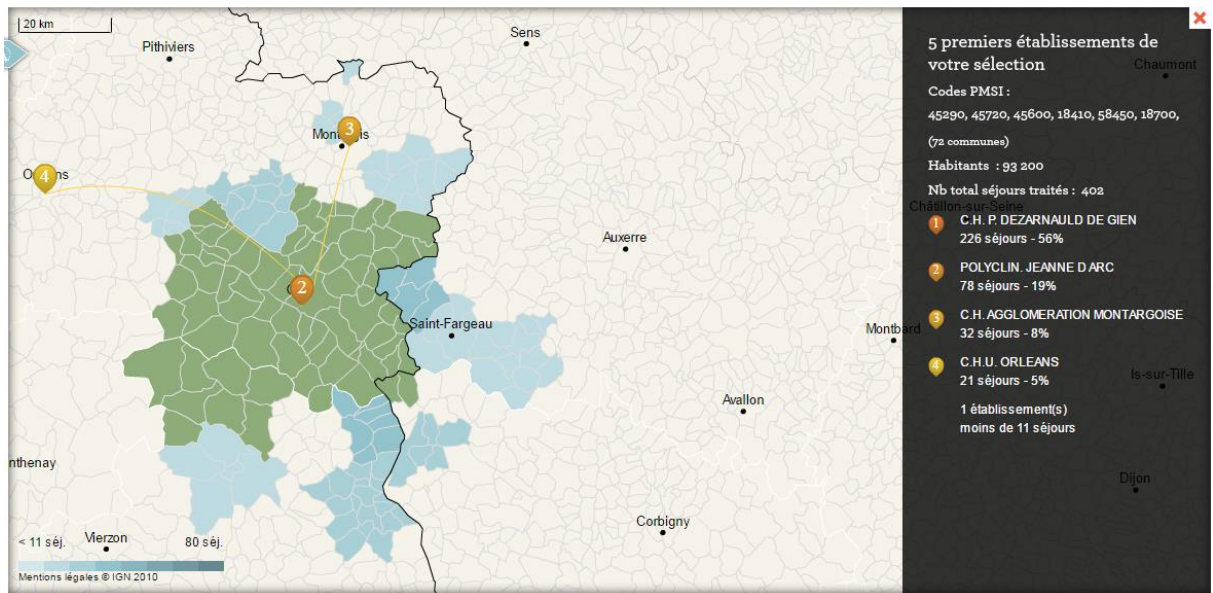


	Ä	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 397 €	1 844 €	1 767 €	801 €
CAT2Amédian	1 443 €	1 443 €	1 443 €	793 €
Sup. Réa.	0%	1.2%	0.5%	0.49%
Sup. STF	0%	2%	0.25%	0.41%
Sup. SRC	2.5%	1.2%	0.42%	1.5%
Autres Sup.	0%	1%	0.53%	0.32%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

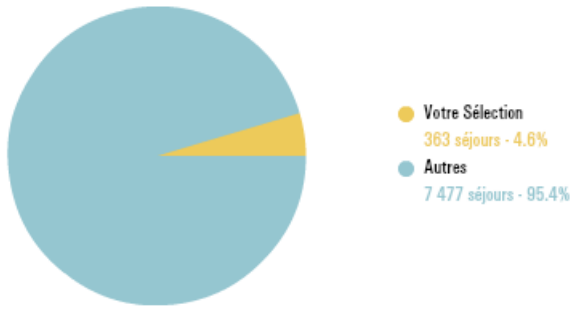


Taux de fuite = 25%

Part de marché du centre hospitalier = 56%

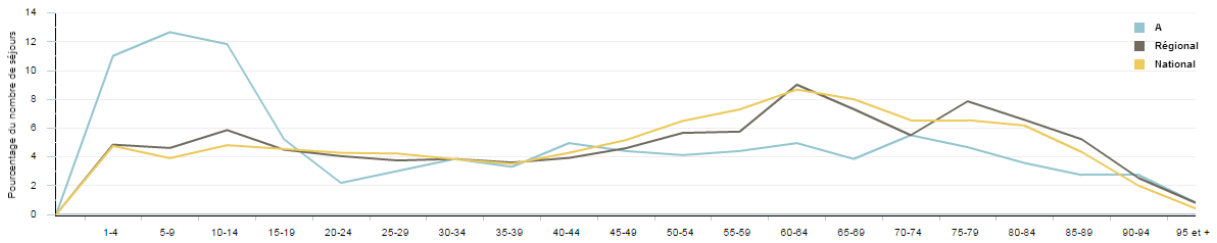
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.9. SYMPTÔMES DIGESTIFS

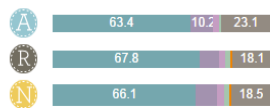


A Nombre de séjours 363 R 4% N 0.16%

	A	R	N
Âge moyen	38	50	50
Âge médian	35	55	55
Taux de pers. > 69 ans	20.1%	28.5%	26.1%
Taux de pers. > 79 ans	9.9%	15.2%	12.9%



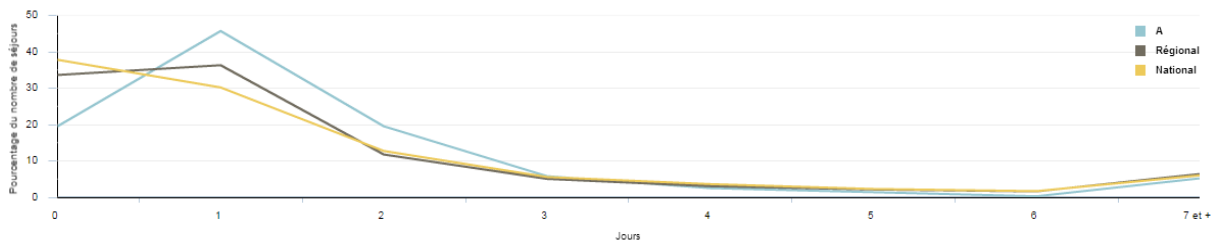
Activités (en volume)



Sévérités (en %)

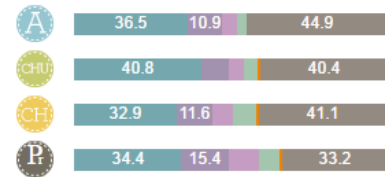


	A	R	N
Nombre de séjours	363	9 029	229 176
% du Total Activité	4.6%	1%	0.91%
Durée Moyenne de Séjour	1.7	1.9	1.8
Durée Médiane de Séjour	1	1	1

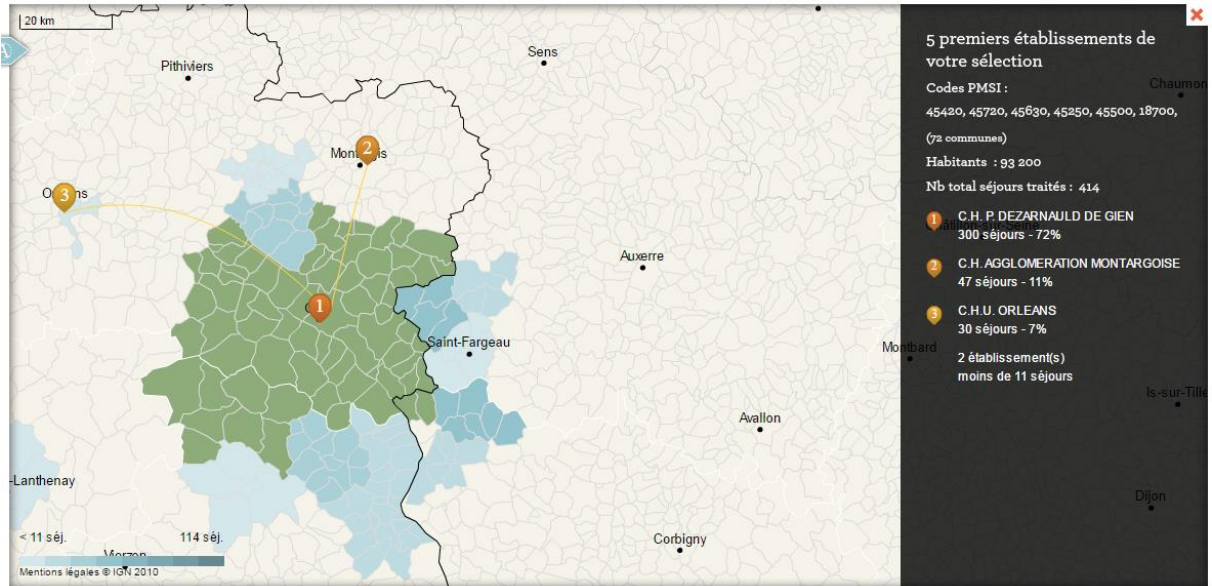


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	987 €	934 €	1 041 €	554 €
CAT2Amédian	575 €	575 €	575 €	316 €
Sup. Réa.	0%	0.1%	0.08%	0.01%
Sup. STF	0%	0.53%	0.13%	0.4%
Sup. SRC	0%	0.2%	0.09%	0.86%
Autres Sup.	0%	0.2%	0.19%	0.2%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

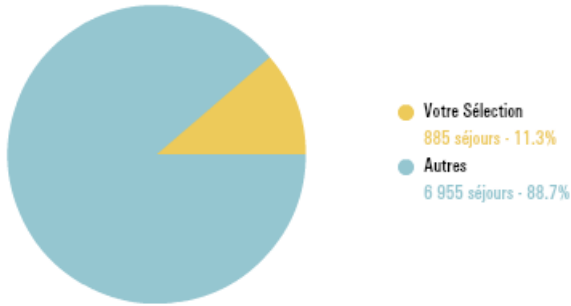


Taux de fuite = 28%

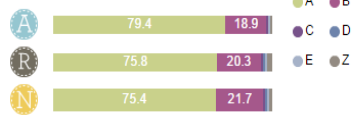
Part de marché du centre hospitalier = 72%

Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.10. NOUVEAU-NÉS ET PÉRIODE PÉRINATALE

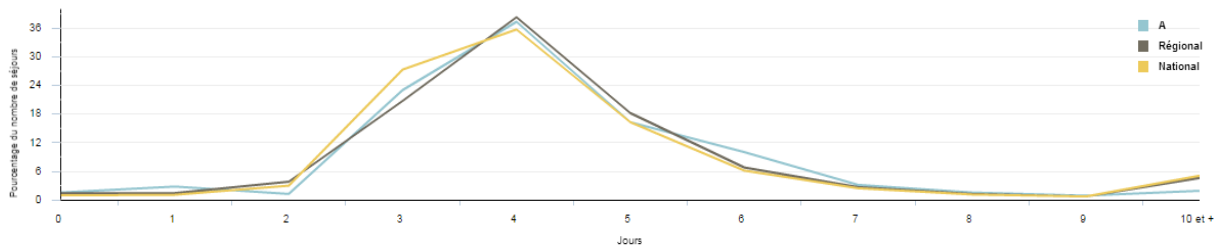


Activités (en volume)



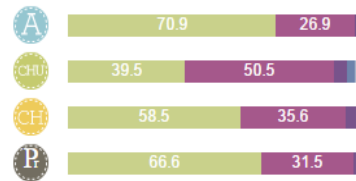
Sévérités (en %)

	A	R	N
Nombre de séjours	885	29 127	842 353
% du Total Activité	11.3%	3.3%	3.3%
Durée Moyenne de Séjour	4.4	5.2	5.1
Durée Médiane de Séjour	4	4	4

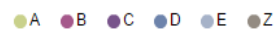


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 108 €	3 485 €	1 785 €	882 €
CAT2Amédian	923 €	923 €	923 €	714 €
Sup. Réa.	0%	0.02%	0%	0%
Sup. STF	0%	0.15%	0%	0%
Sup. SRC	0%	0.54%	0.01%	0.01%
Autres Sup.	0%	52.2%	31.4%	13.9%

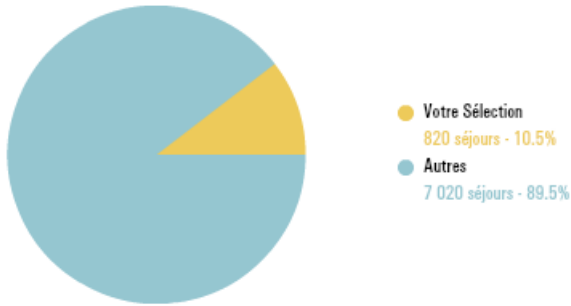
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

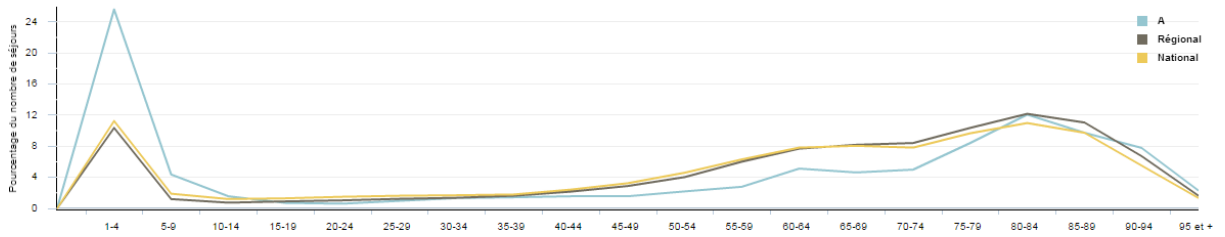


10.1.1.11. PNEUMOLOGIE



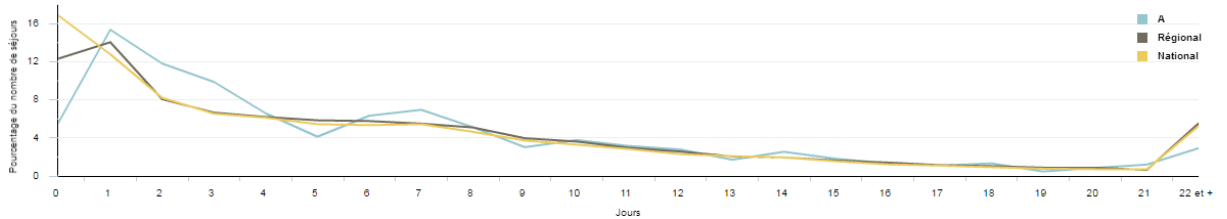
A	Nombre de séjours	820	3%	0.09%
---	-------------------	-----	----	-------

	A	R	N
Âge moyen	51	62	58
Âge médian	65	70	66
Taux de pers. > 69 ans	45.4%	50.4%	45.1%
Taux de pers. > 79 ans	32%	31.6%	27.6%



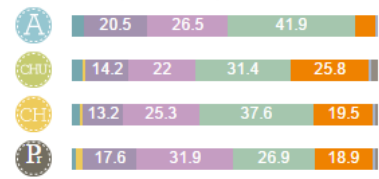
Activités (en volume)		Sévérités (en %)	
A	16.5	36.2	20.7
R	11.7	25.4	24.4
N	14.7	25.5	22.5

	A	R	N
Nombre de séjours	820	32 274	874 373
% du Total Activité	10.5%	3.6%	3.5%
Durée Moyenne de Séjour	6.6	7.3	6.9
Durée Médiane de Séjour	5	5	4



	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	3 025 €	3 703 €	3 617 €	2 075 €
CAT2Amédian	2 350 €	1 924 €	3 075 €	1 318 €
Sup. Réa.	0%	10.6%	9.2%	12.2%
Sup. STF	0%	2.9%	1.2%	3.5%
Sup. SRC	8%	2.2%	2.3%	9.8%
Autres Sup.	0%	2.4%	0.42%	0.31%

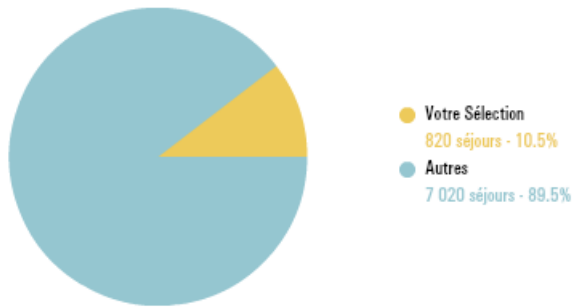
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

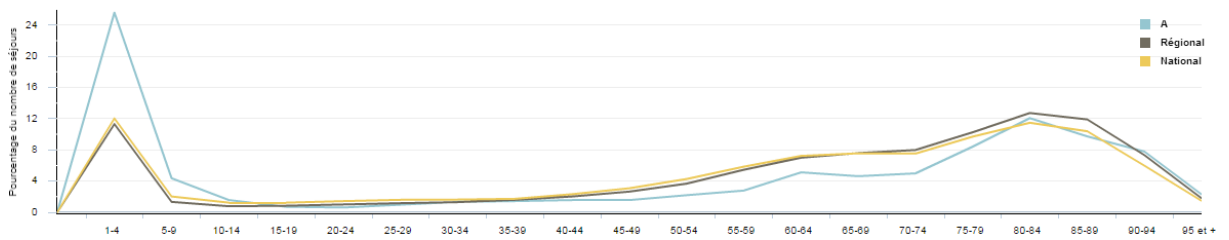


10.1.1.12. PNEUMOLOGIE



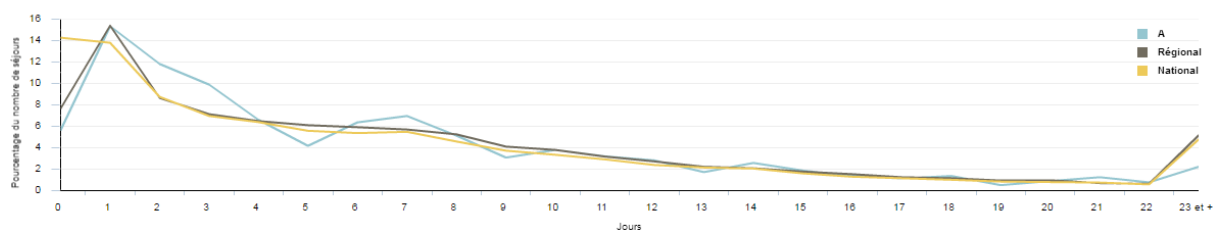
A	R	N	
Nombre de séjours	820	3%	0.10%

	A	R	N
Âge moyen	51	62	58
Âge médian	65	71	67
Taux de pers. > 69 ans	45.4%	52.1%	46.6%
Taux de pers. > 79 ans	32%	33.8%	29.3%

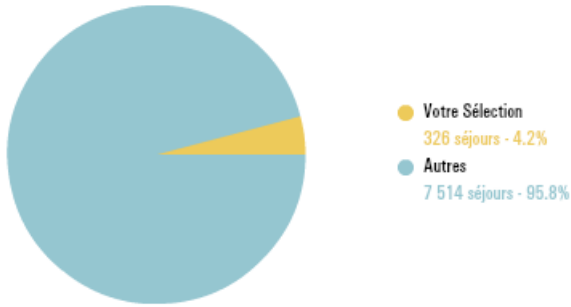


Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	16.5	36.2	20.7	22.9
R	12.9	26	25.6	23.9
N	15.9	25.7	22.8	22.2

	A	R	N
Nombre de séjours	820	29 387	807 704
% du Total Activité	10.5%	3.3%	3.2%
Durée Moyenne de Séjour	6.6	7.6	7
Durée Médiane de Séjour	5	5	4

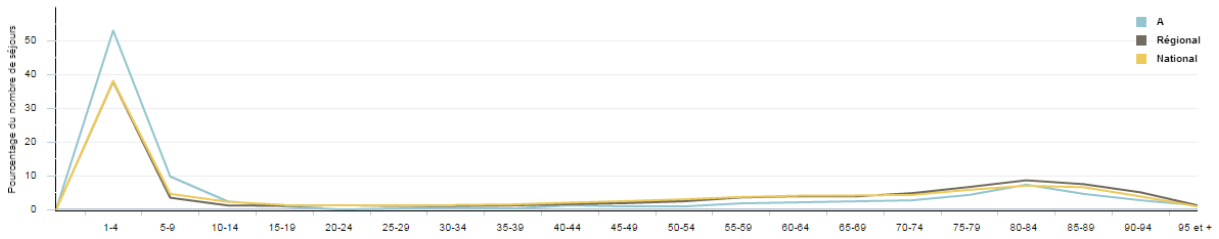


10.1.1.13. BRONCHITES, BRONCHIOLITES ET ASTHME

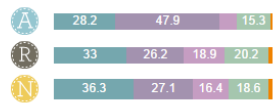


A	Nombre de séjours	326	5%	0.18%
----------	-------------------	-----	----	-------

	A	R	N
Âge moyen	26	40	37
Âge médian	3	44	33
Taux de pers. > 69 ans	23%	34%	28.6%
Taux de pers. > 79 ans	16%	22.5%	18.4%



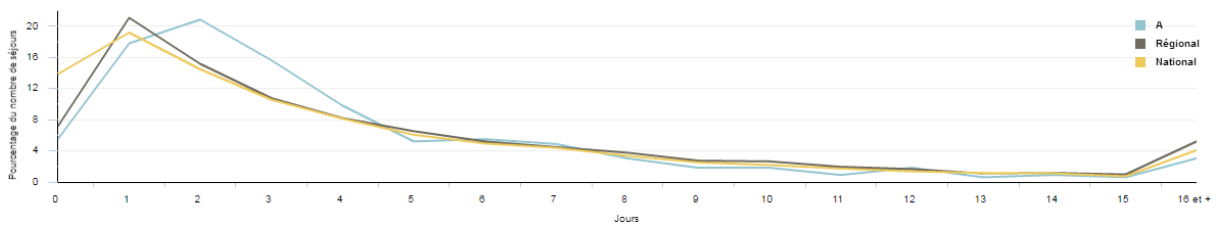
Activités (en volume)



Sévérités (en %)

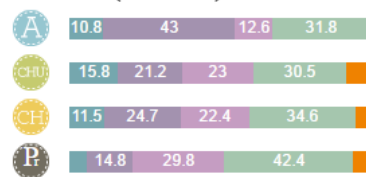


	A	R	N
Nombre de séjours	326	6 559	183 733
% du Total Activité	4.2%	0.73%	0.73%
Durée Moyenne de Séjour	4.3	5.1	4.5
Durée Médiane de Séjour	3	3	3

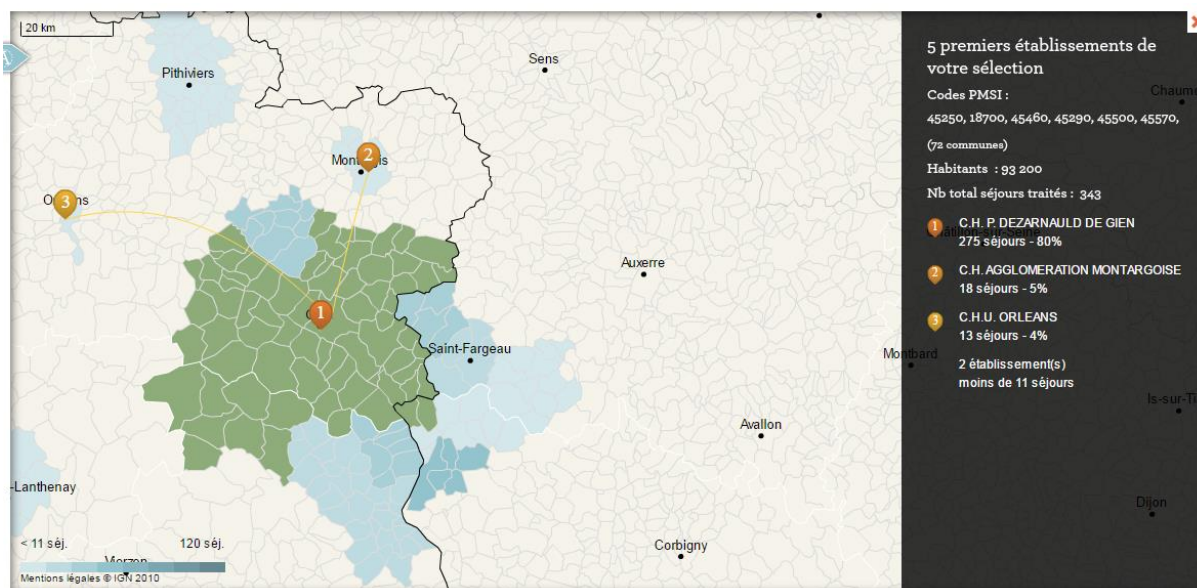


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	2 002 €	2 105 €	2 207 €	1 391 €
CAT2Amédian	1 659 €	1 351 €	1 659 €	1 449 €
Sup. Réa.	0%	3.4%	2.6%	4.5%
Sup. STF	0%	1.6%	0.47%	2.9%
Sup. SRC	3.1%	2.7%	2.3%	3.9%
Autres Sup.	0%	5.7%	0.96%	0.63%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

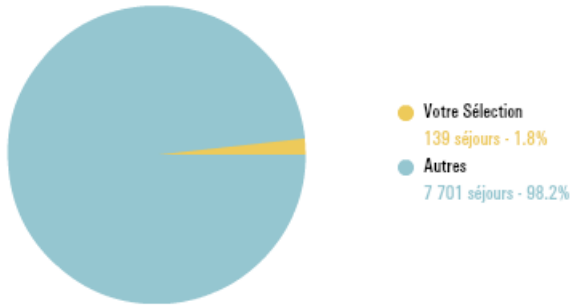


Taux de fuite = 20%

Part de marché du centre hospitalier = 80%

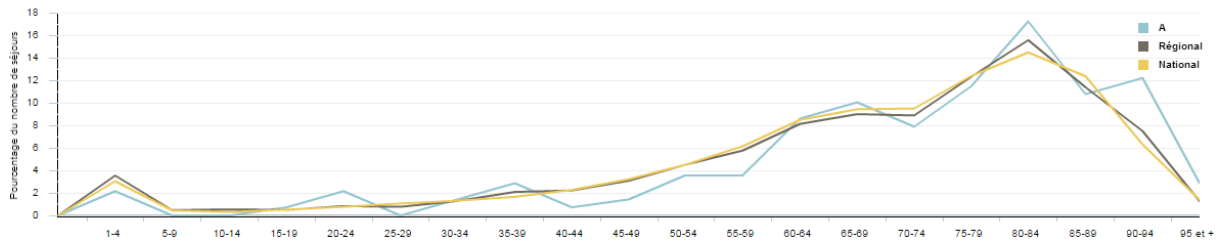
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.14. EMBOLIES PULMONAIRES



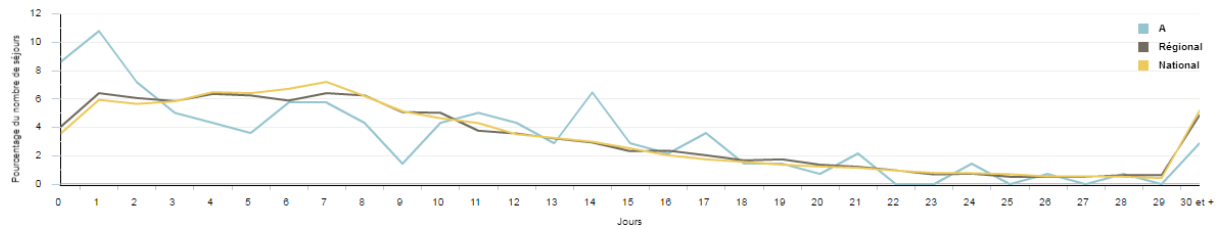
	A	R	N
Nombre de séjours	139	4%	0.15%

	A	R	N
Âge moyen	71	68	68
Âge médian	76	74	73
Taux de pers. > 69 ans	62.6%	57.1%	56.6%
Taux de pers. > 79 ans	43.2%	35.8%	34.7%



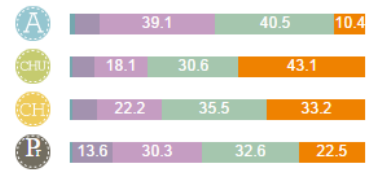
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	10.1	24.5	36	25.2
R	22	30.5	28.4	11.2
N	21.8	29.5	29.5	12

	A	R	N
Nombre de séjours	139	3 820	94 140
% du Total Activité	1.8%	0.43%	0.37%
Durée Moyenne de Séjour	9	10.7	10.8
Durée Médiane de Séjour	7	8	8

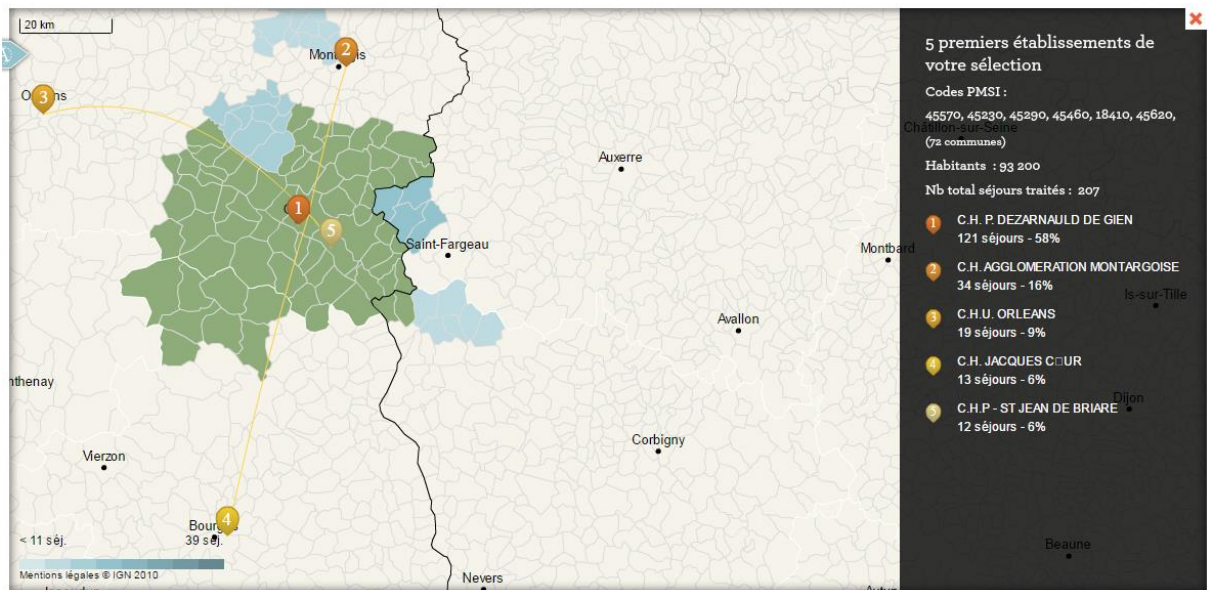
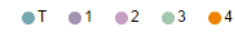


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	4 489 €	7 355 €	6 579 €	2 935 €
CAT2Amédian	4 138 €	5 240 €	5 026 €	1 910 €
Sup. Réa.	0%	22.7%	21.5%	25.8%
Sup. STF	0%	5.6%	3.2%	9%
Sup. SRC	15.4%	2.8%	4%	10.9%
Autres Sup.	0%	3.2%	0.18%	0.44%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

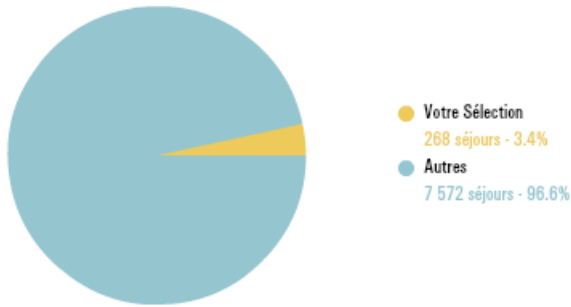


Taux de fuite = 36%

Part de marché du centre hospitalier = 58%

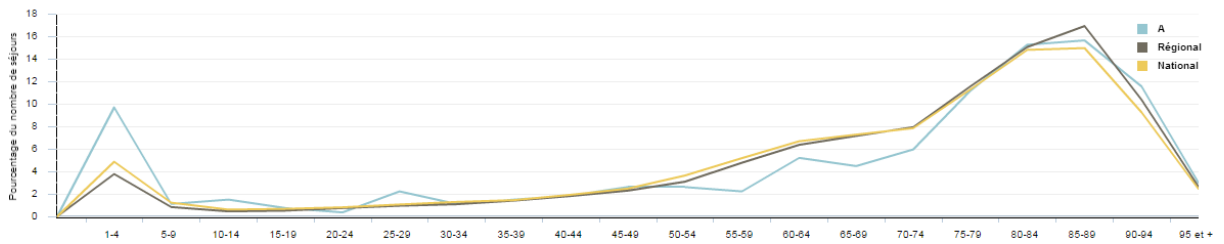
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.15. INFECTIONS RESPIRATOIRES



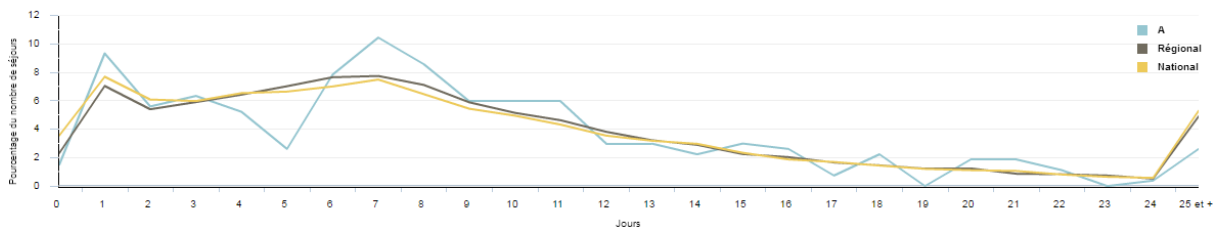
	A	R	N
Nombre de séjours	268	2%	0.09%

	A	R	N
Âge moyen	66	70	68
Âge médian	78	78	76
Taux de pers. > 69 ans	62.7%	64.6%	60.7%
Taux de pers. > 79 ans	45.5%	45.1%	41.5%



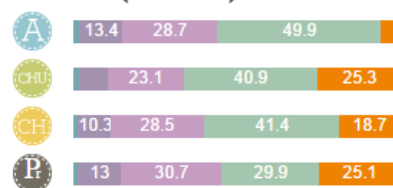
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	25.4	29.5	32.8	12.3
R	22.4	33.6	30.8	13.2
N	21.4	31.6	30.5	14.5

	A	R	N
Nombre de séjours	268	11 396	296 980
% du Total Activité	3.4%	1.3%	1.2%
Durée Moyenne de Séjour	8.8	9.5	9.5
Durée Médiane de Séjour	8	8	7

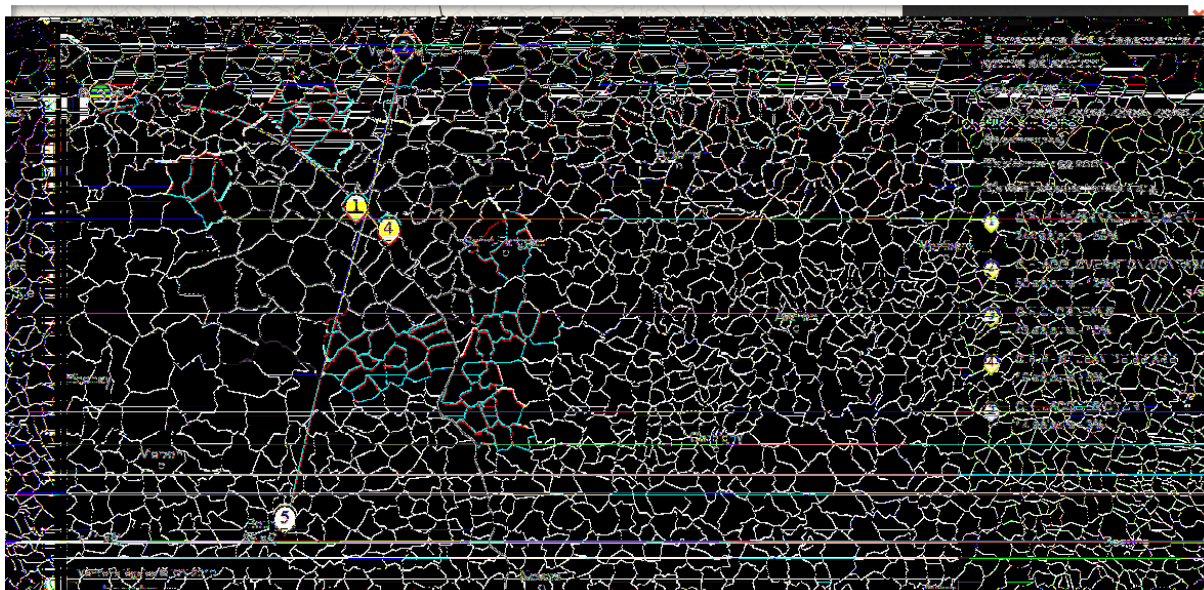


	Ä	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	3 669 €	4 490 €	4 124 €	2 409 €
CAT2Amédian	3 304 €	3 531 €	3 531 €	1 900 €
Sup. Réa.	0%	10.2%	7.8%	17.9%
Sup. STF	0%	2.3%	0.66%	2.6%
Sup. SRC	7.1%	1.7%	1.7%	6.9%
Autres Sup.	0%	1.5%	0.17%	0.42%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

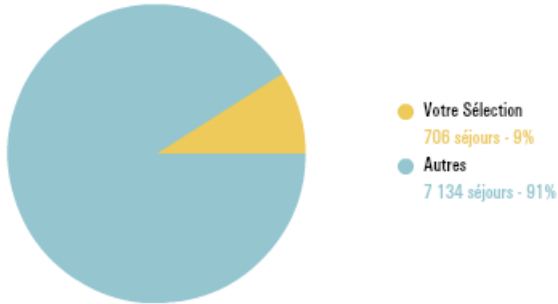


Taux de fuite = 36%

Part de marché du centre hospitalier = 59%

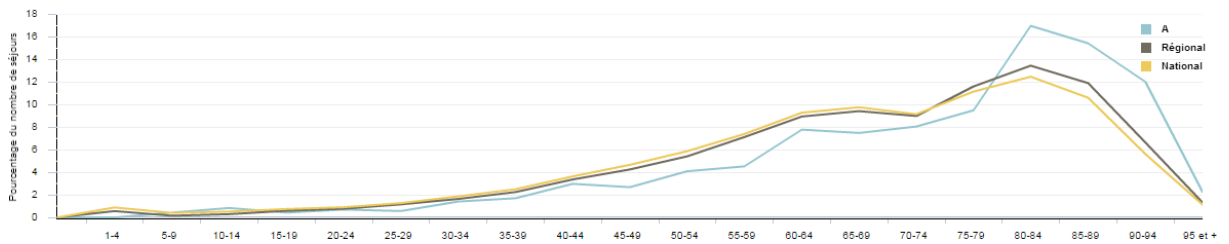
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.16. CARDIO-VASCULAIRE



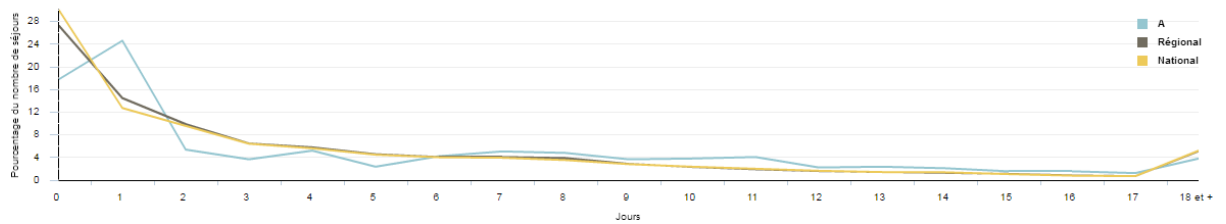
A Nombre de séjours	706	2%	0.06%
----------------------------	-----	----	-------





	A	R	N
Âge moyen	73	68	67
Âge médian	78	72	70
Taux de pers. > 69 ans	64.3%	54%	50.2%
Taux de pers. > 79 ans	46.7%	33.3%	29.9%



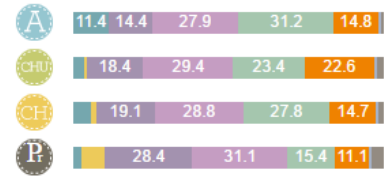
Activités (en volume)	Sévérités (en %)				
	T	J	1	2	3
A	39.8	17.6	19.8	15.7	
R	20.5	25.8	18.5	11.4	10.8
N	20.3	24.9	18.2	11.3	11.1

	A	R	N
Nombre de séjours	706	47 651	1 212 051
% du Total Activité	9%	5.3%	4.8%
Durée Moyenne de Séjour	5.4	4.9	4.9
Durée Médiane de Séjour	3	2	2

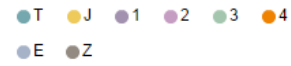


				
CAT2Amoyen	2 326 €	5 026 €	2 847 €	1 954 €
CAT2Amédian	1 724 €	1 816 €	2 170 €	620 €
Sup. Réa.	0%	9.4%	3.7%	5.6%
Sup. STF	0%	4.8%	5.5%	5.7%
Sup. SRC	8.3%	1.5%	1.7%	4.1%
Autres Sup.	0%	1.3%	0.34%	0.3%

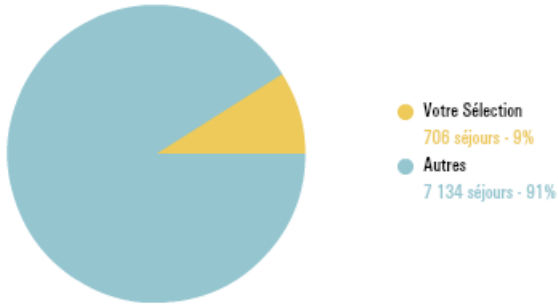
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

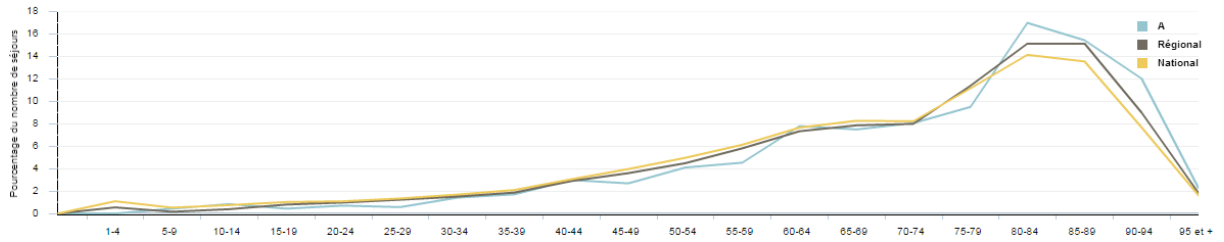


10.1.1.17. AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES



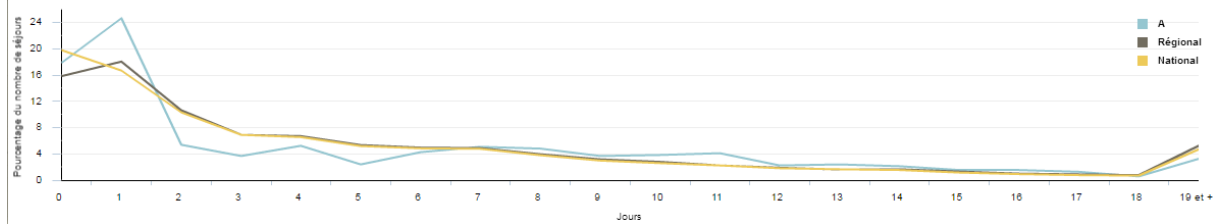
	A	R	N
Nombre de séjours	706	2%	0.09%

	A	R	N
Âge moyen	73	70	68
Âge médian	78	76	73
Taux de pers. > 69 ans	64.3%	60.5%	56.4%
Taux de pers. > 79 ans	46.7%	41.1%	37%



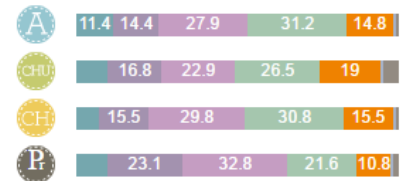
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	1	2	3	4
A	39.8	17.6	19.8	15.7
R	30.5	23.8	22	14.7
N	31.2	23	20.9	14.6

	A	R	N
Nombre de séjours	706	31 225	773 996
% du Total Activité	9%	3.5%	3.1%
Durée Moyenne de Séjour	5.4	5.6	5.3
Durée Médiane de Séjour	3	3	3

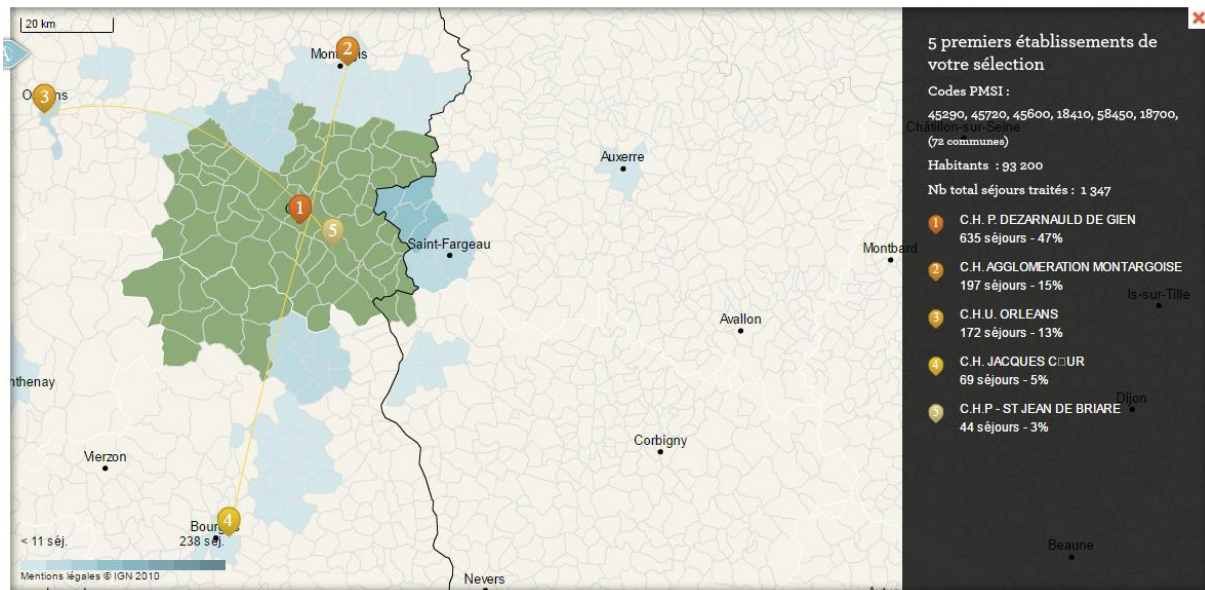
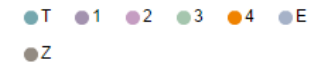


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	2 326 €	2 296 €	2 678 €	1 284 €
CAT2Amédian	1 724 €	1 102 €	2 363 €	866 €
Sup. Réa.	0%	5.9%	3.7%	3.9%
Sup. STF	0%	6.7%	5.7%	15%
Sup. SRC	8.3%	1.1%	1.9%	6.4%
Autres Sup.	0%	1.1%	0.28%	0.49%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

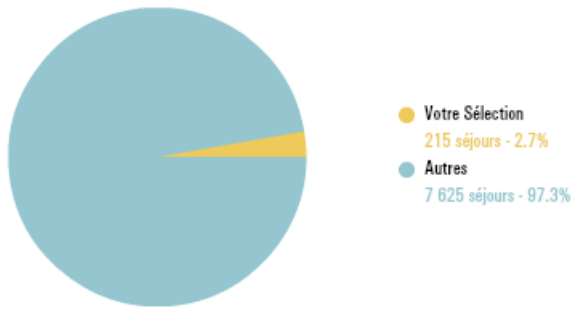


Taux de fuite = 50%

Part de marché du centre hospitalier = 47%

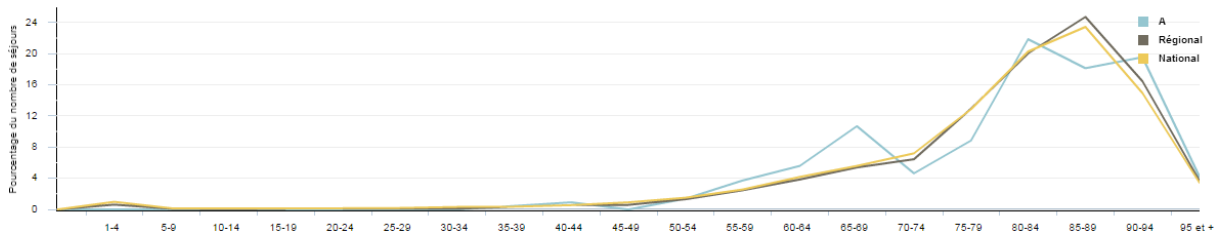
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.18. CARDIOPATHIES, VALVULOPATHIES



A Nombre de séjours 215 2% 0.10%

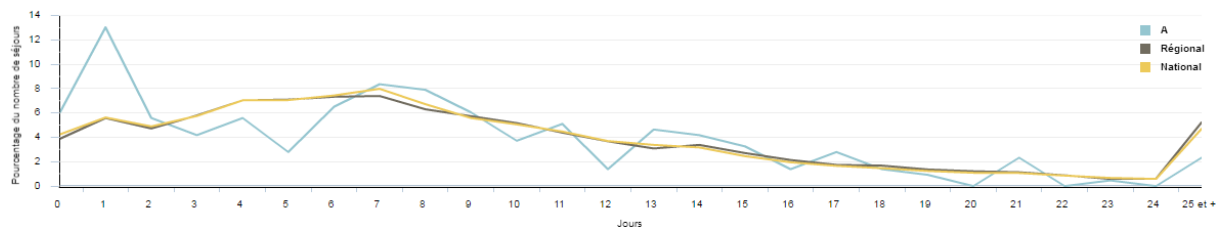
	A	R	N
Âge moyen	80	80	79
Âge médian	83	83	83
Taux de pers. > 69 ans	77.2%	84.3%	82.2%
Taux de pers. > 79 ans	63.7%	64.9%	62.1%



Activités (en volume)

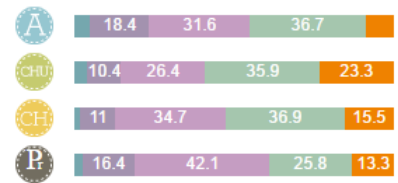
Sévérités (en %)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	23.7	21.4	28.4	22.8
R	13.1	19.8	36.1	24.8
N	13.5	17.2	36.5	26.5

	A	R	N
Nombre de séjours	215	8 958	214 748
% du Total Activité	2.7%	1%	0.85%
Durée Moyenne de Séjour	8.1	9.5	9.4
Durée Médiane de Séjour	7	8	7

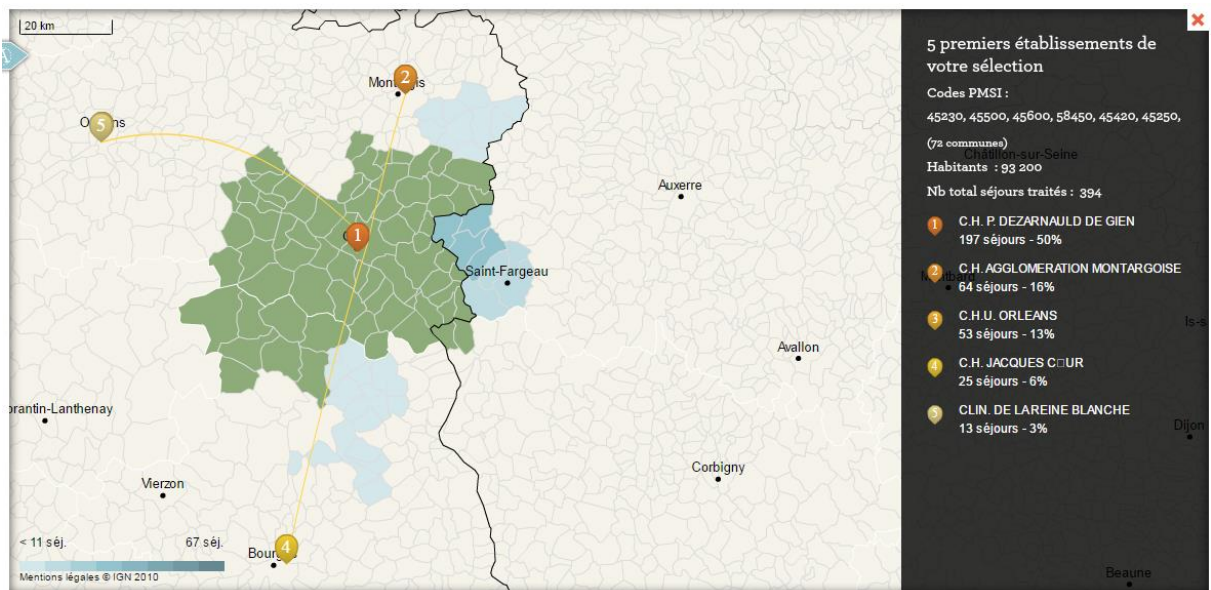


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	3 281 €	4 046 €	4 178 €	2 313 €
CAT2Amédian	3 519 €	3 519 €	3 519 €	1 756 €
Sup. Réa.	0%	11%	6.3%	7.6%
Sup. STF	0%	5.5%	4.6%	16.1%
Sup. SRC	9%	1.5%	2.4%	9.2%
Autres Sup.	0%	1.6%	0.26%	0.48%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

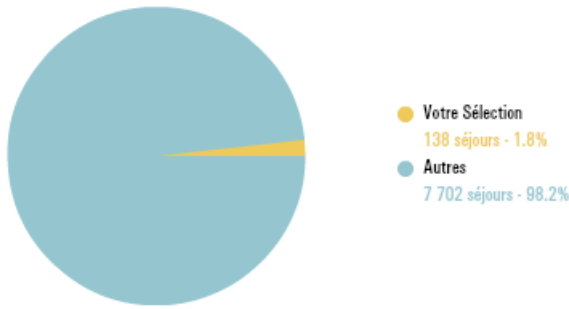


Taux de fuite = 50%

Part de marché du centre hospitalier = 50%

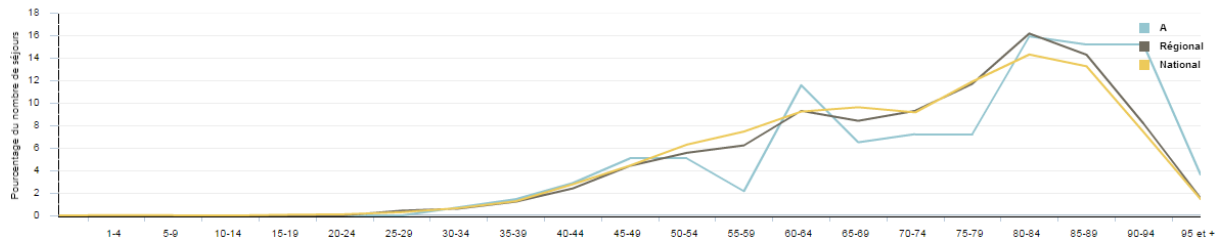
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.19. CORONAROPATHIES



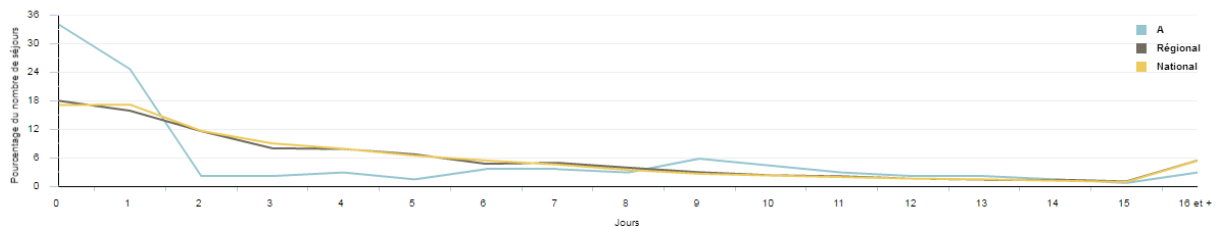
	A	R	N
Nombre de séjours	138	4%	0.18%

	A	R	N
Âge moyen	74	72	71
Âge médian	79	76	74
Taux de pers. > 69 ans	64.5%	61.3%	57.6%
Taux de pers. > 79 ans	50%	40.2%	36.5%



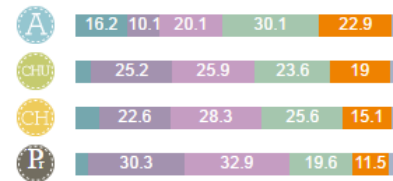
Sévérités (en %)	Activités (en volume)			
	T	1	2	3
A	41.3	21	13	15.2
R	21	36.8	21.7	13.9
N	19.8	37.9	21.2	13.5

	A	R	N
Nombre de séjours	138	3 921	76 761
% du Total Activité	1.8%	0.44%	0.3%
Durée Moyenne de Séjour	3.9	4.9	4.9
Durée Médiane de Séjour	1	3	3

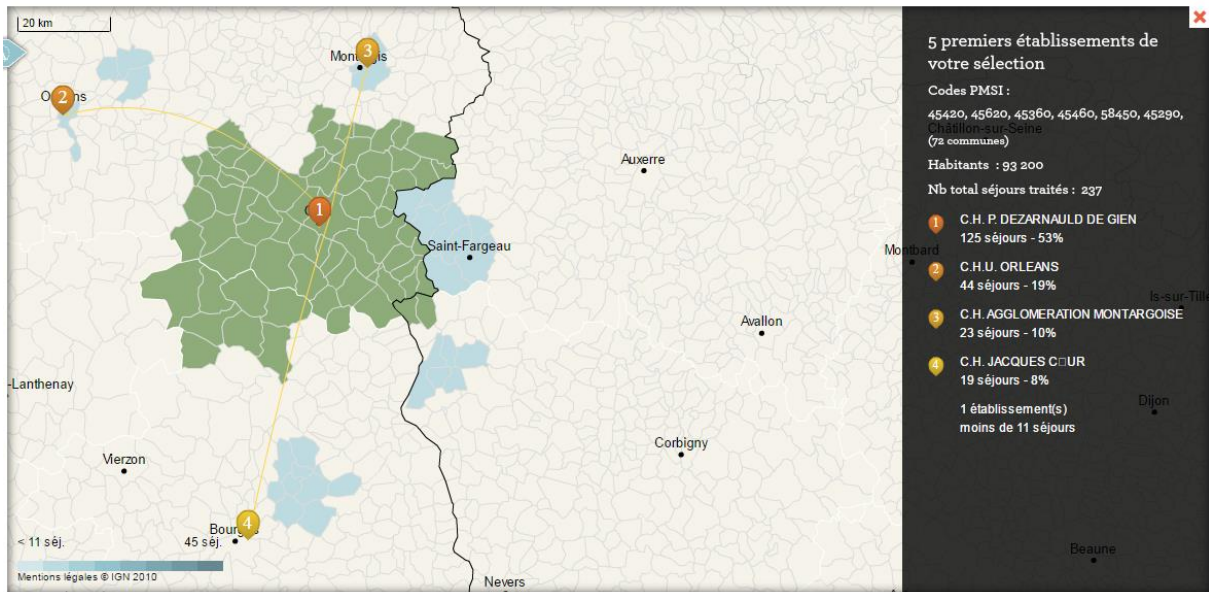


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	2 148 €	2 853 €	2 508 €	1 584 €
CAT2Amédian	897 €	2 221 €	1 867 €	1 195 €
Sup. Réa.	0%	5.9%	3.6%	2.7%
Sup. STF	0%	19.6%	15%	27.1%
Sup. SRC	12.6%	1.2%	2.8%	7.8%
Autres Sup.	0%	0.41%	0.22%	0.31%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

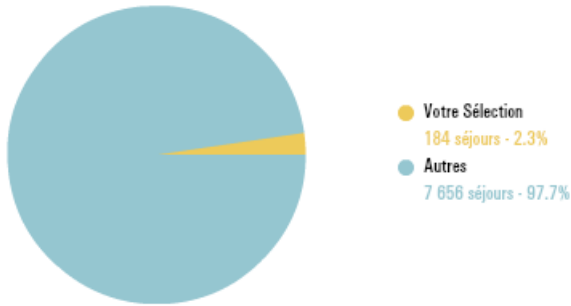


Taux de fuite = 47%

Part de marché du centre hospitalier = 53%

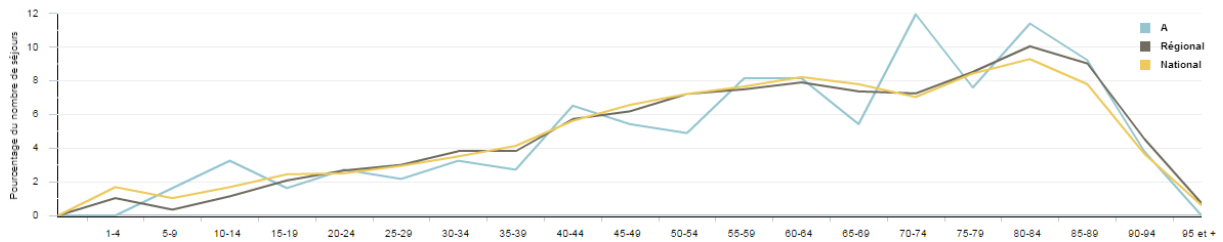
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.20. CARDIOLOGIE AUTRES

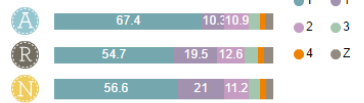


A Nombre de séjours 184 2% 0.08%

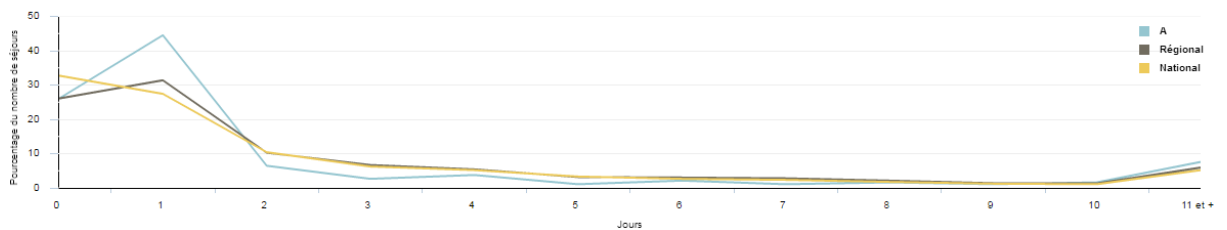
	A	R	N
Âge moyen	61	61	59
Âge médian	64	63	61
Taux de pers. > 69 ans	44%	40.1%	36.9%
Taux de pers. > 79 ans	24.5%	24.4%	21.4%



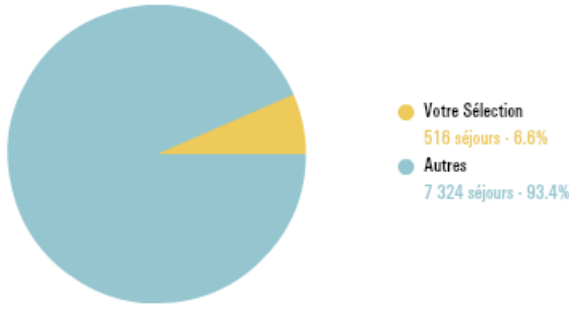
Activités (en volume)



	A	R	N
Nombre de séjours	184	8 760	231 505
% du Total Activité	2.3%	0.98%	0.91%
Durée Moyenne de Séjour	2.5	2.9	2.6
Durée Médiane de Séjour	1	1	1

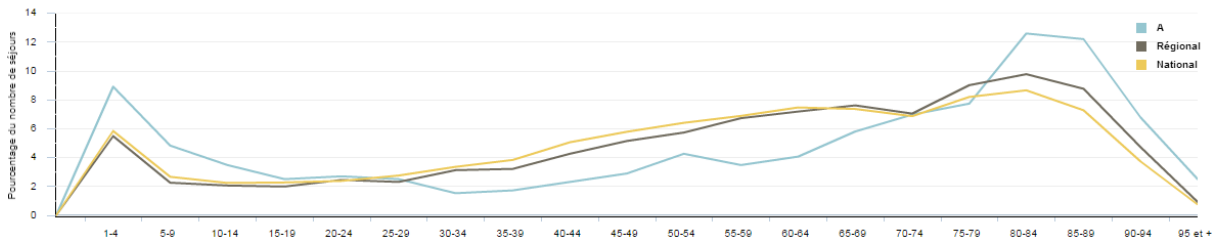


10.1.1.21. SYSTÈME NERVEUX



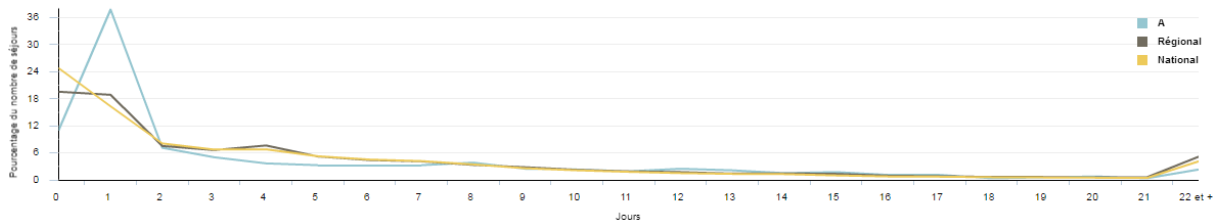
	A	R	N
Nombre de séjours	516	2%	0.06%

	A	R	N
Âge moyen	57	58	55
Âge médian	68	63	60
Taux de pers. > 69 ans	48.8%	40.3%	35.5%
Taux de pers. > 79 ans	34.1%	24.2%	20.5%



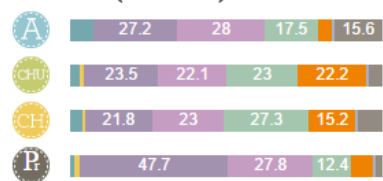
Activités (en volume)	Sévérités (en %)	
	T	J
A	22.9	43.8
R	15.2	36.2
N	16.2	36.5

	A	R	N
Nombre de séjours	516	28 678	929 199
% du Total Activité	6.6%	3.2%	3.7%
Durée Moyenne de Séjour	4.9	6.1	5.5
Durée Médiane de Séjour	2	3	3



	Ⓐ	CHU	CH	⒫
CAT2Amoyen	2 110 €	3 526 €	2 898 €	2 147 €
CAT2Amédian	943 €	1 360 €	1 831 €	1 716 €
Sup. Réa.	0%	8.4%	4.6%	2.3%
Sup. STF	0%	3.9%	3.9%	1.2%
Sup. SRC	2.6%	1.5%	1.1%	2.1%
Autres Sup.	0%	1.1%	0.21%	0.09%

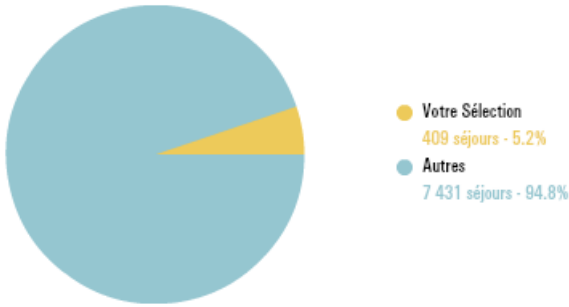
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

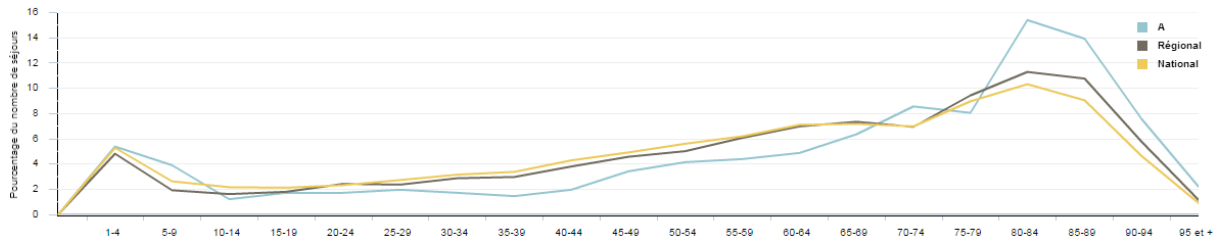


10.1.1.22. NEUROLOGIE MÉDICALE



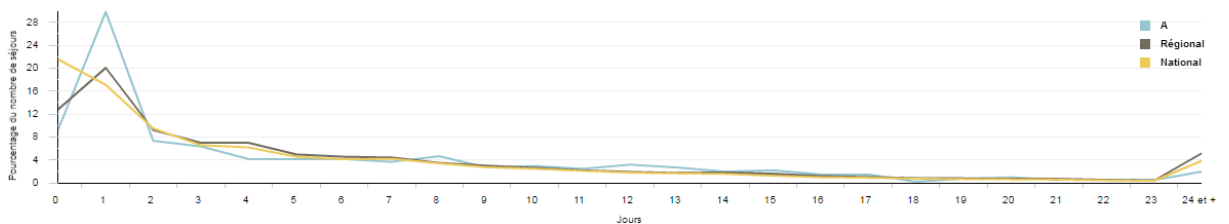
	A	R	N
Nombre de séjours	409	2%	0.07%

	A	R	N
Âge moyen	63	60	58
Âge médian	73	66	63
Taux de pers. > 69 ans	55.7%	45.4%	40.9%
Taux de pers. > 79 ans	39.1%	29%	24.9%



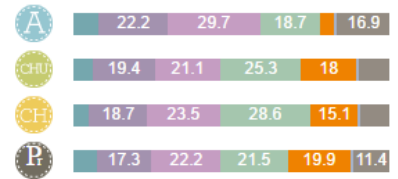
Activités (en volume)	Sévérités (en %)				
	T	1	2	3	4
A	28.6	30.3	18.1	12.7	
R	21.7	29.3	19.1	13.5	11.4
N	24.7	27.4	16	11.9	15.6

	A	R	N
Nombre de séjours	409	20 022	603 621
% du Total Activité	5.2%	2.2%	2.4%
Durée Moyenne de Séjour	5.8	6.8	5.9
Durée Médiane de Séjour	3	4	3

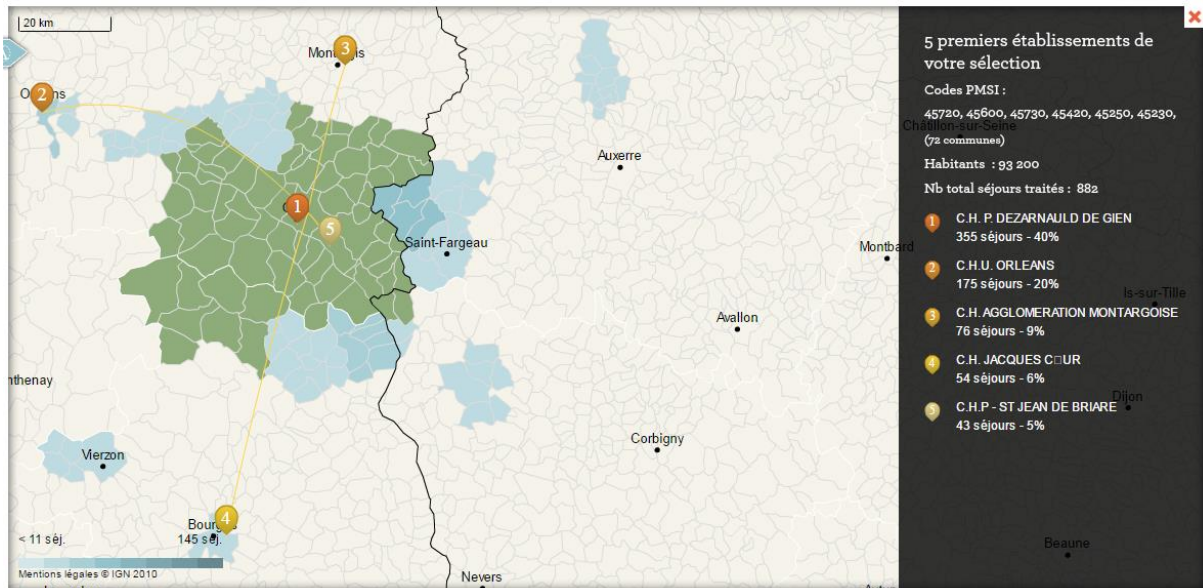
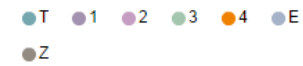


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	2 455 €	2 675 €	3 189 €	1 610 €
CAT2Amédian	2 108 €	1 225 €	2 569 €	995 €
Sup. Réa.	0%	4.9%	4.1%	6.8%
Sup. STF	0%	5.9%	4.5%	4%
Sup. SRC	2.8%	0.96%	0.95%	4.6%
Autres Sup.	0%	1.3%	0.23%	0.4%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

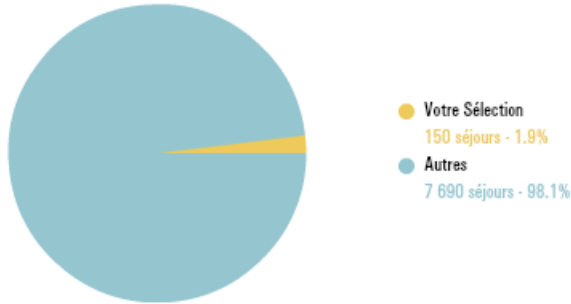


Taux de fuite = 55%

Part de marché du centre hospitalier = 40%

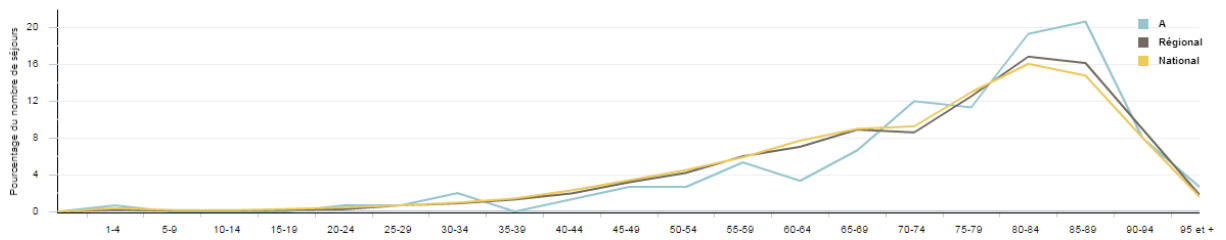
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.23. ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC)



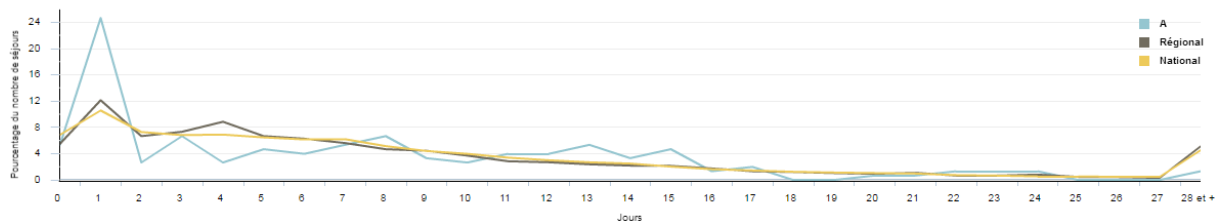
	A	R	N
Nombre de séjours	150	2%	0.09%

	A	R	N
Âge moyen	75	73	72
Âge médian	80	77	76
Taux de pers. > 69 ans	74%	64.9%	62.7%
Taux de pers. > 79 ans	50.7%	43.8%	40.5%



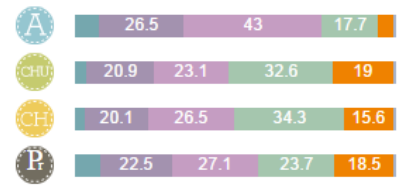
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	28.7	27.3	30	
R	17.3	27	27.3	19.9
N	18.1	28.6	24.2	20.7

	A	R	N
Nombre de séjours	150	6 808	172 228
% du Total Activité	1.9%	0.76%	0.68%
Durée Moyenne de Séjour	7.5	9	9
Durée Médiane de Séjour	6	6	6

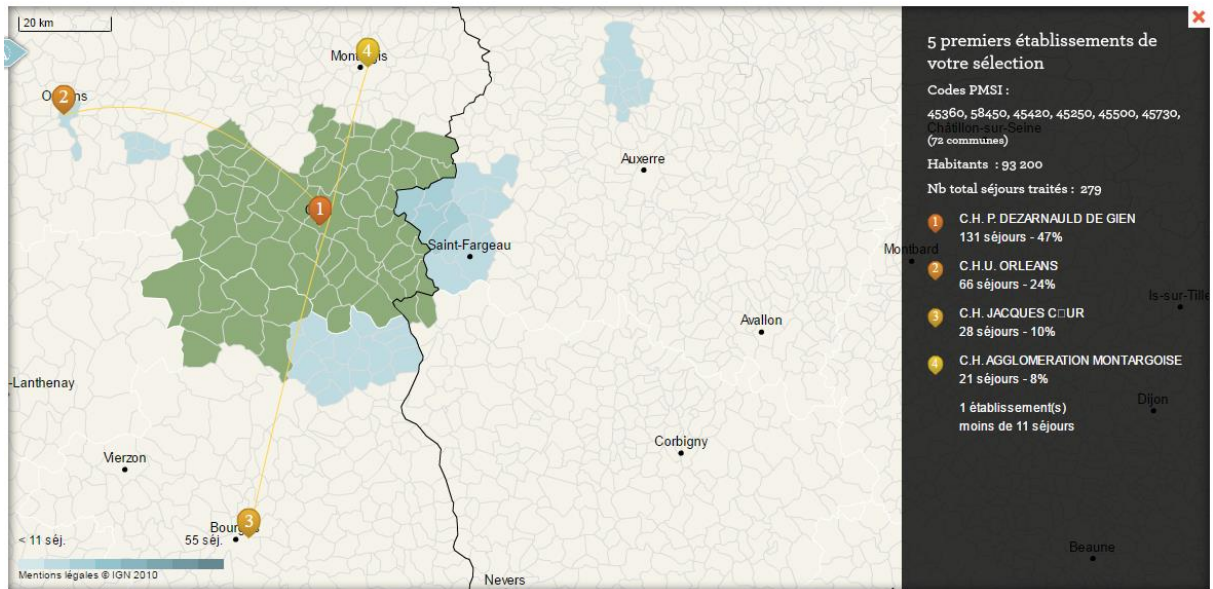


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	2 994 €	4 715 €	4 539 €	2 089 €
CAT2Amédian	3 018 €	4 233 €	4 233 €	1 513 €
Sup. Réa.	0%	4.3%	3.6%	9.8%
Sup. STF	0%	12%	7.9%	8.8%
Sup. SRC	2.2%	0.73%	0.75%	5.1%
Autres Sup.	0%	0.32%	0.08%	0.36%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

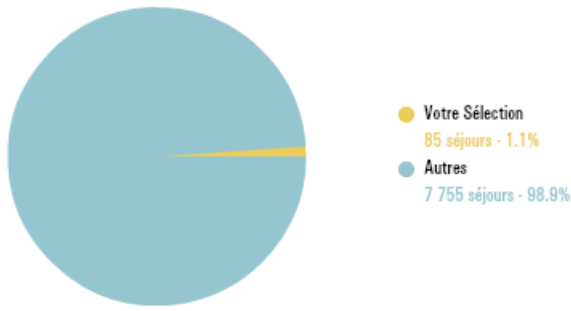


Taux de fuite = 53%

Part de marché du centre hospitalier = 47%

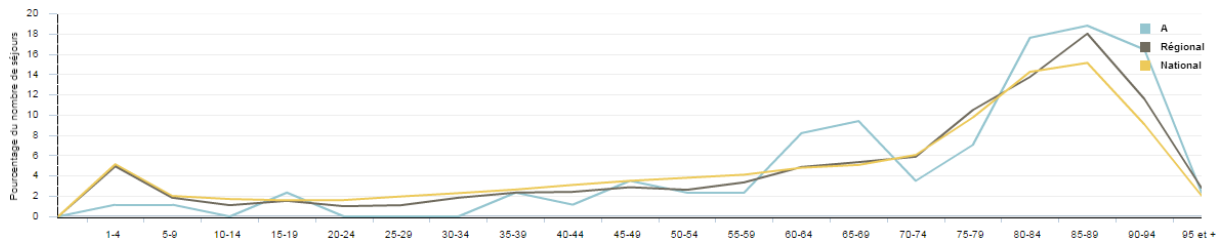
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.24. AUTRES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX



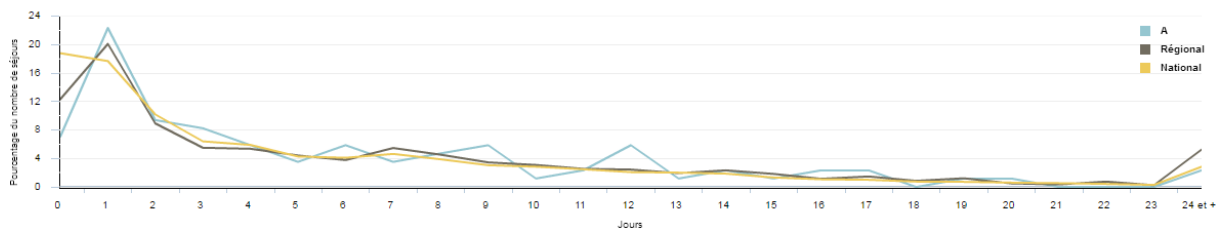
A Nombre de séjours	85	3%	0.10%
----------------------------	----	----	-------

	A	R	N
Âge moyen	74	68	64
Âge médian	81	78	75
Taux de pers. > 69 ans	65.9%	62.6%	56.4%
Taux de pers. > 79 ans	55.3%	46.2%	40.6%



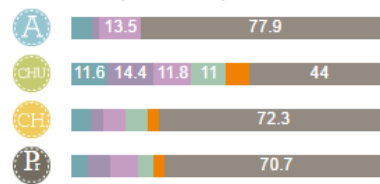
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	28.2	60		
R	28.5	51.7		
N	33.1	10.8	46.4	

	A	R	N
Nombre de séjours	85	2 665	84 505
% du Total Activité	1.1%	0.3%	0.33%
Durée Moyenne de Séjour	6.2	7.1	5.8
Durée Médiane de Séjour	4	4	3

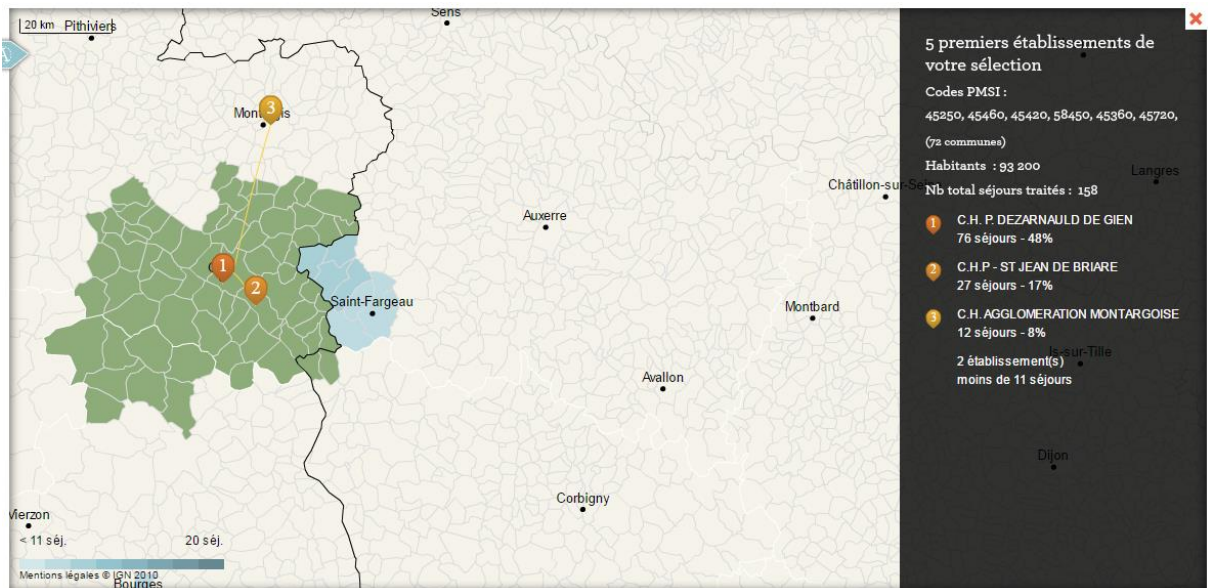
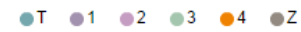


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	2 553 €	2 143 €	2 659 €	1 268 €
CAT2Amédian	3 563 €	1 831 €	3 563 €	1 480 €
Sup. Réa.	0%	1.7%	0.86%	0.83%
Sup. STF	0%	1.7%	1.1%	1.8%
Sup. SRC	1.5%	0.4%	0.3%	1.9%
Autres Sup.	0%	1.3%	0.58%	0.74%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

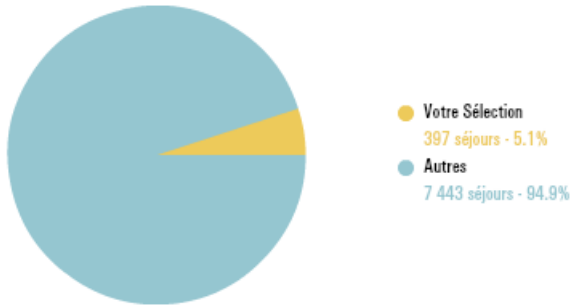


Taux de fuite = 35%

Part de marché du centre hospitalier = 48%

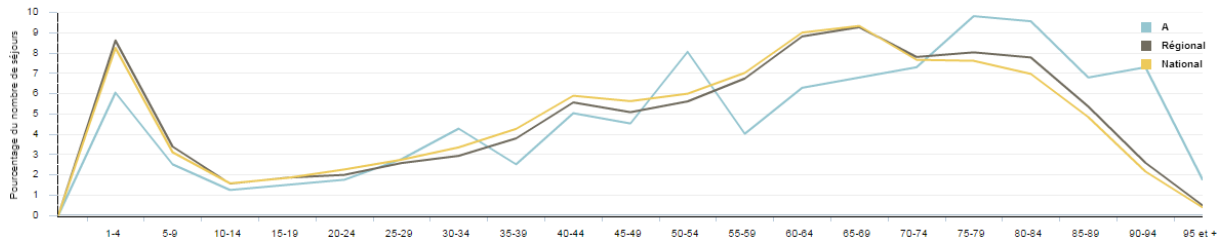
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.25. URO-NÉPHROLOGIE ET GÉNITAL



Statistique	A	R	N
Nombre de séjours	397	1%	0.04%

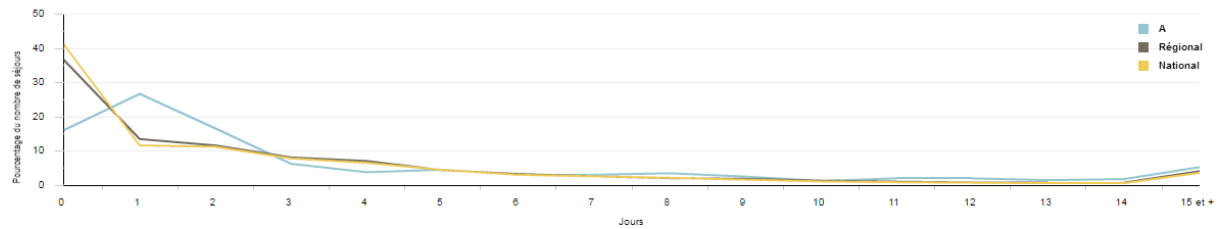
Statistique	A	R	N
Âge moyen	58	53	53
Âge médian	64	60	58
Taux de pers. > 69 ans	42.6%	32.1%	29.7%
Taux de pers. > 79 ans	25.4%	16.2%	14.4%







Activités (en volume)

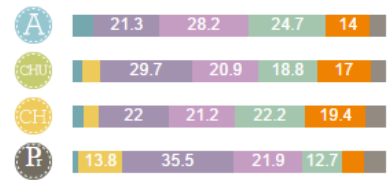
Statistique	A	R	N
Nombre de séjours	20.2	40.3	15.6
% du Total Activité	11.1	19.5	33.9
Durée Moyenne de Séjour	10.4	20.3	32.5
Durée Médiane de Séjour	11.9	14.7	

Statistique	A	R	N
Nombre de séjours	397	36 133	1 097 036
% du Total Activité	5.1%	4%	4.3%
Durée Moyenne de Séjour	4.2	3.4	3.1
Durée Médiane de Séjour	2	1	1

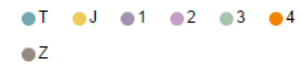


				
CAT2Amoyen	1 833 €	2 378 €	2 287 €	1 107 €
CAT2Amédian	1 070 €	1 324 €	1 349 €	669 €
Sup. Réa.	0%	2.6%	2.9%	0.96%
Sup. STF	0%	1.2%	0.41%	0.51%
Sup. SRC	3.6%	0.9%	0.83%	2.9%
Autres Sup.	0%	1.5%	0.71%	0.16%

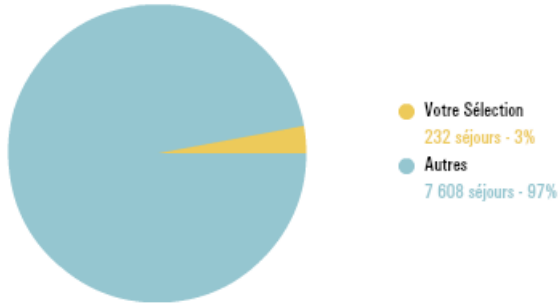
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

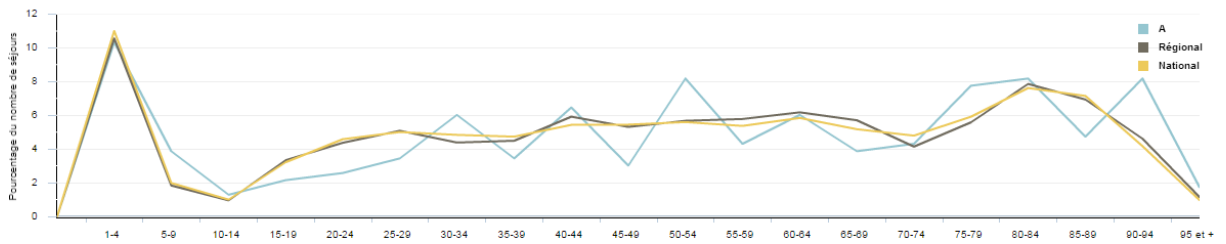


10.1.1.26. INFECTIONS REINS ET VOIES URINAIRES, LITHIASES



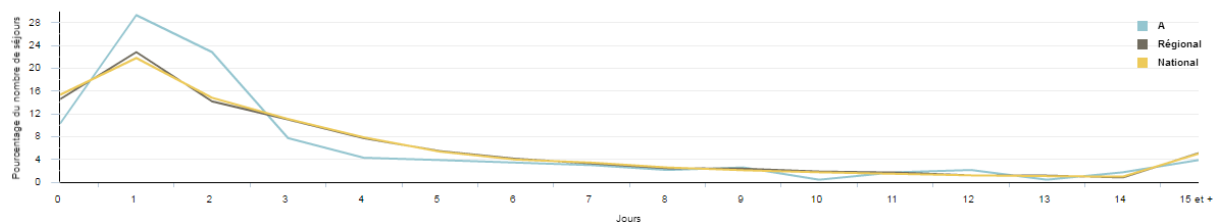
	A	R	N
Nombre de séjours	232	3%	0.13%

	A	R	N
Âge moyen	52	50	50
Âge médian	53	53	52
Taux de pers. > 69 ans	34.9%	30.3%	30.7%
Taux de pers. > 79 ans	22.8%	20.6%	19.9%



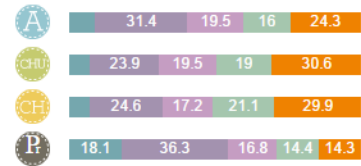
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	23.3	50.4	11.2	15.1
R	28.7	39	12.7	10.4
N	28.6	38.3	12.6	10.2

	A	R	N
Nombre de séjours	232	6 802	173 894
% du Total Activité	3%	0.76%	0.69%
Durée Moyenne de Séjour	3.8	4.3	4.2
Durée Médiane de Séjour	2	2	2

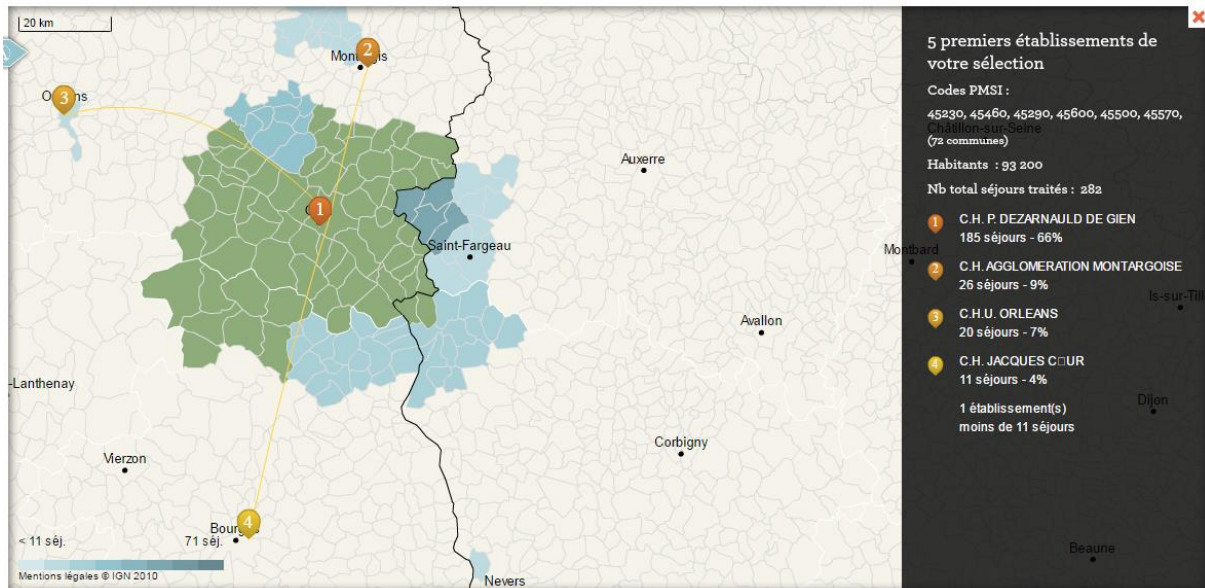


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 597 €	2 093 €	2 077 €	706 €
CAT2Amédian	1 179 €	1 233 €	1 233 €	506 €
Sup. Réa.	0%	2.3%	1.4%	1.5%
Sup. STF	0%	0.93%	0.23%	0.55%
Sup. SRC	0.61%	0.93%	0.66%	2.7%
Autres Sup.	0%	0.69%	0.39%	0.19%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

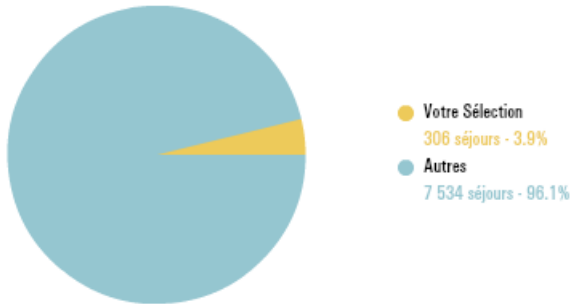


Taux de fuite = 34%

Part de marché du centre hospitalier = 66%

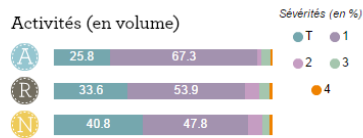
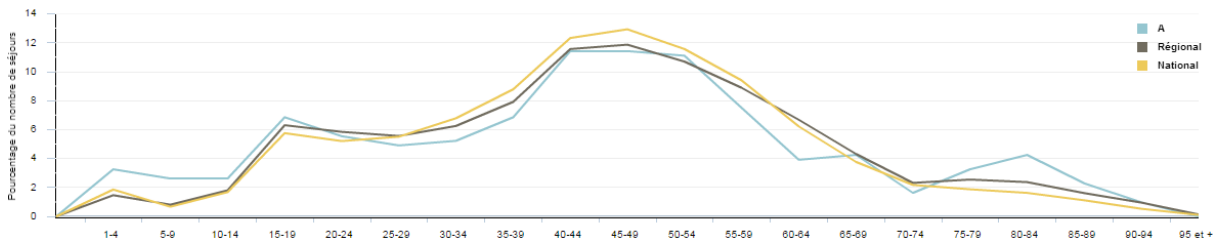
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.27. TOXICOLOGIE, INTOXICATIONS, ALCOOL - EFFETS NOCIFS, ALCOOL, TOXICOLOGIE, ALLERGIES

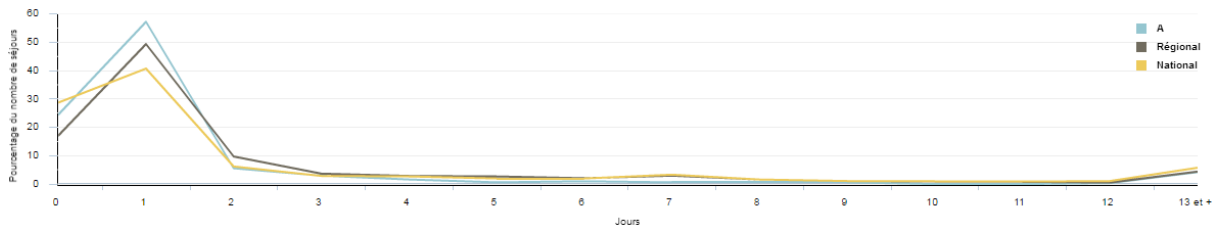


	A	R	N
Nombre de séjours	306	3%	0.09%

	A	R	N
Âge moyen	44	45	44
Âge médian	46	46	45
Taux de pers. > 69 ans	12.4%	10%	7.4%
Taux de pers. > 79 ans	7.5%	5.1%	3.4%

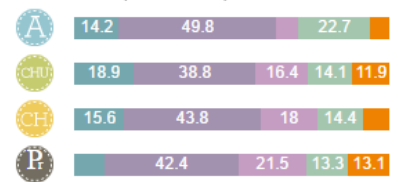


	A	R	N
Nombre de séjours	306	11 002	357 087
% du Total Activité	3.9%	1.2%	1.4%
Durée Moyenne de Séjour	2	2.8	2.9
Durée Médiane de Séjour	1	1	1

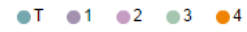


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 026 €	1 323 €	1 355 €	1 104 €
CAT2Amédian	611 €	611 €	611 €	832 €
Sup. Réa.	0%	5.8%	4%	4.1%
Sup. STF	0%	1.9%	0.78%	1.5%
Sup. SRC	5.6%	1.3%	1.1%	2.4%
Autres Sup.	0%	0.74%	0.11%	0.32%

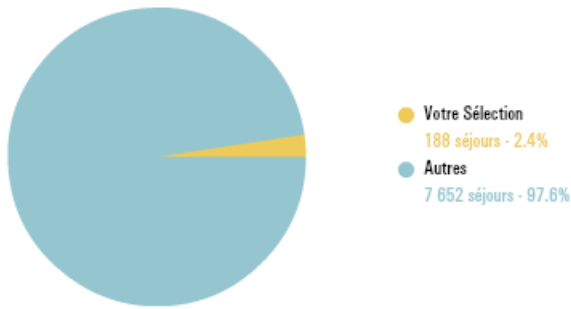
Activités (en valeur)



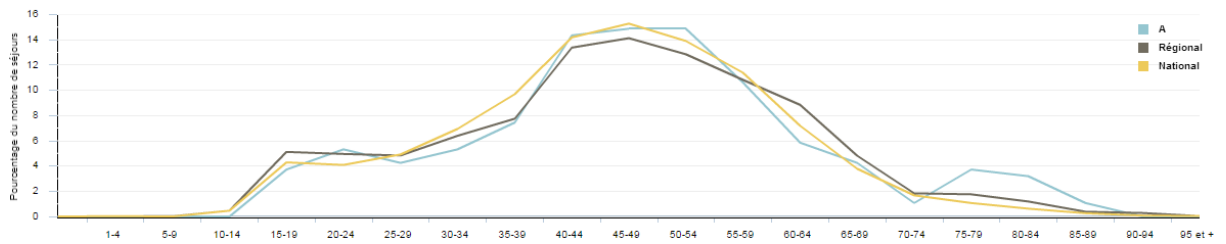
Sévérités (en %)



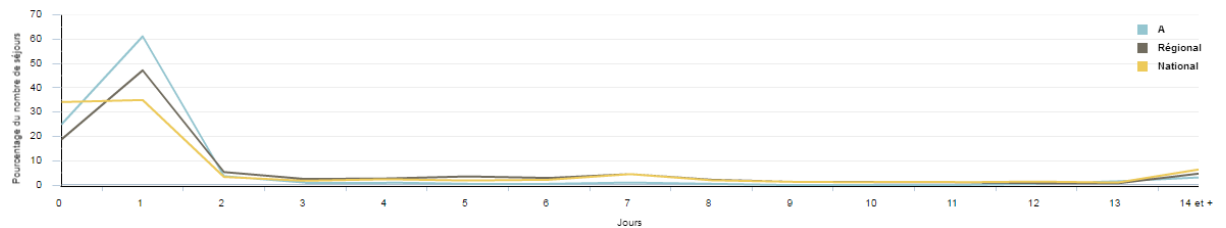
10.1.1.28. TOXICOMANIES ET ALCOOLISME



	A	R	N
Nombre de séjours	188	3%	0.09%
Âge moyen	48	46	46
Âge médian	49	47	46
Taux de pers. > 69 ans	9%	5.5%	3.7%
Taux de pers. > 79 ans	4.3%	1.9%	1%

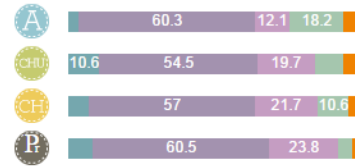


Activités (en volume)	Sévérités (en %)						
	T	1	2	3	A	R	N
A	85.6				188	5 477	212 938
R	81.8				2.4%	0.61%	0.84%
N	24.2	65.5			1.9	3.2	3.3
			4		Durée Moyenne de Séjour	Durée Médiane de Séjour	Durée Médiane de Séjour
					1	1	1

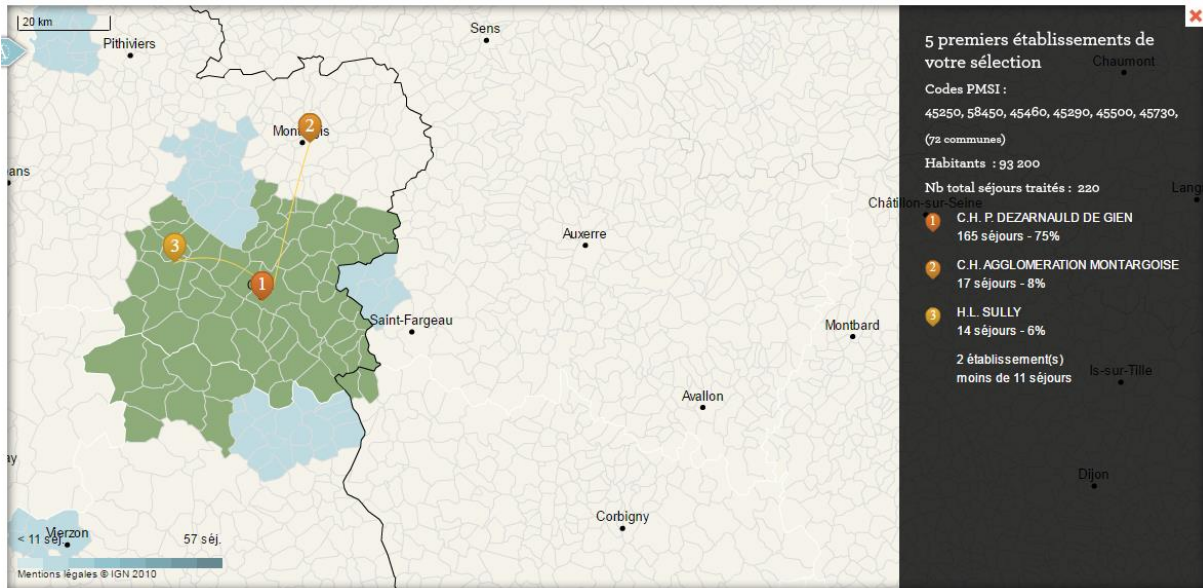
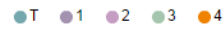


	Ⓐ	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	992 €	1 250 €	1 402 €	1 007 €
CAT2Amédian	611 €	611 €	611 €	1 391 €
Sup. Réa.	0%	1.3%	0.94%	1.6%
Sup. STF	0%	0.57%	0.22%	0.34%
Sup. SRC	7.5%	0.49%	0.44%	0.49%
Autres Sup.	0%	0.07%	0.02%	0.01%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

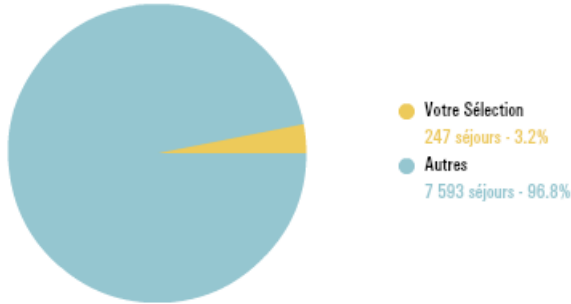


Taux de fuite = 19%

Part de marché du centre hospitalier = 75%

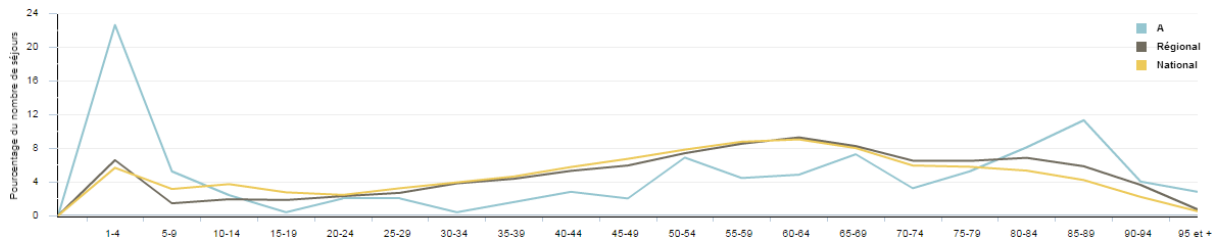
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.29. ENDOCRINOLOGIE



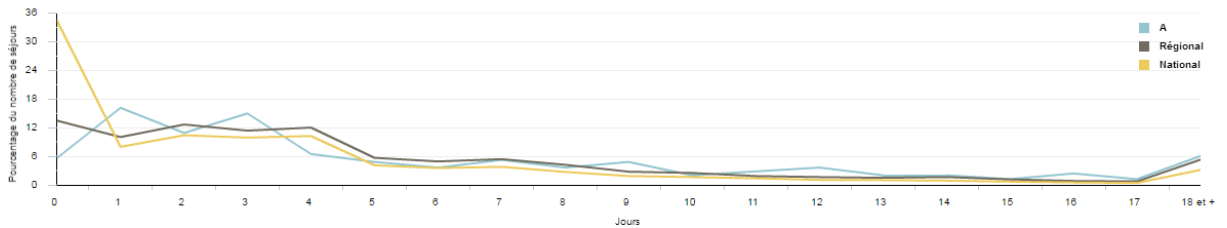
	A	R	N
Nombre de séjours	247	2%	0.05%





	A	R	N
Âge moyen	48	54	51
Âge médian	56	58	54
Taux de pers. > 69 ans	34.8%	30.1%	24.1%
Taux de pers. > 79 ans	26.3%	17.1%	12.3%



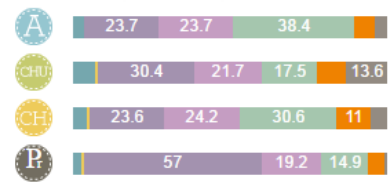
Activités (en volume)	Sévérités (en %)				
	T	J	1	2	3
A	15.8	34	18.6	23.5	
R	13.2	37.6	22.7	15.8	
N	18.4	30.3	14.7	10.6	21

	A	R	N
Nombre de séjours	247	12 975	450 943
% du Total Activité	3.2%	1.4%	1.8%
Durée Moyenne de Séjour	6.3	5.7	3.9
Durée Médiane de Séjour	4	4	2



				
CAT2Amoyen	2 566 €	1 774 €	2 307 €	1 395 €
CAT2Amédian	2 016 €	711 €	1 875 €	1 446 €
Sup. Réa.	0%	1.2%	1.4%	0.95%
Sup. STF	0%	0.86%	0.37%	0.54%
Sup. SRC	6.4%	0.86%	1.1%	2.9%
Autres Sup.	0%	1.1%	2.1%	0.51%

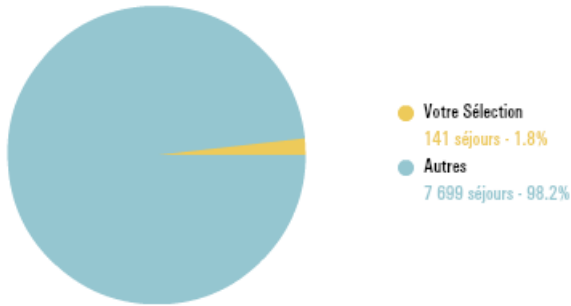
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

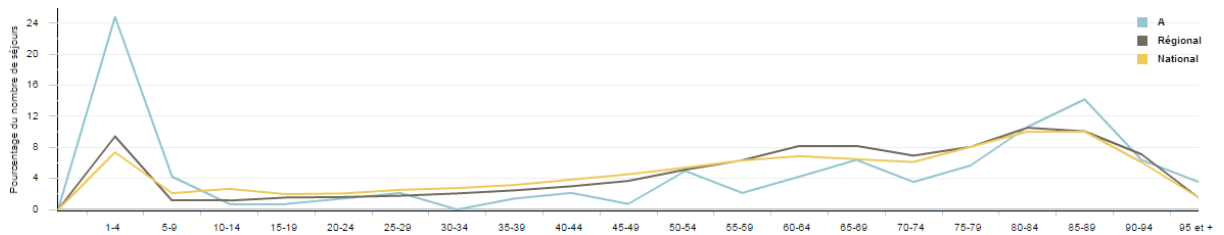


10.1.1.30. TROUBLES MÉTABOLIQUES, NUTRITIONNELS ET OBÉSITÉ



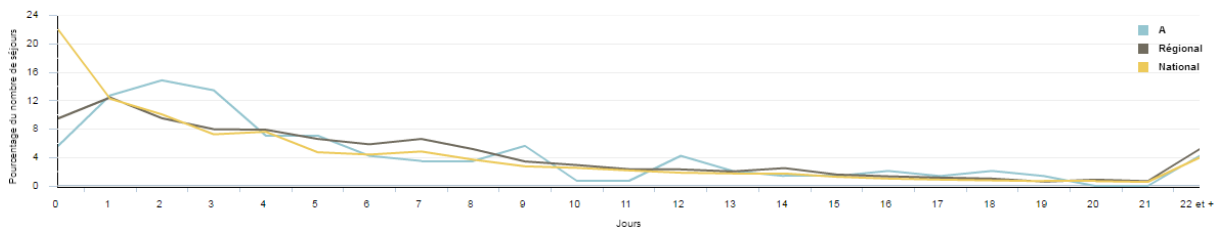
	A	R	N
Nombre de séjours	141	3%	0.11%

	A	R	N
Âge moyen	52	59	58
Âge médian	65	66	63
Taux de pers. > 69 ans	44%	44.2%	41.9%
Taux de pers. > 79 ans	34.8%	29.2%	27.7%



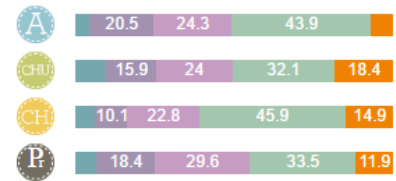
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	17.7	32.6	19.1	28.4
R	20.3	20.9	28.5	25.7
N	32.4	19.7	18.9	23.9

	A	R	N
Nombre de séjours	141	5 191	129 090
% du Total Activité	1.8%	0.58%	0.51%
Durée Moyenne de Séjour	6.5	7.2	5.8
Durée Médiane de Séjour	4	5	3

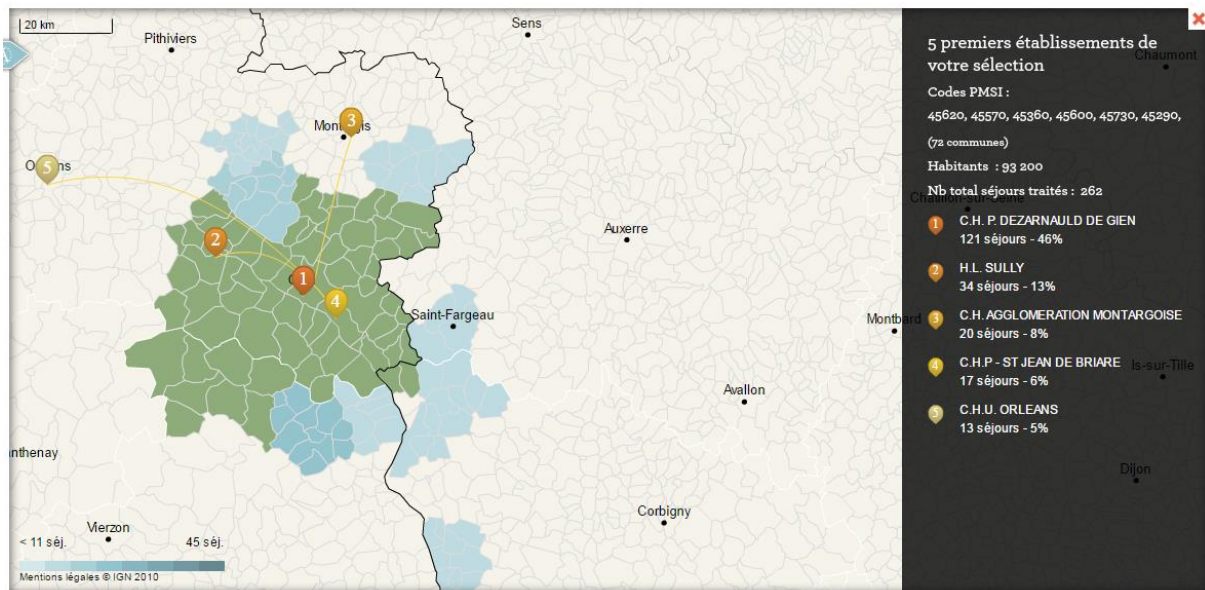


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	2 463 €	2 342 €	2 679 €	1 364 €
CAT2Amédian	2 506 €	1 501 €	2 506 €	1 139 €
Sup. Réa.	0%	2.1%	1.6%	1.5%
Sup. STF	0%	2.1%	0.54%	1.1%
Sup. SRC	3.3%	1.8%	1.5%	6.8%
Autres Sup.	0%	1.1%	0.4%	0.65%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

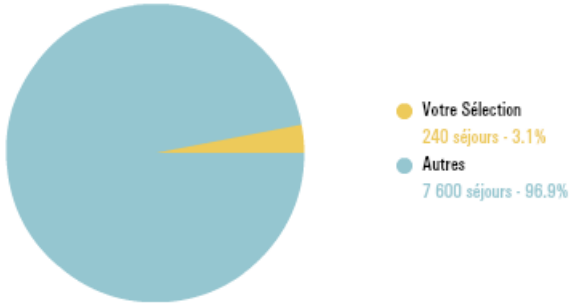


Taux de fuite = 41%

Part de marché du centre hospitalier = 46%

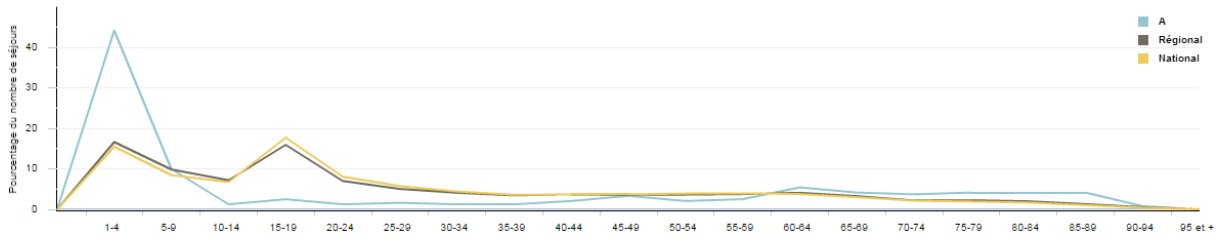
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.31. ORL, STOMATOLOGIE



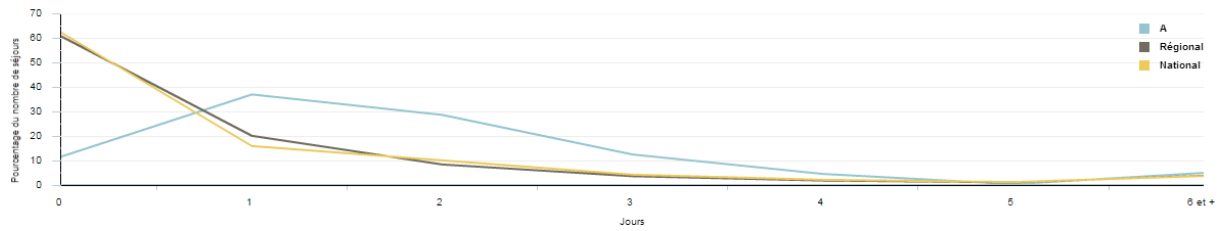
	A	R	N
Nombre de séjours	240	0.75%	0.03%

	A	R	N
Âge moyen	28	29	29
Âge médian	6	20	20
Taux de pers. > 69 ans	17.1%	8.5%	7.4%
Taux de pers. > 79 ans	9.2%	4%	3.3%



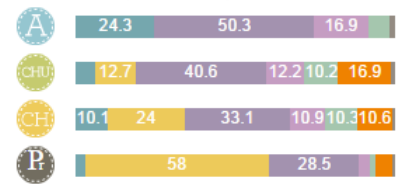
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	J	1	2
A	42.9	46.3		
R	11.8	54.3	28.8	
N	11.5	54.7	28.5	

	A	R	N
Nombre de séjours	240	31 838	921 013
% du Total Activité	3.1%	3.6%	3.6%
Durée Moyenne de Séjour	2	1.1	1.1
Durée Médiane de Séjour	2	0	0

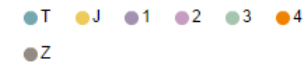


	Ⓐ	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 104 €	2 161 €	1 457 €	602 €
CAT2Amédian	663 €	1 346 €	1 227 €	520 €
Sup. Réa.	0%	1.7%	1.1%	0.15%
Sup. STF	0%	0.68%	0.41%	0.12%
Sup. SRC	0%	0.81%	0.32%	0.71%
Autres Sup.	0%	1.2%	0.2%	0.01%

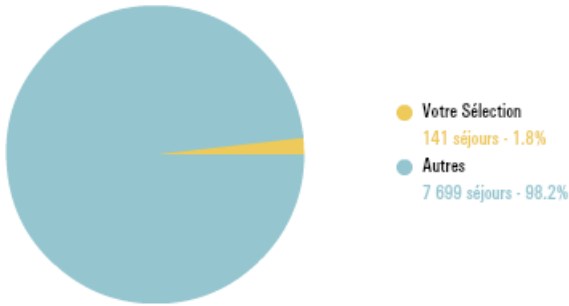
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

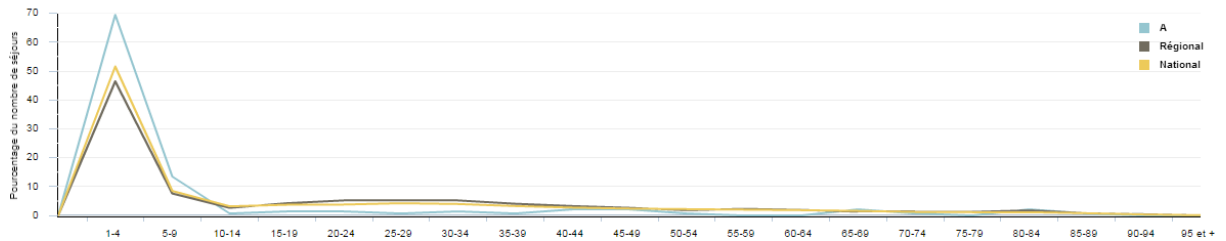


10.1.1.32. INFECTIONS ORL



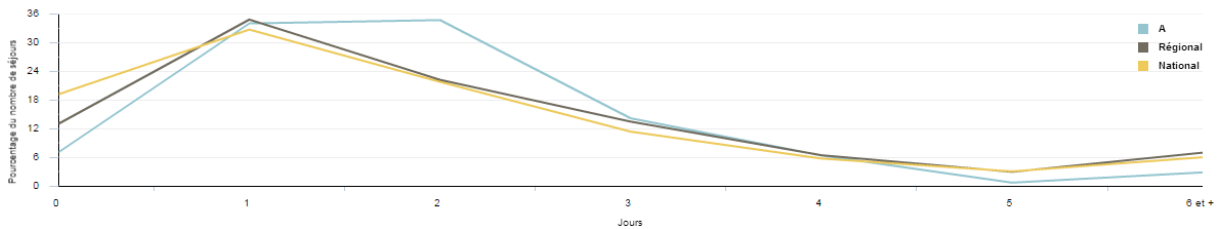
	A	R	N
Nombre de séjours	141	7%	0.26%





	A	R	N
Âge moyen	10	19	17
Âge médian	1	6	4
Taux de pers. > 69 ans	3.5%	5.7%	4.7%
Taux de pers. > 79 ans	2.8%	3.1%	2.3%



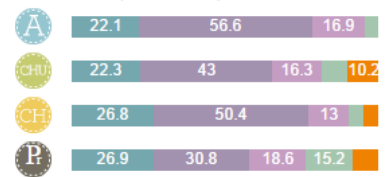
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	40.4	49.6		
R	44.2	47		
N	48.5	41.9		

	A	R	N
Nombre de séjours	141	1 907	54 919
% du Total Activité	1.8%	0.21%	0.22%
Durée Moyenne de Séjour	2	2.2	2.1
Durée Médiane de Séjour	2	2	1

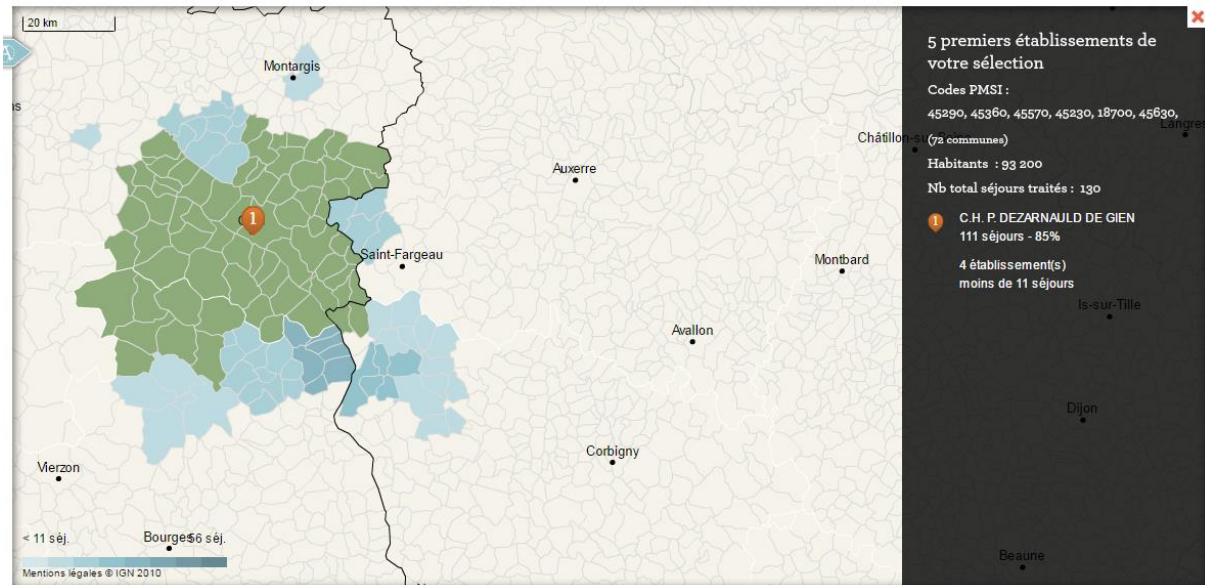
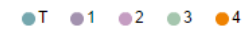


				
CAT2Amoyen	1 186 €	1 342 €	1 189 €	648 €
CAT2Amédian	1 406 €	987 €	927 €	322 €
Sup. Réa.	0%	0.81%	0.39%	0.16%
Sup. STF	0%	0.74%	0.16%	0.51%
Sup. SRC	0%	0.82%	0.33%	0.89%
Autres Sup.	0%	1.7%	0.55%	0.18%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

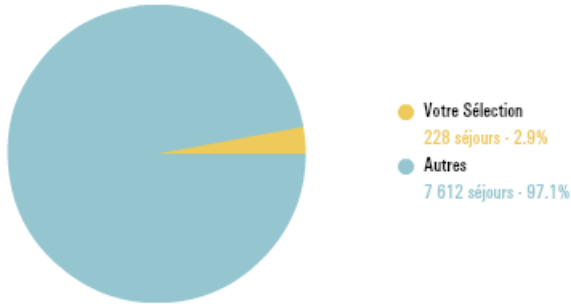


Taux de fuite = 15%

Part de marché du centre hospitalier = 85%

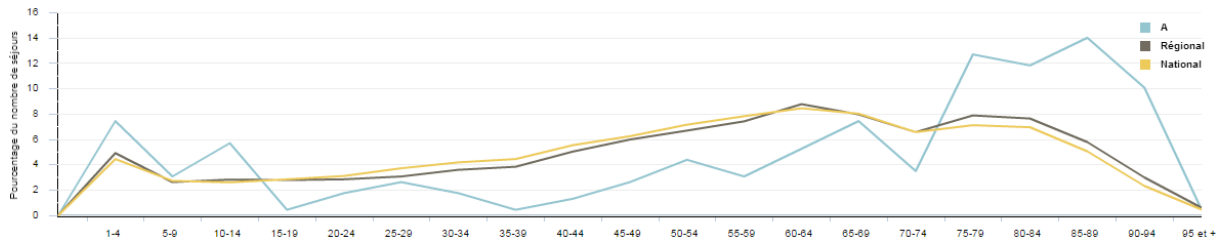
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.33. ACTIVITÉS INTER-SPECIALITÉS, SUIVI THÉRAPEUTIQUE D'AFFECTIONS CONNUES



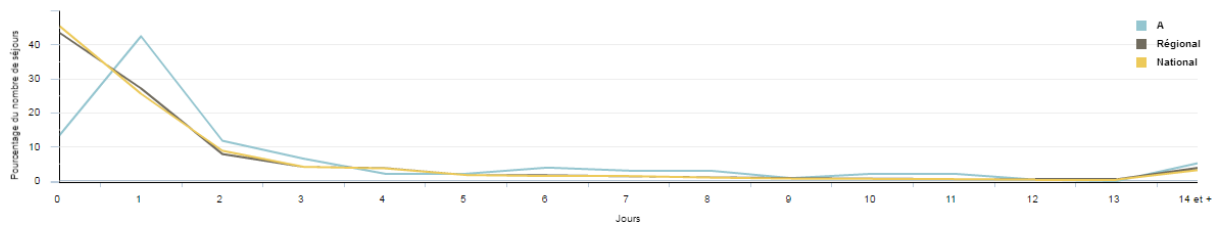
A	Nombre de séjours	228	R	0.70%	N	0.02%
----------	-------------------	-----	----------	-------	----------	-------

	A	R	N
Âge moyen	61	54	53
Âge médian	73	58	56
Taux de pers. > 69 ans	52.6%	31.5%	28.5%
Taux de pers. > 79 ans	36.4%	17%	14.8%



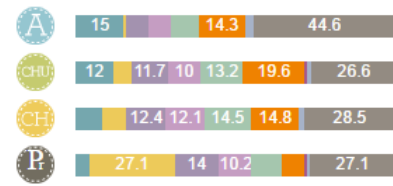
Activités (en volume)		Sévérités (en %)	
A	43.9	T	J
R	29	1	2
N	27.2	3	4
	18.2	B	E
	10.1	Z	
	32.5		
	11.6		
	33		

	A	R	N
Nombre de séjours	228	32 508	946 054
% du Total Activité	2.9%	3.6%	3.7%
Durée Moyenne de Séjour	3.5	2.5	2.2
Durée Médiane de Séjour	1	1	1

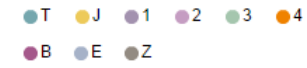


	Ⓐ	CHU	CH	⒫
CAT2Amoyen	1 461 €	1 591 €	1 605 €	745 €
CAT2Amédian	506 €	515 €	696 €	371 €
Sup. Réa.	0%	4.9%	2.6%	1.2%
Sup. STF	0%	1.7%	0.5%	0.81%
Sup. SRC	0.78%	0.81%	0.62%	2%
Autres Sup.	0%	2.2%	0.55%	0.36%

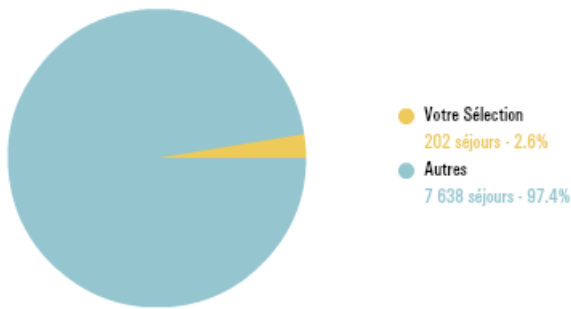
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

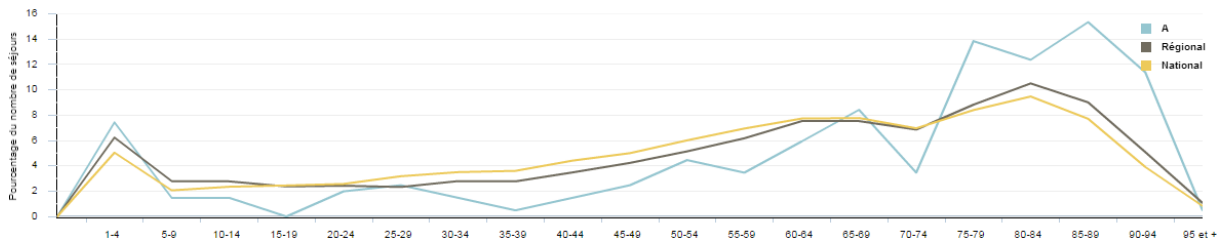


10.1.1.34. MÉDECINE INTER-SPÉCIALITÉS



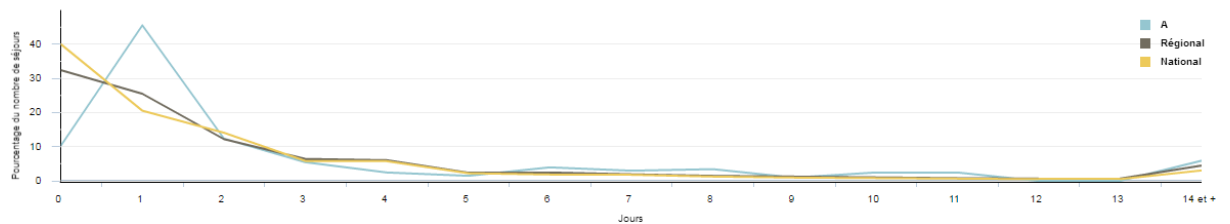
	A	R	N
Nombre de séjours	202	1%	0.05%





	A	R	N
Âge moyen	65	57	56
Âge médian	75	64	61
Taux de pers. > 69 ans	56.9%	41.4%	37.3%
Taux de pers. > 79 ans	39.6%	25.7%	21.9%



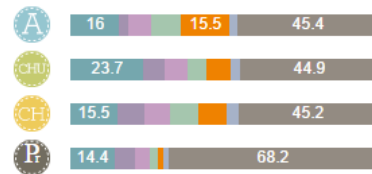
Activités (en volume)	Sévérités (en %)				
	T	1	2	3	E
A	48.5	32.7			
R	51.1	30.8			
N	52.7	30			

	A	R	N
Nombre de séjours	202	15 474	409 285
% du Total Activités	2.6%	1.7%	1.6%
Durée Moyenne de Séjour	3.7	3.1	2.5
Durée Médiane de Séjour	1	1	1

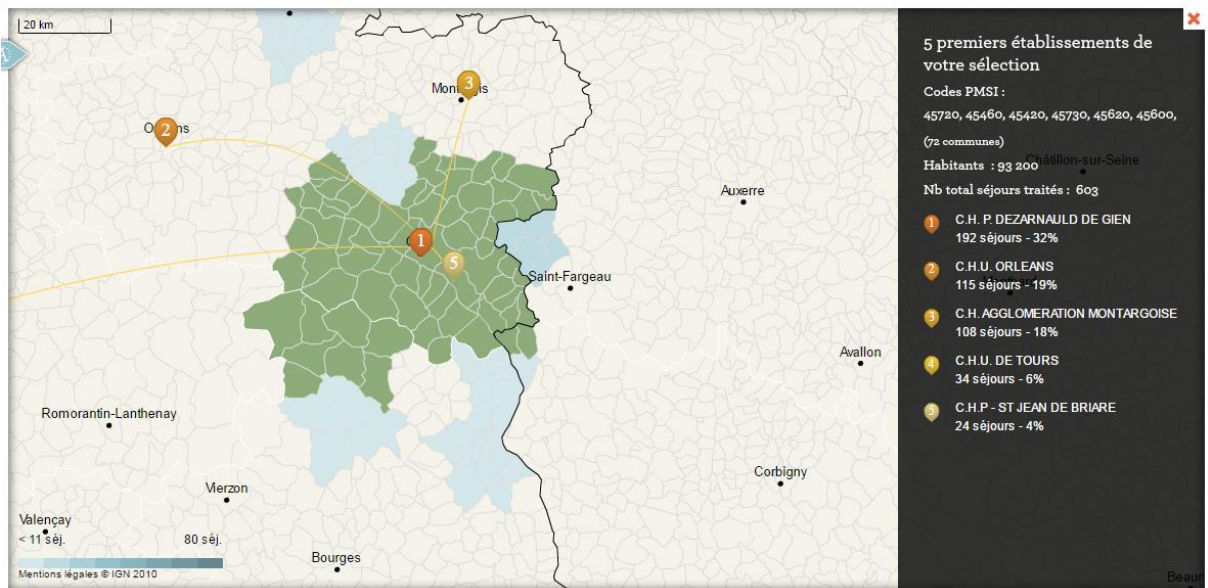
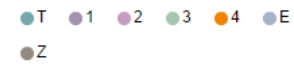


				
CAT2Amoyen	1 523 €	1 319 €	1 520 €	931 €
CAT2Amédian	505 €	505 €	505 €	907 €
Sup. Réa.	0%	1.1%	0.64%	0.34%
Sup. STF	0%	2%	0.48%	1.1%
Sup. SRC	0.84%	0.37%	0.24%	1.5%
Autres Sup.	0%	3.2%	0.71%	0.6%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

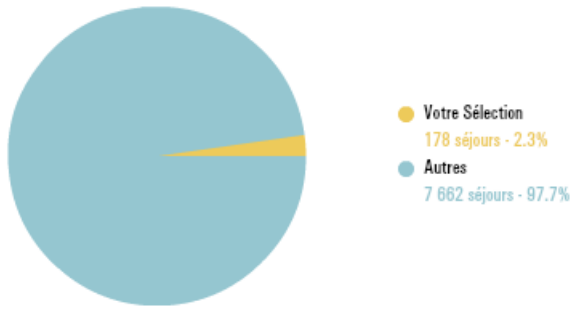


Taux de fuite = 64%

Part de marché du centre hospitalier = 32%

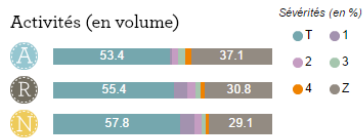
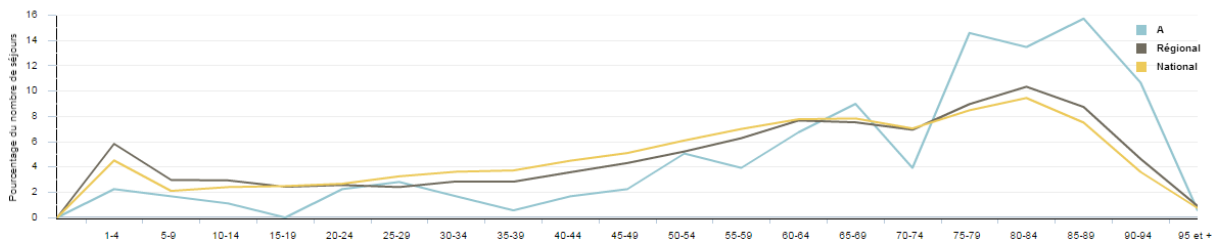
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.35. SIGNES ET SYMPTÔMES

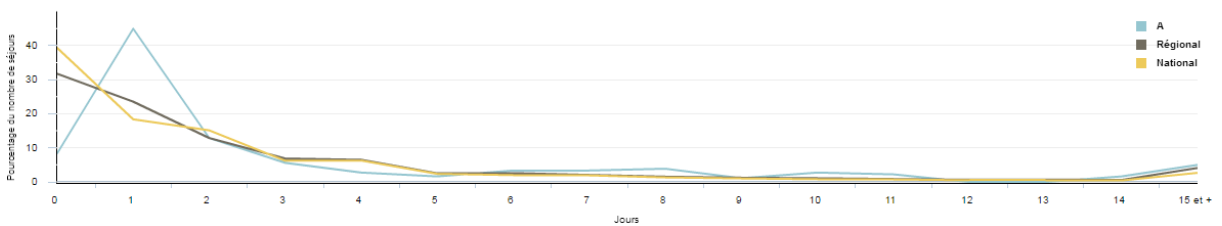


Statistique	A	R	N
Nombre de séjours	178	1%	0.05%

Statistique	A	R	N
Âge moyen	68	57	56
Âge médian	76	63	61
Taux de pers. > 69 ans	59%	40.6%	36.9%
Taux de pers. > 79 ans	40.4%	24.7%	21.3%

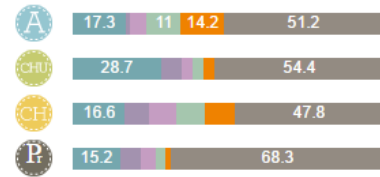


Statistique	A	R	N
Nombre de séjours	178	14 240	368 472
% du Total Activité	2.3%	1.6%	1.5%
Durée Moyenne de Séjour	3.9	3.3	2.6
Durée Médiane de Séjour	1	1	1

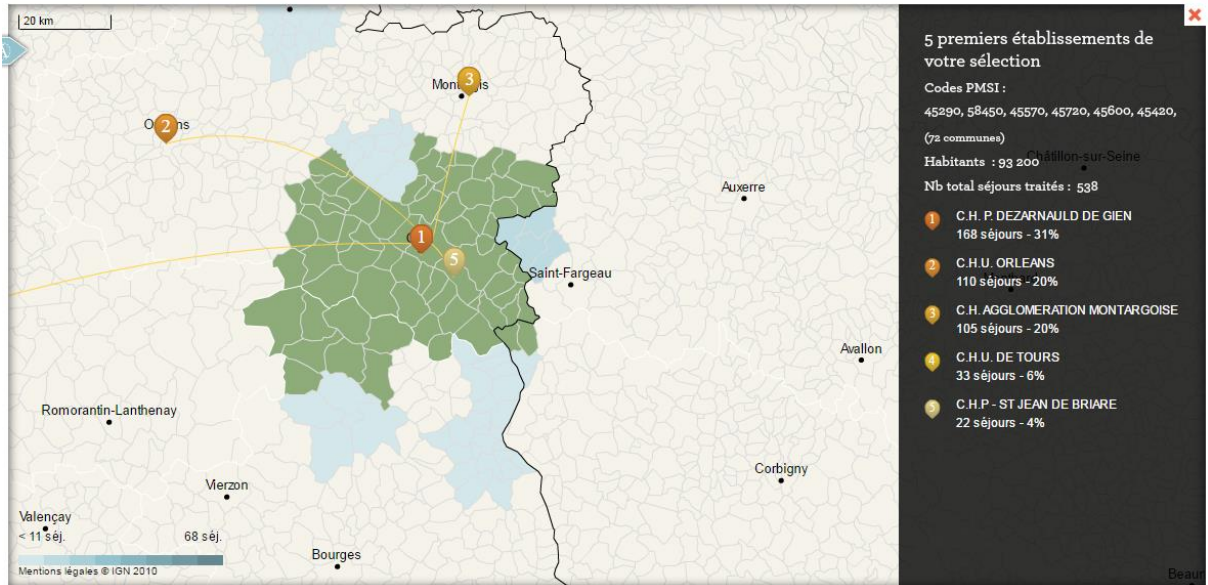


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 533 €	1 187 €	1 561 €	1 000 €
CAT2Amédian	505 €	505 €	505 €	1 394 €
Sup. Réa.	0%	0.11%	0.04%	0.1%
Sup. STF	0%	0.6%	0.37%	0.94%
Sup. SRC	0.95%	0.18%	0.11%	1.4%
Autres Sup.	0%	2.3%	0.42%	0.58%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

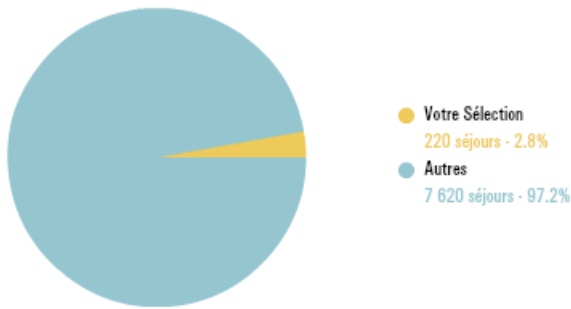


Taux de fuite = 65%

Part de marché du centre hospitalier = 31%

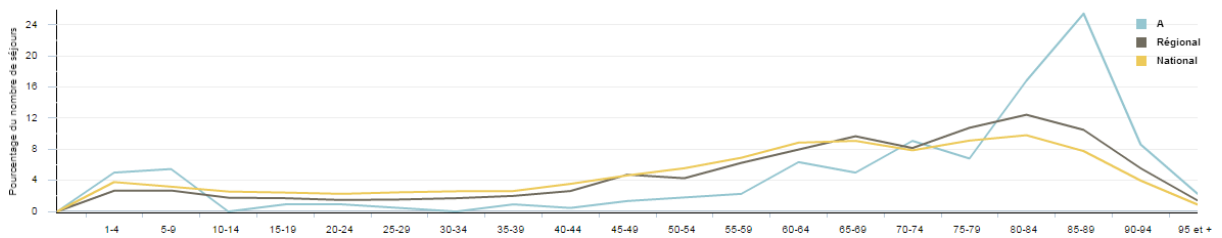
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.36. HÉMATOLOGIE



A Nombre de séjours 220 2% 0.07%

	A	R	N
Âge moyen	69	63	58
Âge médian	81	69	64
Taux de pers. > 69 ans	69.1%	48.9%	39.4%
Taux de pers. > 79 ans	53.2%	30%	22.4%

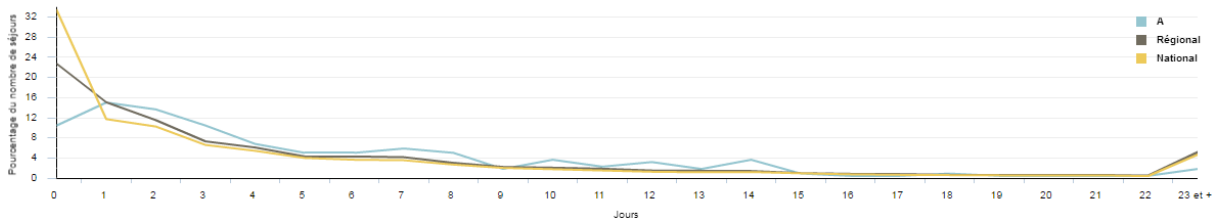


Activités (en volume)

	A	R	N
24.5	29.5	29.5	13.6
27.4	26.6	20.7	12.4
29.5	23.5	16.6	11.7

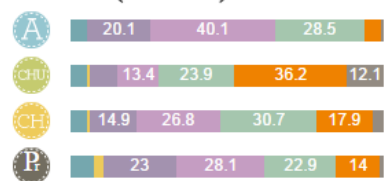
Sévérités (en %)

	A	R	N
Nombre de séjours	220	11 026	332 808
% du Total Activité	2.8%	1.2%	1.3%
Durée Moyenne de Séjour	5.7	5.9	5.2
Durée Médiane de Séjour	4	3	2



	Ⓐ	CHU	CH	⒫
CAT2Amoyen	3 088 €	4 620 €	3 457 €	1 567 €
CAT2Amédian	2 267 €	754 €	2 127 €	1 090 €
Sup. Réa.	0%	1.7%	1.2%	1.7%
Sup. STF	0%	12.7%	2.6%	1.4%
Sup. SRC	2.5%	1.1%	0.81%	6.4%
Autres Sup.	0%	0.94%	0.24%	0.25%

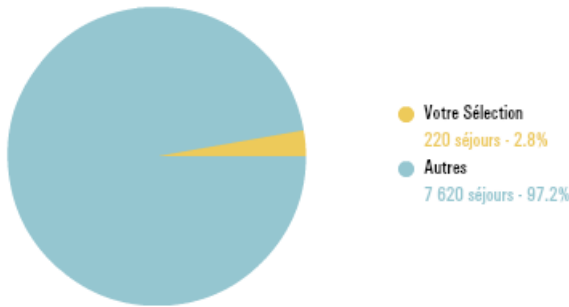
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

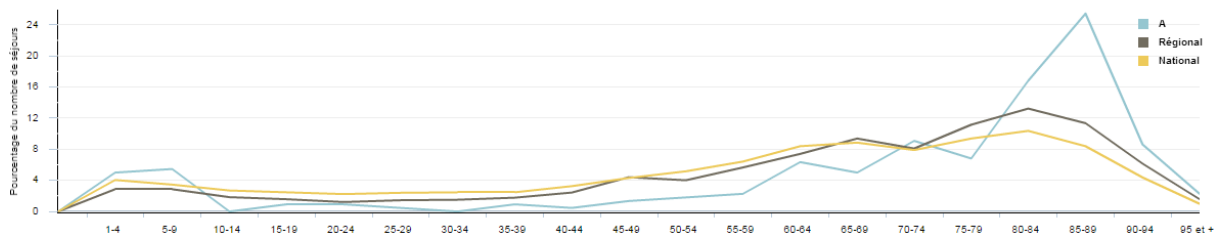


10.1.1.37. MALADIES IMMUNITAIRES, DU SANG, DES ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES, TUMEURS SID



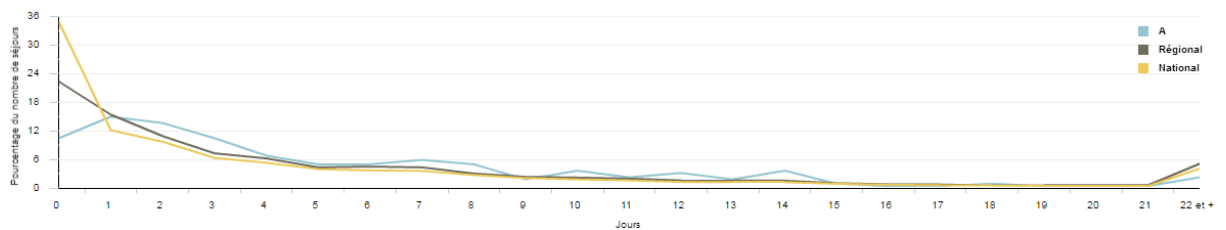
	A	R	N
Nombre de séjours	220	2%	0.07%

	A	R	N
Âge moyen	69	64	58
Âge médian	81	70	65
Taux de pers. > 69 ans	69.1%	51.6%	41.4%
Taux de pers. > 79 ans	53.2%	32.3%	24.1%



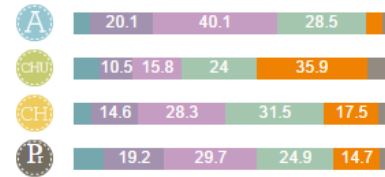
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	1	2	3	4
A	24.5	29.5	29.5	13.6
R	30.8	23.8	22.2	13
N	33.1	21	17.2	12.1

	A	R	N
Nombre de séjours	220	9 783	296 809
% du Total Activité	2.8%	1.1%	1.2%
Durée Moyenne de Séjour	5.7	5.8	4.8
Durée Médiane de Séjour	4	3	2

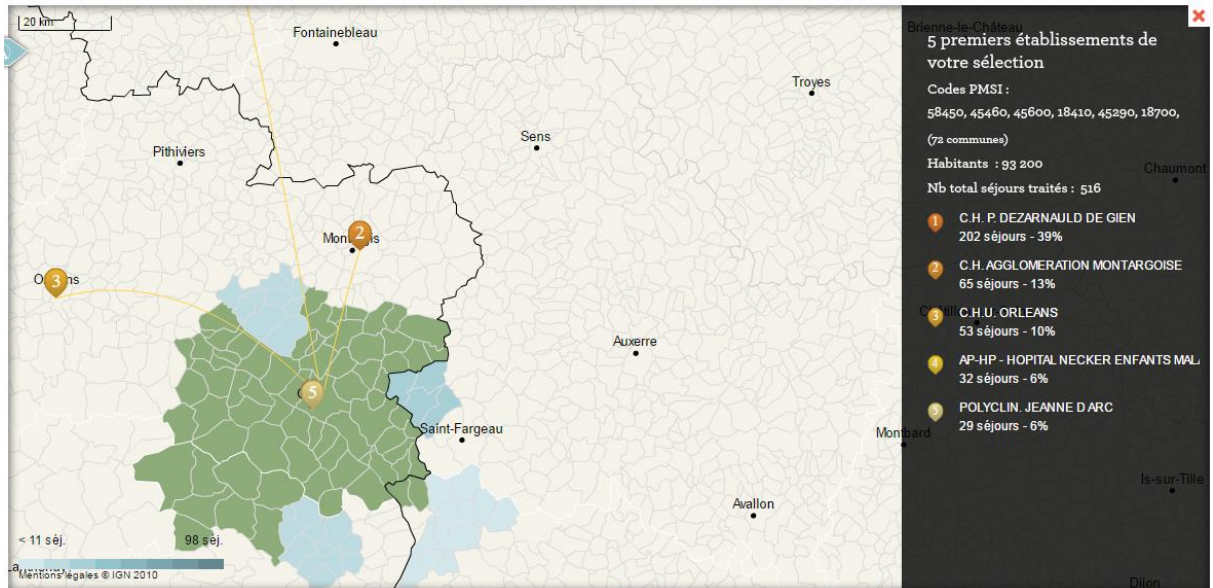


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	3 088 €	3 200 €	3 295 €	1 521 €
CAT2Amédian	2 267 €	754 €	2 127 €	1 151 €
Sup. Réa.	0%	1.6%	1.1%	1.8%
Sup. STF	0%	9.4%	2.2%	1.6%
Sup. SRC	2.5%	1.3%	0.85%	6.7%
Autres Sup.	0%	1.1%	0.26%	0.33%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

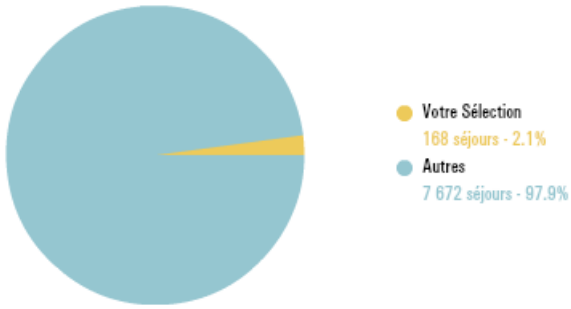


Taux de fuite = 55%

Part de marché du centre hospitalier = 39%

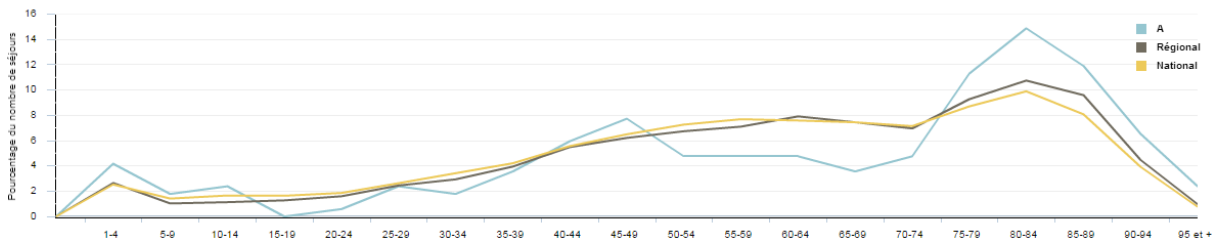
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.38. RHUMATOLOGIE



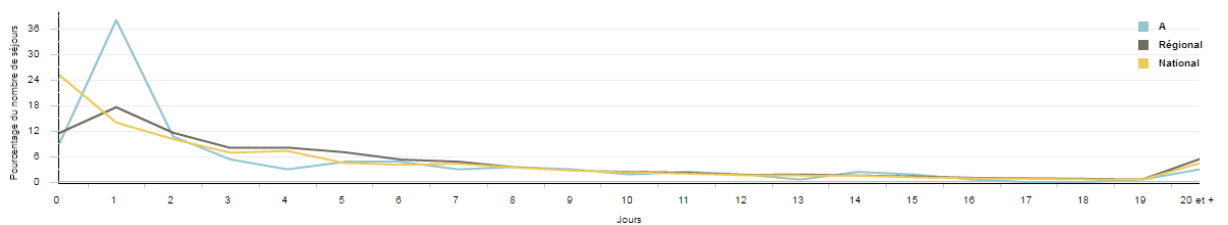
A Nombre de séjours	168	1%	0.05%
----------------------------	-----	----	-------





	A	R	N
Âge moyen	63	61	59
Âge médian	71	64	62
Taux de pers. > 69 ans	51.8%	42.1%	38.6%
Taux de pers. > 79 ans	35.7%	25.8%	22.7%



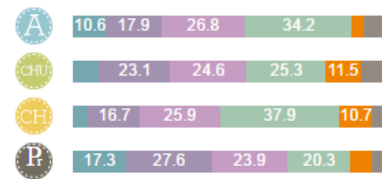
Activités (en volume)		Sévérités (en %)	
A	34.5	24.4	16.7
R	19.5	35.2	19.2
N	28.2	26.6	16.7

	A	R	N
Nombre de séjours	168	13 003	343 554
% du Total Activité	2.1%	1.5%	1.4%
Durée Moyenne de Séjour	4.3	6	5.2
Durée Médiane de Séjour	2	4	3

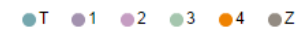


				
CAT2Amoyen	1 976 €	2 135 €	2 800 €	927 €
CAT2Amédian	1 527 €	1 527 €	2 069 €	718 €
Sup. Réa.	0%	0.89%	0.51%	0.46%
Sup. STF	0%	0.55%	0.17%	0.26%
Sup. SRC	1.9%	0.27%	0.24%	1.5%
Autres Sup.	0%	1.4%	0.3%	0.38%

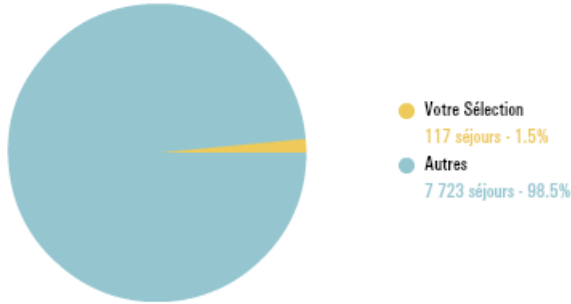
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

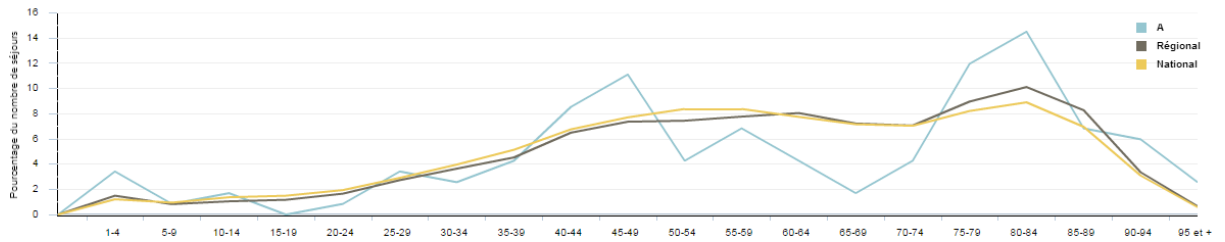


10.1.1.39. MALADIES OSSEUSES ET ARTHROPATHIES



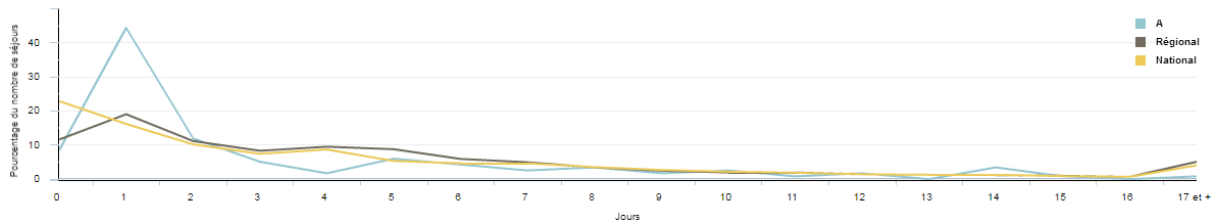
	A	R	N
Nombre de séjours	117	2%	0.06%

	A	R	N
Âge moyen	61	60	58
Âge médian	61	62	59
Taux de pers. > 69 ans	46.2%	38.5%	34.8%
Taux de pers. > 79 ans	29.9%	22.4%	19.5%



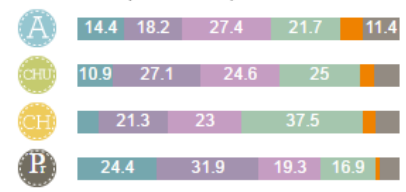
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	1	2	3
A	38.5	23.1	14.5	14.5
R	23	34.6	16.8	10.2
N	33.5	27.8	15	13.8

	A	R	N
Nombre de séjours	117	7 449	182 844
% du Total Activité	1.5%	0.83%	0.72%
Durée Moyenne de Séjour	3.4	5.1	4.5
Durée Médiane de Séjour	1	3	3

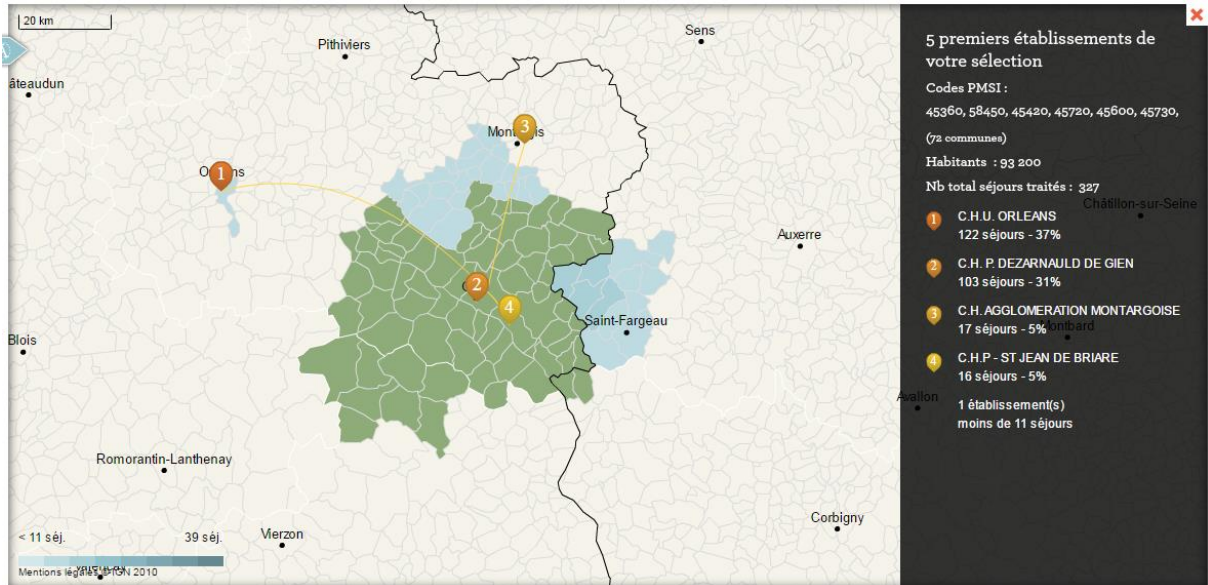


	Ⓐ	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 625 €	1 955 €	2 297 €	757 €
CAT2Amédian	633 €	1 621 €	1 897 €	464 €
Sup. Réa.	0%	0.22%	0.13%	0%
Sup. STF	0%	0.24%	0.11%	0.18%
Sup. SRC	1.4%	0.07%	0.08%	0.52%
Autres Sup.	0%	0.26%	0.13%	0.26%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

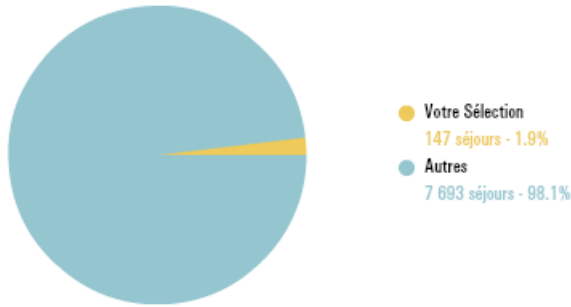


Taux de fuite = 64%

Part de marché du centre hospitalier = 31%

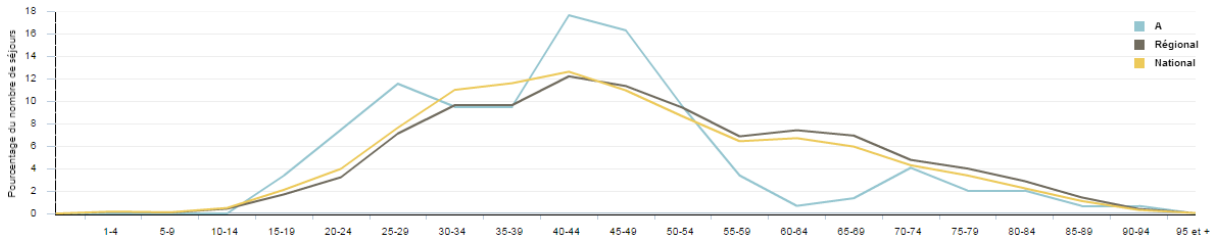
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.40. GYNÉCOLOGIE, SEIN



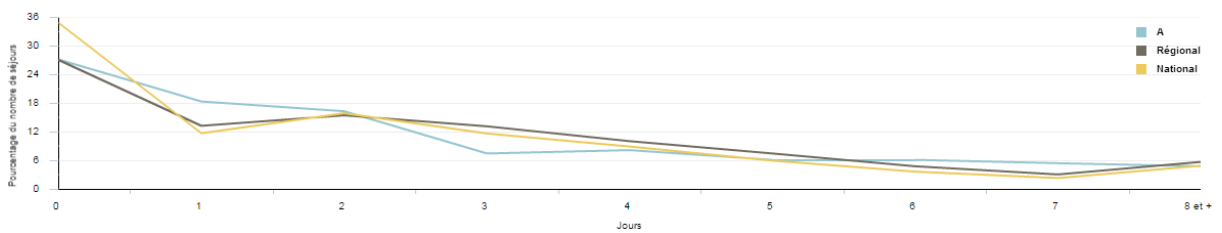
	A	R	N
Nombre de séjours	147	0.87%	0.03%

	A	R	N
Âge moyen	43	49	47
Âge médian	42	47	45
Taux de pers. > 69 ans	9.5%	13.6%	11.4%
Taux de pers. > 79 ans	3.4%	4.8%	3.7%



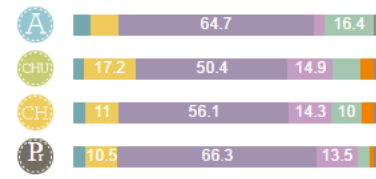
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	J	1	2
A	15.6	17	60.5	
R	21.1		60.3	
N	26		53.5	

	A	R	N
Nombre de séjours	147	16 940	543 461
% du Total Activité	1.9%	1.9%	2.1%
Durée Moyenne de Séjour	2.8	2.9	2.5
Durée Médiane de Séjour	2	2	2

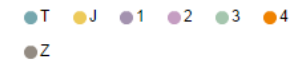


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 764 €	2 235 €	2 293 €	1 169 €
CAT2Amédian	1 325 €	1 341 €	2 196 €	1 167 €
Sup. Réa.	0%	0.47%	0.38%	0.13%
Sup. STF	0%	0.19%	0.1%	0.11%
Sup. SRC	0.25%	0.27%	0.18%	0.63%
Autres Sup.	0%	0.11%	0.04%	0%

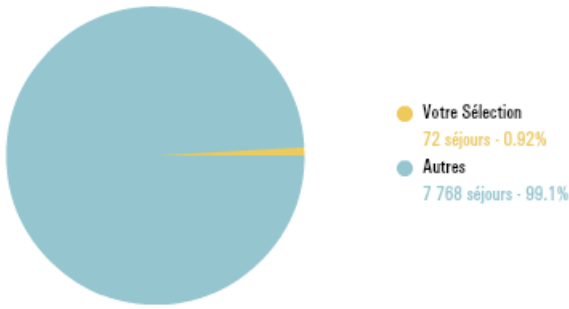
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

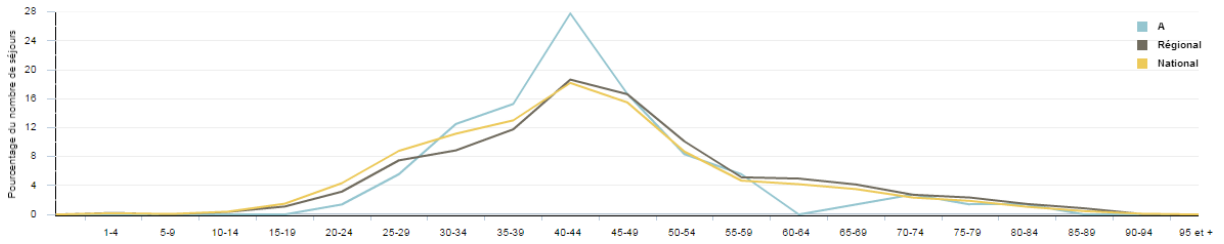


10.1.1.41. CHIRURGIES UTÉRUS/ANNEXES



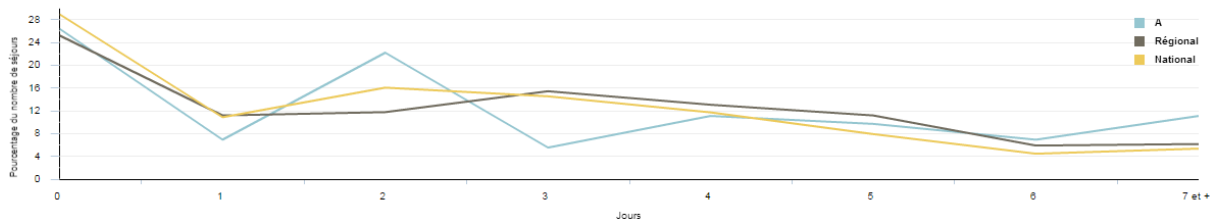
	A	R	N
Nombre de séjours	72	1%	0.04%

	A	R	N
Âge moyen	43	46	44
Âge médian	43	44	42
Taux de pers. > 69 ans	5.6%	7.4%	5.9%
Taux de pers. > 79 ans	1.4%	2.4%	1.6%



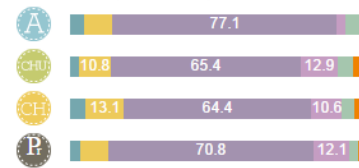
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	J	1	2
A	19.4	69.4		
R	21.6	62.8		
N	23.8	60.4		

	A	R	N
Nombre de séjours	72	5 191	168 487
% du Total Activité	0.92%	0.58%	0.67%
Durée Moyenne de Séjour	2.8	2.8	2.5
Durée Médiane de Séjour	2	3	2

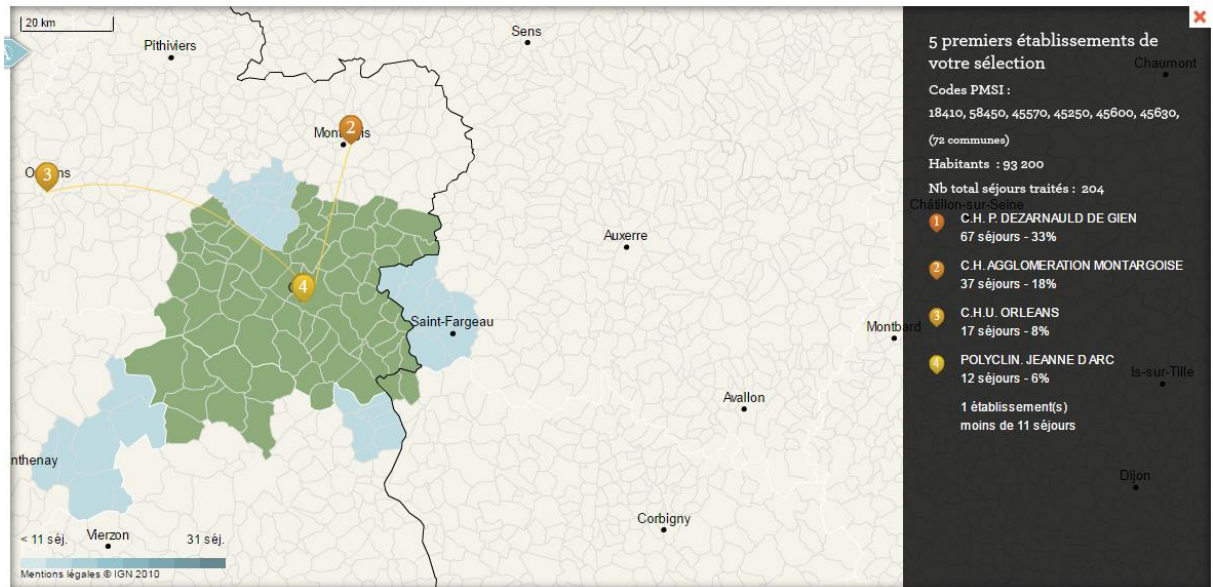


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 915 €	2 320 €	2 148 €	1 232 €
CAT2Amédian	1 444 €	2 286 €	2 286 €	1 167 €
Sup. Réa.	0%	0.4%	0.27%	0.08%
Sup. STF	0%	0.1%	0.09%	0.1%
Sup. SRC	0.47%	0.16%	0.12%	0.24%
Autres Sup.	0%	0.07%	0.02%	0%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

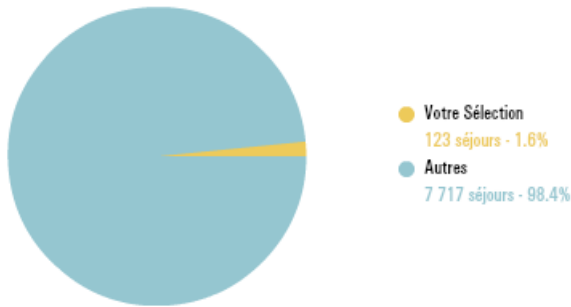


Taux de fuite = 61%

Part de marché du centre hospitalier = 33%

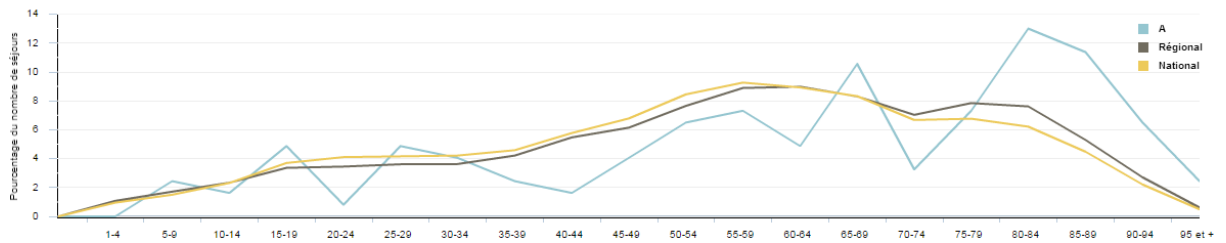
Nombre de séjours potentiellement

10.1.1.42. ORTHOPÉDIE-TRAUMATOLOGIE



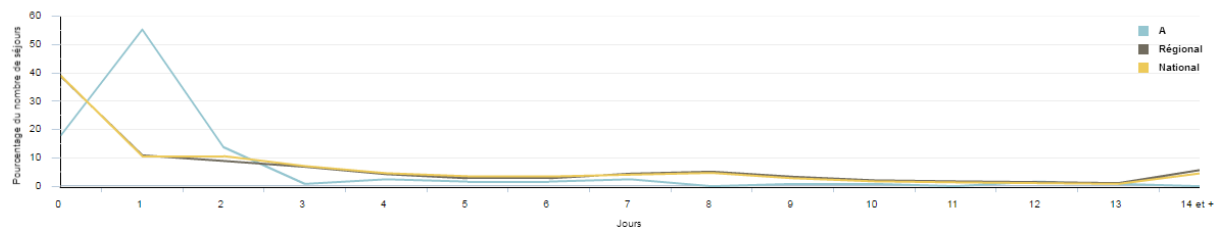
Statistique	A	R	N
Nombre de séjours	123	0.21%	0.01%

Statistique	A	R	N
Âge moyen	62	56	54
Âge médian	66	59	56
Taux de pers. > 69 ans	43.9%	31.1%	26.9%
Taux de pers. > 79 ans	33.3%	16.2%	13.4%



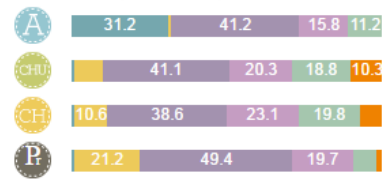
Activités (en volume)	Sévérités (en %)			
	T	J	1	2
A	53.7	37.4		
R	37.5	42.1	11.3	
N	37.6	43.8	10.6	

Statistique	A	R	N
Nombre de séjours	123	58 910	1 659 501
% du Total Activité	1.6%	6.6%	6.6%
Durée Moyenne de Séjour	1.8	3.9	3.6
Durée Médiane de Séjour	1	2	2



	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	1 099 €	3 437 €	3 139 €	1 389 €
CAT2Amédian	660 €	2 158 €	1 894 €	896 €
Sup. Réa.	0%	1.1%	0.71%	0.15%
Sup. STF	0%	0.44%	0.17%	0.09%
Sup. SRC	1.7%	0.48%	0.28%	0.41%
Autres Sup.	0%	0.39%	0.13%	0.07%

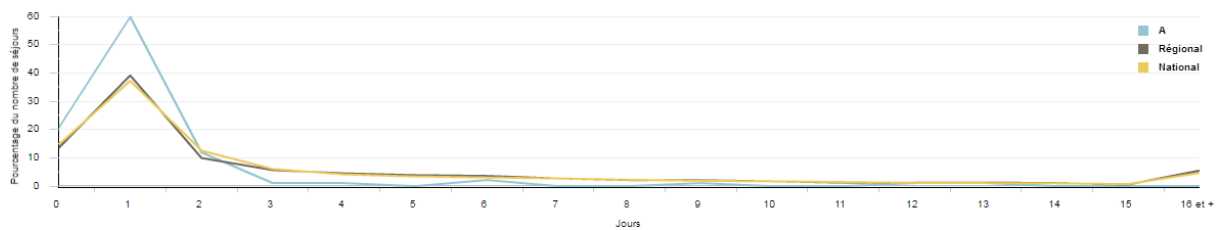
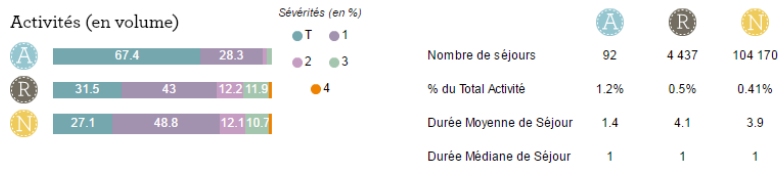
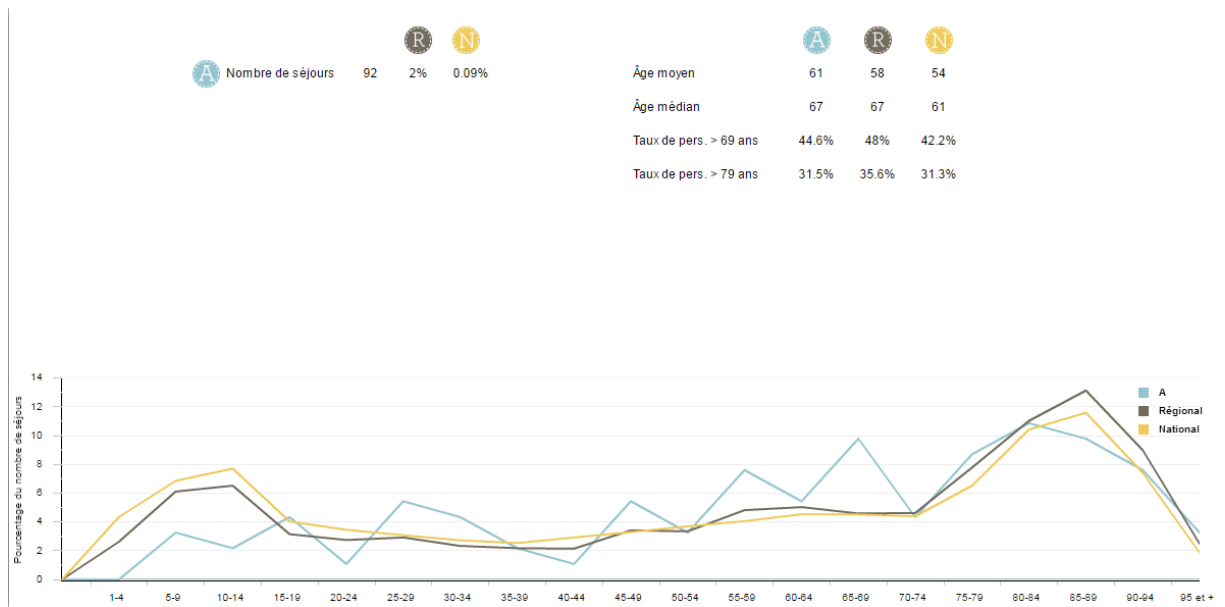
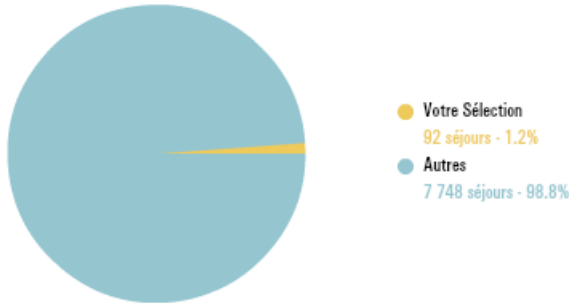
Activités (en valeur)



Sévérités (en %)

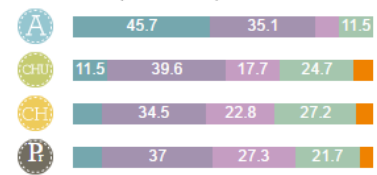


10.1.1.43. TRAUMATISMES DU BASSIN ET DES MEMBRES

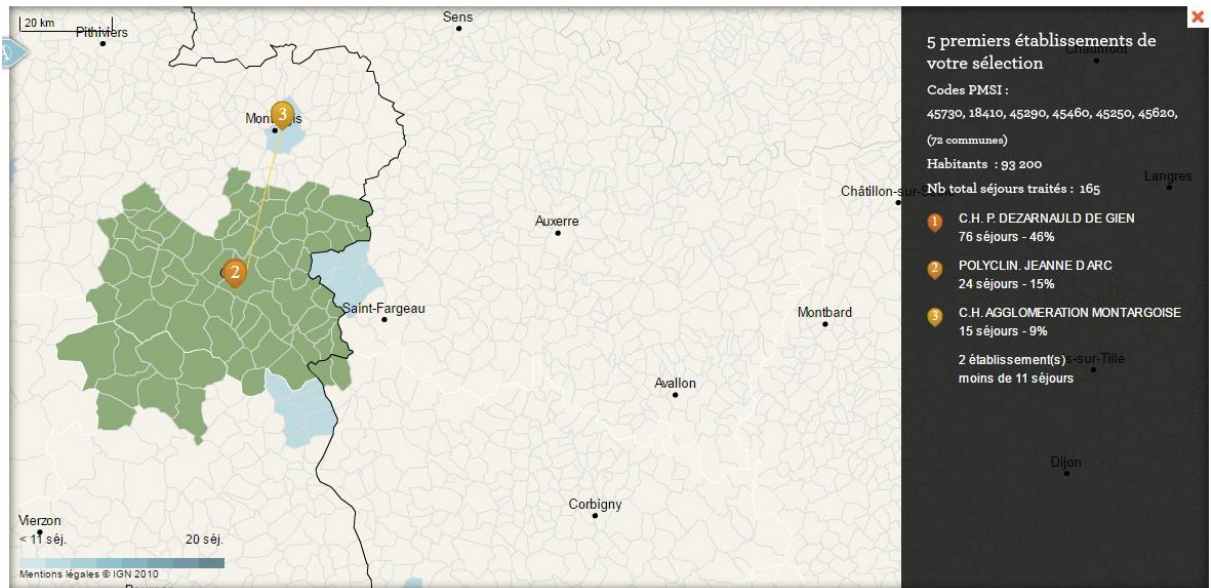


	A	CHU	CH	P
CAT2Amoyen	936 €	1 628 €	1 792 €	916 €
CAT2Amédian	641 €	1 037 €	1 037 €	475 €
Sup. Réa.	0%	0.95%	0.49%	0.57%
Sup. STF	0%	0.7%	0.16%	0.25%
Sup. SRC	2.3%	0.55%	0.24%	1.3%
Autres Sup.	0%	0.29%	0.15%	0.5%

Activités (en valeur)



Sévérités (en %)



Taux de fuite = 39%

Part de marché du centre hospitalier = 46%

Nombre de séjours potentiellement

10.2. TABLEAU DE SYNTHÈSE DES PARTS DE MARCHÉ, DE L'ATTRACTIVITÉ ET DES FUITES

Pôle d'activité	Séjours totaux produits	Séjours sur bassin	PDM sur le bassin	Taux de recrutement hors bassin	Taux de concurrence sur le bassin	Taux de fuite sur le bassin			Destination								
						%	séjours	Séjours potentiellement récupérables	Polyclinique Jeanne d'Arc	CHU Orléans	CH Montargis	Autre établissement			Autre établissement	Autre établissement	
Digestif	1 073	885	19%	18%	52%	29%	1 351	135	52%	5%	5%	Polyclinique Longues Allées (Saint-Jean-De-Braye)	5%				
Hépto-Gastro-Entérologie	1 072	885	52%	17%	17%	31%	528	53	17%	8%	9%	CH Jacques Cœur (Bourges)	2%				
<i>Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif</i>	266	226	56%	15%	19%	25%	101	10	19%	5%	8%						
<i>Symptômes digestifs</i>	363	300	72%	17%	0%	28%	117	12		7%	11%						
Orthopédie-Traumatologie	123	105	2%	15%	34%	64%	3 360	336	34%	4%		Polyclinique Longues Allées (Saint-Jean-De-Braye)	25%	Clinique de Montargis	7%	Clinique L'Archette (Olivet)	4%
<i>Traumatismes du bassin et des membres</i>	92	76	46%	17%	15%	39%	64	6	15%		9%						
Rhumatologie	168	149	25%	11%	11%	64%	381	38	7%	36%	6%	CHP Saint Jean (Briare)	4%				
<i>Maladies osseuses et arthropathies</i>	117	103	31%	12%	5%	64%	213	21		37%	5%	CHP Saint Jean (Briare)	5%				
Système nerveux	516	445	36%	14%	0%	64%	791	79		22%	7%	CH Jacques Cœur (Bourges)	5%	CHU Tours	4%		
Neurologie médicale	409	355	40%	13%	5%	55%	488	49		20%	9%	CH Jacques Cœur (Bourges)	6%	CHP Saint Jean (Briare)	5%		
AVC	150	131	47%	13%	0%	53%	148	15		24%	8%	CH Jacques Cœur (Bourges)	10%				
<i>Autres affections du système nerveux</i>	85	76	48%	11%	17%	35%	55	6			8%	CHP Saint Jean (Briare)	17%				
Cardio-vasculaire	706	635	31%	10%	6%	63%	1 290	129	6%	14%	12%	Clinique L'Archette (Olivet)	7%				
<i>Affections cardio-vasculaires</i>	706	635	47%	10%	3%	50%	676	68		13%	15%	CH Jacques Cœur (Bourges)	5%	CHP Saint Jean (Briare)	3%		
<i>Cardiopathies, valvulopathies</i>	215	197	50%	8%	0%	50%	197	20		13%	16%	CH Jacques Cœur (Bourges)	6%	Clinique de la Reine Blanche (Orléans)	3%		
<i>Coronaropathies</i>	138	125	53%	9%	0%	47%	111	11		19%	10%	CH Jacques Cœur (Bourges)	8%				
<i>Cardiologie autres</i>	184	161	46%	13%	8%	46%	161	16	4%	8%	18%	CHP Saint Jean (Briare)	4%				
Pneumologie	820	706	52%	14%	6%	42%	570	57	6%	9%	11%	Polyclinique Longues Allées (Saint-Jean-De-Braye)	4%				
Pneumologie	820	706	59%	14%	4%	37%	443	44		9%	12%	CH Jacques Cœur (Bourges)	4%	CHP Saint Jean (Briare)	4%		
<i>Bronchites, bronchiolites et asthme</i>	326	275	80%	16%	0%	20%	69	7		4%	5%						
<i>Embolies pulmonaires et détresses respiratoires</i>	139	121	58%	13%	6%	36%	75	8		9%	16%	CH Jacques Cœur (Bourges)	6%	CHP Saint Jean (Briare)	6%		
<i>Infections respiratoires</i>	268	244	59%	9%	5%	36%	149	15		10%	12%	CHP Saint Jean (Briare)	5%	CH Jacques Cœur (Bourges)	3%		

Tableau de synthèse des parts de marché, de l'attractivité et des fuites (suite)

Pôle d'activité	Séjours totaux produits	Séjours sur bassin	PDM sur le bassin	Taux de recrutement hors bassin	Taux de concurrence sur le bassin	Taux de fuite sur le bassin			Destination							
						%	séjours	Séjours potentiellement récupérables	Polyclinique Jeanne d'Arc	CHU Orléans	CH Montargis	Autre établissement	Autre établissement	Autre établissement		
ORL, Stomatologie	240	204	15%	15%	36%	49%	666	67	36%		7%	Clinique de Montargis	7%	Clinique du Nohain (Cosne sur Loire)	6%	
<i>Infections ORL</i>	141	111	85%	21%	0%	15%	20	2								
Gynécologie, sein	147	132	20%	10%	6%	74%	488	49	6%	18%	13%	Clinique L'Archette (Olivet)	10%			
<i>Chirurgies utérus/annexes</i>	72	67	33%	7%	6%	61%	124	12	6%	8%	18%					
Obstétrique	1 115	988	72%	11%	0%	28%	384	38		6%	11%	Polyclinique Longues Allées (Saint-Jean-De-Braye)	3%	Clinique du Nohain (Cosne sur Loire)	2%	
<i>Accouchements par voie basse</i>	679	605	76%	11%	0%	24%	191	19		5%	9%	Clinique du Nohain (Cosne sur Loire)	2%	Polyclinique Longues Allées (Saint-Jean-De-Braye)	2%	
<i>Césariennes</i>	155	131	62%	15%	0%	38%	80	8		7%	13%	Polyclinique Longues Allées (Saint-Jean-De-Braye)	9%			
<i>Obstétrique autre</i>	281	252	70%	10%	0%	30%	108	11		6%	15%					
<i>Affections de ante partum</i>	199	180	71%	10%	0%	29%	74	7		6%	13%					
Nouveau-nés et période périnatale	885	748	71%	15%	0%	29%	306	31		7%	10%	Polyclinique Longues Allées (Saint-Jean-De-Braye)	4%	Clinique du Nohain (Cosne sur Loire)	3%	
Uro-néphrologie et génital	397	329	24%	17%	8%	68%	932	93	8%	11%	11%	Clinique L'Archette (Olivet)	15%			
<i>Infections reins et voies urinaires, lithiases</i>	232	185	66%	20%	0%	34%	95	10		7%	9%	CH Jacques Cœur (Bourges)	4%			
Hématologie	220	202	35%	8%	9%	56%	323	32	9%	10%	12%	CLCC Gustave Roussy	6%			
<i>Maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques, Tumeurs SID</i>	220	202	39%	8%	6%	55%	285	28	6%	10%	13%	AP HP - Hôpital Necker	6%			
Endocrinologie	247	217	36%	12%	12%	52%	313	31	6%	15%	10%	HL Sully sur Loire	6%			
<i>Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité</i>	141	121	46%	14%	13%	41%	108	11		5%	8%	HL Sully sur Loire	13%	CHP Saint Jean (Briare)	6%	
Toxicologie, Intoxications, Alcool	306	263	66%	14%	7%	27%	108	11	3%	6%	10%	HL Sully sur Loire	4%			
<i>Toxicomanies et alcoolisme</i>	188	165	75%	12%	6%	19%	42	4			8%	HL Sully sur Loire	6%			
Activités inter-spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	228	207	17%	9%	11%	72%	877	88	11%	17%	19%	Polyclinique Longues Allées (Saint-Jean-De-Braye)	6%			
<i>Médecine inter-spécialités, Autres symptômes ou motifs médicaux</i>	202	192	32%	5%	4%	64%	384	38		19%	18%	CHU Tours	6%	CHP Saint Jean (Briare)	4%	
<i>Signes et symptômes</i>	178	168	31%	6%	4%	65%	352	35		20%	20%	CHU Tours	6%	CHP Saint Jean (Briare)	4%	

La Polyclinique Longues Allées et la Clinique Reine Blanche appartiennent au Pôle de Santé Oréliance depuis août 2013.

10.3. COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

Le chef de projet est indiqué en gras.

Groupes de travail du 23/07/2015

Pôle Urgences :

- Dr GILAVERT (Chef de pôle)
- Mme WILLIOT (Cadre de santé de pôle)
- Mme MARLIN (Cadre administratif de pôle)

Groupe « Education thérapeutique du patient (ETP) » :

- Mme FOURCADE (Coordinatrice générale des soins)
- Dr LEFEVRE (Pdt. CME)
- Dr BEN ABDELKARIM
- Dr AUDIBERT

Dans le groupe de travail mais absents le 23/07/2015

Groupe « HAD » :

- Dr LEFEVRE (Pdt. CME)
- Mme FOURCADE (Coordinatrice générale des soins)
- Dr GILAVERT (Chef de pôle)

Pôle Médecine :

- Dr GARRET (Chef de pôle)
- Mme MARLIN (Cadre administratif de pôle)
- Mme RIDET (Cadre de santé)

Groupe « Tenue du dossier patient » :

- M. BENAÏOUN (Directeur du système d'information)
- Mme FOURCADE (Coordinatrice générale des Soins)
- Dr LEFEVRE (PCME)
- Dr LAURELLI (Chef de service pharmacie)
- M. MORINO (Technicien informatique)
- Mme BOUQUELLOEN (RSMQ)

Groupes de travail du 20/08/2015

Groupe « Partenariats » :

- Mme DUNYACH (Directrice)
- M. PRAX (Responsable organisation)

Pôle d'activité médicale de support « circuit du médicament » :

- Dr LAURELLI (Chef de pôle)
- Mme DELEPINE (Cadre de santé)
- Mme BOUQUELLOEN (RSMQ)

Pôle Femmes-Enfants :

- Dr ELLEUCH (Chef de pôle) → chef de projet sur le volet « gynécologie-obstétrique »
- Dr MBAMBA → chef de projet sur le volet « pédiatrie »
- Dr HALLAK (référent d'unité gynécologie-obstétrique)
- Mme DE VOS (Cadre de santé de pôle)
- Mme BARTHE (Cadre de santé)

Groupe « Hôpital de jour » :

- Dr BEN ABDELKARIM (Médecin)
- Dr AUDIBERT (Médecin)
- Mme MARLIN (Cadre administratif de pôle)
- Mme RIDET (Cadre de santé)
- Dr ADRIANASOLO (Médecin)
- Mme SANTIAGO (Cadre supérieur de santé)

Groupe « Mise en place d'une filière gériatrique complète » :

- Dr ADRIANASOLO (Médecin)
- Dr GILAVERT (Médecin)
- Dr AUDIBERT (Médecin)
- Mme SANTIAGO (Cadre supérieur de santé /Cadre de santé de pôle gériatrie)
- Mme RIDET (Cadre de santé)

Pôle Gériatrie :

- Dr AUDIBERT (Médecin)
- Mme SANTIAGO (Cadre de santé de pôle gériatrie)
- Dr ADRIANASOLO (Médecin)
- M. PRAX (Cadre administratif de pôle)

10.4. FICHES ACTIONS

Les fiches actions sont présentées, classées et déclinées par axe puis par pôle

10.4.1. FICHES ACTIONS RELATIVES À L'AXE « ASSURER UNE PRISE EN CHARGE SÉCURISÉE ET DE QUALITÉ »

PROJET DE PÔLE D'ACTIVITÉ MÉDICALE DE SUPPORT « CIRCUIT DU MÉDICAMENT » :

- OS1 – OO1 : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament
- OS2 – OO1 : Organiser et structurer la conciliation médicamenteuse

PROJET DE PÔLE URGENCES :

- OS1 – OO1 : Maintenir l'effectif médical actuel au niveau de compétence actuel et l'adapter en fonction de l'activité.
- OS1 – OO2 : Maintenir un temps d'attente avant prise en charge adapté aux pathologies.
- OS1 – OO3-4 : Fluidifier le passage aux urgences en amont et en aval du pôle.
- OS1 – OO5 : Intégrer la gestion des risques dans le management du pôle.

PROJET TRANSVERSAL EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) :

- OS1 – OO1 : Identifier les programmes d'ETP du territoire et diffuser l'information aux médecins du centre hospitalier.
- OS1 – OO3 : Développer un programme d'ETP local à partir de l'identification de file active (AVC, diabétologie, personnes âgées).

PROJET TRANSVERSAL PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE :

- OS1 – OO1 : Améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours.
- OS1 – OO2 : Garantir la prise en charge de la douleur lorsque le patient est hospitalisé à domicile.
- OS1 – OO3 : Aider les patients qui rencontrent des difficultés de communication à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement.

FICHE ACTION

10.4.1.1. PROJET PÔLE D'ACTIVITÉ MÉDICALE DE SUPPORT « CIRCUIT DU MÉDICAMENT »

O.S.1. : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament

O.O.1. : Développer la dispensation nominative

- **Projet en Référence** : Développer la dispensation nominative

- Contexte Enjeux Objectifs :

- Pourquoi ?

Répondre aux obligations du :

- Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM)
- Arrêté du 06 avril 2011
- Recommandations de l'HAS (manuel de certification V2010)
- Rappel de l'objectif opérationnel concerné : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament.

- Description précise de l'action :

- Quoi ? Développer la dispensation nominative en se dotant des moyens nécessaires pour réaliser la préparation des doses à administrer au sein de la PUI.
- Que fait-on ? Analyse prospective des besoins en ressources matérielles et humaines associée à une étude médico-économique.

- Responsables coordinateurs de l'action : Madame Dunyach et Dr Laurelli

- Partenaires :

- Dr Lefevre (Pdt. CME)
- Monsieur Benaïoun (Directeur du Système d'information)
- Madame Fourcade (coordonnatrice générale des soins)
- Madame Soulard-Boissard (Responsable du département finances)
- Madame Azor (Responsable du département ressources humaines)
- Madame Bouquelloen (RSMQ)
- Les prescripteurs
- Les cadres de santé.

- Description des étapes :

- Sous action 1 (responsables : Dr Lefèvre (PCME) ; Monsieur Benaïoun (DSI)) : Utilisation du circuit informatisé du médicament avec le logiciel actuel (cf. « Tenue du dossier patient » projet d'établissement). Formation, communication en directoire et CME.
 - Sous action 2 (responsables : Dr Laurelli, Madame Soulard-Boissard) : Réflexion sur l'organisation à adopter à la fois à la PUI et dans les services de soin :
 - ✓ Etude médico-économique → choix de la méthodologie (automatisation de la chaîne de dispensation et/ou adaptation des locaux et des moyens)
 - ✓ Etude d'extension aux autres établissements du territoire (partenariats)
 - ✓ Sous action 3 (responsable : Madame Dunyach) : Décision de la solution retenue
 - ✓ Sous action 4 (responsables : Dr Laurelli et Madame Delépine) : Réorganisation de la pharmacie en fonction de la solution retenue
 - ✓ Sous action 5 (responsables : Dr Lefèvre et Madame Fourcade) : Réorganisation au sein des services de soins en fonction de la solution retenue
 - ✓ Sous action 6 (responsables : Dr Laurelli, Dr Lefèvre, Madame Fourcade) : Définition d'un calendrier et d'une méthodologie de déploiement (par secteur sanitaire : SSR ; MCO)
 - ✓ Sous action 7 (responsables : Dr Laurelli, Dr Lefèvre, Madame Fourcade, Monsieur Benaïoun) : Déploiement de la solution retenue
 - ✓ Sous action 8 (responsable : RSMQ) : Evaluation
- Moyens :
 - ✓ Dépenses :
 - 1. Investissement : Acquisition de l'automate/adaptation des locaux
 - 2. Exploitation : coût en personnel (préparateurs)
 - ✓ Fonctionnement : temps dédié nécessaire
 - ✓ Réunions du Groupe de travail (COFIL)
 - ✓ Résultat de l'étude médico-économique :
 - Choix d'augmentation en préparateurs en pharmacie : étude des dépenses RH ; Dépenses locaux
 - Choix de l'acquisition d'un automate : Dépenses locaux, visites sur sites, cahier des charges, achat de l'automate.
 - Résultats attendus
 - Taux cible du CBU en Dispensation Individuelle Nominative en MCO 15% des lits (fin 2017)
 - Extension de la dispensation nominative sur l'ensemble de l'établissement et éventuellement prestation pour d'autres sites partenaires.
 - Calendrier :
 - Sous action 1 : dernier trimestre 2015. Date de clôture de l'action : fin 2016.
 - Sous action 2 : après validation de la fiche action « développer la dispensation individuelle nominative » par le Directoire. Date de clôture de l'action : fin 2016.
 - Sous action 3 : deuxième semestre 2016. Date de clôture de l'action : 1^{er} semestre 2017.

- Sous action 4 : 1^{er} semestre 2017. Date de clôture de l'action : fin 2017.
 - Sous action 5 : dernier trimestre 2017. Date de clôture de l'action : 1^{er} trimestre 2018.
 - Sous action 6 : 2^{ème} trimestre 2018. Date de clôture de l'action : fin 3^{ème} trimestre 2018.
 - Sous action 7 : fin 2018. Date de clôture de l'action : fin 2019.
 - Sous action 8 : début 2020.
-
- **Suivi** : Réajustement en fonction du calendrier défini
-
- **Evaluation** : Nombre de lits MCO et SSR en dispensation nominative en lien avec le déploiement
-
- **Plan de communication** : Directoire, Notes de service, Réunions de cadre, CME, étapes principales au conseil de surveillance, CRUQPC

FICHE ACTION

10.4.1.2. PROJET PÔLE D'ACTIVITÉ MÉDICALE DE SUPPORT « CIRCUIT DU MÉDICAMENT »

O.S.2. : Déployer la conciliation médicamenteuse

O.O.1. : Organiser et structurer la conciliation médicamenteuse

- Projet en Référence : **à compléter**

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - ✓ Pourquoi ?
 - Répondre aux obligations du :
 - Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM)
 - Arrêté du 06 avril 2011
 - Recommandations de l'HAS (manuel de certification V2010)
 - ✓ Rappel de l'objectif opérationnel concerné : **à compléter**

- Description précise de l'action :
 - ✓ Quoi ? à compléter

 - ✓ Que fait-on ? **à compléter**

 - ✓ Responsable coordinateur de l'action : le président de la CME et pharmacien

- Partenaires :
 - ✓ Dr Lefèvre (PCME)
 - ✓ Madame Fourcade (DS)
 - ✓ RSMQ
 - ✓ COMEDIMS
 - ✓ Prescripteurs
 - ✓ Cadres de santé.

- Description des étapes :
 - ✓ A compléter

- Moyens :
 - ✓ A compléter
- Résultats attendus
 - ✓ Interface Ville/Hôpital
- Calendrier :

A compléter

- Suivi :

A compléter

- Evaluation :

A compléter

- Plan de communication : Directoire, Notes de service, Réunions de cadre, CME, étapes principales au conseil de surveillance, CRUQPC

FICHE ACTION

10.4.1.3. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.1. : Maintenir la qualité de la prise en charge et s'adapter aux besoins de la population

O.O.1. : Maintenir l'effectif médical actuel au niveau de compétence actuel et l'adapter en fonction de l'activité

- Enjeu :

Maintenir l'attractivité des postes médicaux et la compétence de l'équipe médicale

- Contexte :

o National :

- Diminution des effectifs médicaux des praticiens urgentistes
- G.V.T⁴ des praticiens urgentistes (Glissement Vieillessement Technicité)

o Départemental / Local :

- Désertification médicale
- GVT
- Stage non validant pour les PAE (Procédure d'Autorisation d'Exercice)
- Mise en application de l'Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015
- Création d'une spécialité de médecine d'urgence

- Description précise de l'action :

Offrir les conditions de travail favorisant l'attractivité des postes et le maintien des compétences médicales

- Responsable coordinateur de l'action : le Chef de pôle => Dr Gilavert

- Partenaires :

- o La Direction du centre hospitalier
- o Le service des affaires médicales
- o L'ARS Centre-Val de Loire
- o La faculté de Médecine de Tours
- o Le R.T.U5. (Réseau Territorial Urgences)

- Description des étapes :

- o Maintenir l'effectif médical par des conditions de travail adaptées :
 - ✓ Etude mensuelle de l'activité et des recettes obtenues
 - ✓ Réunion annuelle pour adapter le C.P.O.M.
 - ✓ Application de l'Instruction
 - ✓ Amélioration des outils de travail (informatisation du DPC6, renouvellement des matériels)
- o Garder une dynamique de recrutement médical :
 - ✓ Continuer à privilégier le recrutement de médecin senior
- o Favoriser la formation de l'équipe médicale

⁴ Glissement Vieillessement Technicité

⁵ Réseau Territorial Urgences

⁶ Dossier patient commun

- ✓ Rembourser les frais de formation dans le cadre du DPC
 - ✓ Organiser les plannings pour faciliter les temps de formation
 - ✓ Valider les formations en collaboration avec la commission de formation
- Favoriser la mobilité sur les autres structures
- Développer des compétences médicales nouvelles :
 - ✓ Débuter les formations à l'UNV => 2019-2020
 - ✓ Développer les formations à l'échographie aux urgences (FAST ECHO) => 2017 avec achat du matériel d'échographie.
- Maintenir le terrain de stage pour les I.M.G.⁷ :
 - ✓ Formaliser et envoyer annuellement les dossiers d'agrément
 - ✓ Favoriser la qualité de l'accueil des IMG, la formation et l'encadrement (livret d'accueil, seniorisation permanente...)
- Devenir terrain de stage en spécialité de médecine d'urgence :
 - ✓ Réaliser et envoyer les dossiers d'agrément
 - ✓ Favoriser la collaboration avec le RTU

- Moyens :

Essentiellement des dépenses d'investissement et de ressources humaines :

- ✓ Coût de formation (Cf. DPC)
 - ✓ Coût de l'application de l'Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015
 - ✓ Coût de la transformation des postes
 - ✓ Coût des internes et internes spécialistes
 - ✓ Coût de l'échographe estimé à ce jour à 30K€
 - ✓ Coût de la formation
- Documents supports de l'action :
 - ✓ Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015
 - ✓ Décret de compétence infirmier du 29 juillet 2004
 - ✓ Texte sur le statut des internes du 8 octobre 2010
- Résultats attendus :
 - ✓ Pas ou peu de recours au personnel médical intérimaire
 - ✓ Pourcentage d'au moins 80 % de médecins urgentistes titulaires
 - ✓ Équipe homogène avec un faible turn-over
 - ✓ Maintien de la qualité des conditions de travail
- Evaluation :
 - ✓ Ratio ETP médical et paramédical en fonction de l'activité
 - ✓ Ratio PH titulaire sur ETP médical total
 - ✓ Ratio Praticien titulaire de la spécialité médecine d'urgence/ Nombre d'ETP total
 - ✓ Taux de formation médicale total
 - ✓ Taux de praticiens formés à l'échographie
 - ✓ Taux de praticiens formés à l'UNV

⁷ Interne en médecine générale

- ✓ Taux de personnel paramédical formé à l'UNV
- ✓ Taux d'interne de médecine générale par semestre
- ✓ Taux d'interne spécialiste
- Plan de communication :

Rapport d'étapes sous forme de power point :

- ✓ Au bureau de pôle
- ✓ Directoire
- ✓ CME
- ✓ Direction et Direction des soins dans le rapport d'activité annuel

FICHE ACTION

10.4.1.4. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.1. : Maintenir la qualité de la prise en charge et s'adapter aux besoins de la population

O.O.2. : *Maintenir un temps d'attente avant prise en charge adapte aux pathologies*

- **Enjeu :**

- Conserver la qualité de la prise en charge des pathologies
- Satisfaire aux délais de prise en charge médicale en corrélation avec la priorisation

- **Contexte :**

- National et local :
 - ✓ Augmentation du nombre de passages dans les services d'urgences
 - ✓ Désertification médicale plus prégnante sur la région.

- **Description précise de l'action :**

Maintenir la qualité de la prise en charge au sein du secteur urgences en assurant un temps d'attente avant prise en charge conforme à la gravité des pathologies

- **Responsable coordinateur de l'action :** le Chef de pôle => Dr Gilavert

- **Partenaires :**

- La Direction du centre hospitalier
- La Direction des soins
- Les médecins de ville
- SAMU
- Les services techniques

- **Description des étapes :**

- Adaptation des locaux à l'activité dès 2016
 - ✓ Agrandissement du box IOA
 - ✓ Création d'un local de consultation de filière courte
- Adaptation du nombre de personnels en fonction de l'activité et des pics d'activité
 - ✓ Adaptation du nombre des personnels paramédicaux en fonction de l'activité
 - ✓ Adaptation du nombre de personnels médicaux en fonction de l'activité
- Mise en place de protocoles de pratiques avancées ou protocoles de coopération
 - ✓ Etude sur l'existant au niveau national
 - ✓ Etude sur les protocoles à formaliser
 - ✓ Formation de l'équipe aux pratiques avancées
- Formation IOA

- ✓ Former chaque nouvel arrivant IDE à la fonction IOA
- ✓ Maintenir les connaissances de l'équipe en reformant tous les 5 ans l'équipe en entier

- Moyens :
 - Coût des travaux = 17650 euros (2016)
 - Coût de la formation paramédicale
 - Temps de la formalisation des protocoles et des procédures de pratiques avancées

- Documents supports de l'action :
 - ✓ Décret de compétence infirmier du 29 juillet 2004
 - ✓ **Les Pratiques Infirmières Avancées**: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés (2010), Delamaire M.L et Lafortune G., éditions OCDE
 - ✓ Code de la santé publique art L4301-1 « exercice de pratique avancée »
 - ✓ Décret de 2006 sur la fonction IOA.

- Résultats attendus :
 - ✓ Temps d'attente adapté à la gravité de la pathologie

- Evaluation :
 - ✓ Pourcentage de réalisation des travaux
 - ✓ Etude sur les pratiques avancées = Oui/Non
 - ✓ Pourcentage de formalisation des procédures de pratiques avancées
 - ✓ Fonction IAO=> Taux de professionnels formés à la fonction IOA
 - ✓ RPU = Oui/Non
 - ✓ Temps d'attente en fonction de la priorisation
 - ✓ Temps d'attente / pathologies / pratiques avancées

- Mesures correctives

En cas de non optimisation du temps d'attente lié à la mise en place des pratiques avancées = retour à la prise en charge classique.

- Plan de communication :

Rapport d'étapes sous forme de power point :

- Au bureau de pôle
- Au Directoire
- A la CME
- A la Direction et à la Direction des soins dans le rapport d'activité annuel.

FICHE ACTION

10.4.1.5. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.1. : Maintenir la qualité de la prise en charge et s'adapter aux besoins de la population

O.O.3. ET O.O.4. : Fluidifier le passage aux urgences en amont et en aval.

- Enjeu :

Privilégier l'accès au plateau des urgences pour les pathologies le nécessitant et faciliter l'orientation des patients afin d'optimiser leur prise en charge

- Contexte :

- ✓ Augmentation du nombre de passages dans les services d'urgences
- ✓ Vieillessement de la population
- ✓ Désertification médicale
- ✓ Consultations des patients ne nécessitant pas un plateau des urgences
- ✓ Difficultés à orienter les patients dans les suites des urgences en aval et en amont des urgences.

- Description précise de l'action :

Poursuivre l'amélioration de l'accès au service des urgences en optimisant le flux en amont et en aval du pôle.

- Responsable coordinateur de l'action : le Chef de pôle => Dr Gilavert

- Partenaires :

- ✓ Les médecins de villes
- ✓ Les médecins du centre hospitalier
- ✓ Les réseaux d'aide à domicile
- ✓ EHPAD
- ✓ Maison de santé
- ✓ Pompiers
- ✓ Gendarmes

- Description des étapes :

- Optimiser l'aval des urgences

- ✓ Participer à la commission des admissions non programmées à l'Hôpital et à la clinique
- ✓ Poursuivre le groupe de travail engagé sur la procédure hôpital sous tension
- ✓ Participer aux réunions RTU
- ✓ Formaliser ou mettre à jour les conventions de partenariat avec les structures externes

- Optimiser l'amont des urgences

- ✓ Participer aux réunions MAIA
 - ✓ Poursuivre les réunions de partenariat avec la gendarmerie et les pompiers
 - ✓ Engager des réunions de coopération avec les maisons de santé publique et la médecine de ville du bassin de population de la zone d'attractivité.
- Moyens :
 - ✓ Temps de réunions
 - ✓ Temps de formalisation
 - Documents supports de l'action :
 - ✓ Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. J-Y GRALL. Juillet 2015
 - ✓ Loi santé de Marisol Touraine.
 - Résultats attendus :
 - ✓ Diminution du délai de la prise en charge total
 - ✓ 1er recours aux urgences adaptées.
 - Evaluation :
 - ✓ Nombre de réunions
 - ✓ Nombre de conventions
 - ✓ Nombre de mise à jour
 - ✓ Taux d'admissions directes / indirectes – HTCD => médecine
 - Plan de communication :

Rapport d'étapes sous forme de power point :

- Au bureau de pôle
- Directoire
- CME
- Direction et Direction des soins dans le rapport d'activité annuel

FICHE ACTION

10.4.1.6. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.1. : Maintenir la qualité de la prise en charge et s'adapter aux besoins de la population

O.O.5. : Intégrer la gestion des risques dans le management du pôle

- Enjeu :

Améliorer les pratiques de soins et renforcer la sécurité des soins dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

- Contexte :

- National :

Environ 300 000 événements indésirables graves par an dont 1/3 considérés comme évitables. Les services qui représentent le plus de réclamations :

- Service de Chirurgie = 17 %
- Service d'Urgences = 16 %
- Service de Médecine = 15 %

- Régional :

Sur 107 établissements de la région Centre-Val de Loire

- 703 réclamations orales en 2013
- 2537 réclamations écrites en 2013

- Description précise de l'action :

Avoir au sein du pôle un management de la qualité et des Risques afin de réaliser des actions en lien avec un programme qualité.

- Responsable coordinateur de l'action : le Chef de pôle => Dr Gilavert

- Partenaires :

- La Direction du centre hospitalier
- La cellule Gestion des risques
- COVIRISQ
- CLIN
- COMEDIMS
- CLUD

- CRUCQPC
- ARS Centre Val de Loire

- Description des étapes :
- Maitriser les risques au sein du pôle en pérennisant une culture de la sécurité
 - Identifier et analyser les risques au sein du pôle en réalisant une cartographie des risques
 - Mettre en place des actions nécessaires en lien avec les risques identifiés
 - Promouvoir au sein du pôle les signalements des événements indésirables en réalisant des CREX, RMM, analyses de pratiques.
 - Mise aux normes de l'équipe SMUR
 - Mise aux normes du poste IOA.

- Poursuivre la démarche qualité au sein du pôle
 - Poursuivre les démarches d'EPP⁸
 - Optimiser le pilotage interne en développant le suivi et l'analyse d'indicateurs de qualité et de performance
 - Promouvoir des actions en faveur de l'amélioration de la qualité (dossier patient informatisé, identitovigilance, hygiène)

- Impliquer et prendre en compte les attentes des usagers
 - Recueillir les attentes des usagers au sein du pôle à travers différents supports
 - Garantir l'information des patients à travers différents supports (livrets, panneau...)
 - Travailler avec les équipes sur les plaintes et réclamations des usagers.

- Moyens :
 - Outil informatique pour la cartographie
 - Audits
 - Manuel de certification.

- Documents supports de l'action :
 - ✓ Guide méthodologique de l'HAS sur le thème de la gestion des risques
 - ✓ Manuel de certification
 - ✓ Texte réglementaire sur l'équipage SMUR⁹
 - ✓ Texte réglementaire sur la présence IOA¹⁰
 - ✓ Rapport IGAS 2014
 - ✓ Rapport régional CRUQPC
 - ✓ Art L.1142-4 du CSP sur la déclaration au patient d'un dommage lié aux soins

- Résultats attendus :

Diminution des risques et amélioration de la sécurité des soins

⁸ Evaluation des pratiques professionnelles

⁹ Service mobile d'urgence et de réanimation

¹⁰ Infirmier d'orientation et d'accueil

- Calendrier et suivi :
 - ✓ 2016-2017

- Evaluation :
 - ✓ Formalisation d'une cartographie = O/N
 - ✓ Nombre de poste mis aux normes
 - ✓ Taux de plainte / à l'année N-1
 - ✓ Nombre de CREX / RMM.

- Plan de communication :

Rapport d'étapes sous forme de power point :

- ✓ Au bureau de pôle
- ✓ Directoire
- ✓ CME
- ✓ Direction et Direction des soins dans le rapport d'activité annuel

FICHE ACTION

10.4.1.7. PROJET TRANSVERSAL : ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

O.S.1. : développer un programme d'ETP au sein du centre hospitalier

O.O.1. : identifier les programmes d'ETP du territoire et diffuser l'information aux médecins du centre hospitalier

- **Projet en Référence** : Développer un programme d'ETP au sein du centre hospitalier.

- **Contexte Enjeux Objectifs** :
 - Une offre de soins promue avec la loi HPST : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade ».
 - Les objectifs de l'ETP : Acquérir des compétences utiles pour devenir acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie.
 - ✓ Comprendre sa maladie
 - ✓ Connaître les bénéfices et les effets secondaires de ses traitements
 - ✓ Connaître les mesures préventives à adopter
 - ✓ Reconnaître une aggravation et savoir réagir de manière adéquate
 - ✓ Identifier les facteurs ou circonstances déclenchant des pics de récurrence de la maladie pour mieux les éviter
 - ✓ Résoudre les difficultés du quotidien liées à la maladie
 - Une pratique spécifique :
 - ✓ Une pratique complémentaire des soins prescrits sur ordonnance par le médecin
 - ✓ Une pratique personnalisée selon les besoins du patient
 - ✓ Une pratique basée sur une approche pluridisciplinaire
 - Un diagnostic éducatif établi avec le patient afin de mieux le connaître, identifier ses besoins, définir les compétences à acquérir ou à mobiliser.
 - Un programme personnalisé proposé par l'équipe pédagogique avec selon ses besoins des séances collectives et/ou individuelles adaptées.
 - A la fin du programme, une évaluation individuelle permettant de faire le point sur sa compréhension, ses acquis, de proposer de nouvelles séances si besoin et de transmettre un bilan à son médecin traitant.
 - Un cadrage référencé :
 - ✓ Les programmes d'ETP sont conformes à un cahier des charges national.
 - ✓ Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des ARS.
 - ✓ Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur.
 - ✓ Ils donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.
 - Le financement :

- ✓ Dans le cadre des MIGAC (Crédits de Missions d'Intérêt Général et d'Accompagnement à la Contractualisation)
- ✓ Seuls seront financés des programmes d'ETP qui répondent aux priorités régionales.
- ✓ L'enjeu est celui de la qualité de l'offre et de son déploiement harmonisé sur le territoire.
- ✓ Relèvent d'un financement MIGAC toutes les actions de prévention et d'éducation réalisées auprès de patients non hospitalisés.
- ✓ Sont exclues les actions réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour, celles-ci étant considérées dans ce cas comme prises en charge par les tarifs.
- Etat des lieux au centre hospitalier en MCO :
 - ✓ Différentes actions menées et une pathologie prévalente : le diabète
 - Maternité – diabète gestationnel ou diabète de type1 (suivi de grossesse)
 - Pédiatrie – diabète de l'enfant
 - Médecine – diabète de l'adulte
- Etat des lieux au centre hospitalier en SSR :
 - ✓ Sevrage alcoolique
 - ✓ Re-nutrition du sujet âgé
 - ✓ Restauration des capacités posturales et de la marche du sujet âgé.
- Les enjeux pour le centre hospitalier :
 - ✓ Développer une offre de soin pertinente et adaptée à notre bassin de population (accès aux soins de premier recours, accès aux consultations médicales, de spécialistes, de professionnels de santé...)
 - ✓ Valoriser les actions menées : structurer – labelliser – obtenir les financements
 - ✓ Prendre en compte les recommandations liées à la certification V2010.
- Les choix :
 - ✓ S'inscrire dans la démarche « éducation thérapeutique du patient » :
 - En développant une mission conseil et orientation auprès des patients
 - En développant un ou des programmes (en MCO et SSR ; pour une pathologie sur différents secteurs ; pour une pathologie précise)
- Les ressources :
 - ✓ Les réseaux existants
 - ✓ Les programmes déjà existants soit pour un déploiement concerté mais propre à l'établissement ou pour devenir adresseur
 - ✓ La direction commune : partenariat avec l'hôpital de Sully sur Loire
 - ✓ Les actions menées et à structurer et développer.
- **Description précise de l'action :**
 - Identifier l'offre de soin en ETP :
 - ✓ Sur le département
 - ✓ Sur la région
 - Intégrer le dispositif
 - ✓ Connaître les programmes existants
 - ✓ Recenser les acteurs et leur contribution
 - ✓ Identifier les référents et les caractéristiques du programme (patientèle, critères éligibilité et d'exclusion, les outils...)
 - Organiser l'information au centre hospitalier
 - ✓ Par pôle

- ✓ Pour chaque praticien
- Créer l'équipe de pilotage ETP du centre hospitalier
 - ✓ Représentation MCO – SSR
 - ✓ Représentation médicale et paramédicale
- **Responsable coordinateur de l'action** : Madame FOURCADE et Dr BENABDELKARIM
- **Calendrier** :
 - Avant fin 2015
- **Suivi** : Etat d'avancement des actions tous les mois
- **Evaluation** :
 - Nombre de réunions de l'équipe de pilotage ETP du centre hospitalier
 - Indicateurs qualitatifs permettant de suivre l'effective réalisation des actions décrites ci-dessus.

FICHE ACTION

10.4.1.8. PROJET TRANSVERSAL : ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

O.S.1. : développer un programme d'ETP au sein du centre hospitalier

O.O.3. : développer un programme d'ETP local a partir de l'identification de file active (AVC, diabète, personnes âgées...)

- **Projet en Référence** : Développer un programme d'ETP au sein du centre hospitalier

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - Une offre de soins promue avec la loi HPST : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade ».
 - Les objectifs de l'ETP : Acquérir des compétences utiles pour devenir acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie.
 - Comprendre sa maladie
 - Connaître les bénéfices et les effets secondaires de ses traitements
 - Connaître les mesures préventives à adopter
 - Reconnaître une aggravation et savoir réagir de manière adéquate
 - Identifier les facteurs ou circonstances déclenchant des pics de résurgence de la maladie pour mieux les éviter
 - Résoudre les difficultés du quotidien liées à la maladie
 - Une pratique spécifique :
 - Une pratique complémentaire des soins prescrits sur ordonnance par le médecin
 - Une pratique personnalisée selon les besoins du patient
 - Une pratique basée sur une approche pluridisciplinaire
 - Un diagnostic éducatif établi avec le patient afin de mieux le connaître, identifier ses besoins, définir les compétences à acquérir ou à mobilier.
 - Un programme personnalisé proposé par l'équipe pédagogique avec selon ses besoins des séances collectives et/ou individuelles adaptées.
 - A la fin du programme, une évaluation individuelle permettant de faire le point sur sa compréhension, ses acquis, de proposer de nouvelles séances si besoin et de transmettre un bilan à son médecin traitant.
 - Un cadrage référencé :
 - Les programmes d'ETP sont conformes à un cahier des charges national.
 - Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des ARS.
 - Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur.
 - Ils donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.
 - Le financement :
 - Dans le cadre des MIGAC (Crédits de Missions d'Intérêt Général et d'Accompagnement à la Contractualisation)

- Seuls seront financés des programmes d'ETP qui répondent aux priorités régionales.
 - L'enjeu est celui de la qualité de l'offre et de son déploiement harmonisé sur le territoire.
 - Relèvent d'un financement MIGAC toutes les actions de prévention et d'éducation réalisées auprès de patients non hospitalisés.
 - Sont exclues les actions réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour, celles-ci étant considérées dans ce cas comme prises en charge par les tarifs.
- Etat des lieux au centre hospitalier en MCO :
 - Différentes actions menées et une pathologie prévalente : le diabète
 - Maternité – diabète gestationnel ou diabète de type1 (suivi de grossesse)
 - Pédiatrie – diabète de l'enfant
 - Médecine – diabète de l'adulte
- Etat des lieux au centre hospitalier en SSR :
 - Sevrage alcoolique
 - Re-nutrition du sujet âgé
 - Restauration des capacités posturales et de la marche du sujet âgé.
- Les enjeux pour le centre hospitalier :
 - Développer une offre de soin pertinente et adaptée à notre bassin de population (accès aux soins de premier recours, accès aux consultations médicales, de spécialistes, de professionnels de santé...)
 - Valoriser les actions menées : structurer – labelliser – obtenir les financements
 - Prendre en compte les recommandations liées à la certification V2010.
- Les choix :
 - S'inscrire dans la démarche « éducation thérapeutique du patient » :
 - En développant une mission conseil et orientation auprès des patients
 - En développant un ou des programmes (en MCO et SSR ; pour une pathologie sur différents secteurs ; pour une pathologie précise)
- Les ressources :
 - Les réseaux existants
 - Les programmes déjà existants soit pour un déploiement concerté mais propre à l'établissement ou pour devenir adresseur
 - La direction commune : partenariat avec l'hôpital de Sully sur Loire
 - Les actions menées et à structurer et développer.
- Description précise de l'action :
 - Identification de la patientèle par le DIM (AVC, diabète, personnes âgées...) et estimation de la file active
 - Développer un ou des programmes d'ETP :
 - ✓ Structurer
 - ✓ Labelliser
 - ✓ Valoriser
 - Une définition du programme, de son périmètre et de sa patientèle.
 - Des référents médicaux indispensables et des relais avec la médecine de ville.
 - Des acteurs paramédicaux partenaires en interne et en externe.
 - Des outils formalisés et partagés.

- Une politique de communication pour le public et les professionnels.
- Responsable coordinateur de l'action : Madame FOURCADE et Dr BENABDELKARIM
-
- Calendrier :
 - Avant fin 2016
- **Suivi** : Suivi de l'état d'avancement des actions tous les mois.
-
- Evaluation :
 - Estimation prospective de file active
 - Nombre d'acteurs partenaires
 - Suivi du volume de patientèle pris en charge dans le cadre de l'ETP
 - Nombre de programmes développés et labellisés.

FICHE ACTION

10.4.1.9. PROJET TRANSVERSAL PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE :

OS1 – OO1 : Améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours.

Insérer fiche action en cours d'écriture

FICHE ACTION

10.4.1.10. PROJET TRANSVERSAL PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE :

OS1 – OO2 : Garantir la prise en charge de la douleur lorsque le patient est hospitalisé à domicile.

Insérer fiche action en cours d'écriture

FICHE ACTION

10.4.1.11. PROJET TRANSVERSAL PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE :

OS1 – OO3 : Aider les patients qui rencontrent des difficultés de communication à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement.

Insérer fiche action en cours d'écriture

FICHE ACTION

10.4.1.12. PROJET TRANSVERSAL PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE :

OS1 – OO1 : Soins palliatifs et fin de vie

Insérer fiche action en cours d'écriture

10.4.2. FICHES ACTIONS RELATIVES À L'AXE « DÉVELOPPER L'ACTIVITÉ EN S'ADAPTANT AUX BESOINS DE LA POPULATION »

PROJET DE PÔLE URGENCES :

- OS1 – OO6 : Développer la prise en charge spécifique des personnes vulnérables.

PROJET TRANSVERSAL HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) :

- OS1 – OO1 : Développer une stratégie d'offre HAD répondant aux besoins de la population.

PROJET DE PÔLE MÉDECINE – PROJET TRANSVERSAL MISE EN PLACE D'UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE COMPLÈTE :

- OS1 – OO1 : Compléter la filière gériatrique par la création d'un Court Séjour Gériatrique (CSG).

PROJET DE PÔLE MÉDECINE – PROJET TRANSVERSAL HÔPITAL DE JOUR :

- OS1 – OO1 : Créer un hôpital de jour de médecine polyvalent.

PROJET DE PÔLE FEMMES-ENFANTS (VOLET PÉDIATRIE) :

- OS 1 – OO2 : Développer les consultations externes programmées.

PROJET DE PÔLE FEMMES-ENFANTS (VOLET GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE) :

- OS 1 – OO1 : Développer les consultations d'échographies.
- OS 1 – OO2 : Développer les consultations sages-femmes et les associer aux consultations gynécologiques.

PROJET DE PÔLE GÉRIATRIQUE (VOLET SOINS DE SUITE ET READAPTATION) :

- OS 1 – OO1 : Requalifier des lits SSR polyvalents en SSR personnes âgées polypathologiques – Réaliser une étude PMSI pour identifier la file active éligible
- OS 2 – OO1 : Pérenniser l'activité d'addictologie en SSR
- OS 3 – OO1 : Identifier un secteur de type Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) au sein du SSR

PROJET DE PÔLE GÉRIATRIQUE (VOLET EHPAD) :

- OS 1 – OO1 : Créer une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) ou transformer un Cantou¹¹ existant en UHR.

¹¹ CANTOU : Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles

PROJET TRANSVERSAL MISE EN PLACE D'UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE COMPLÈTE :

- OS 2 – OO1 : Compléter la filière gériatrique par la création d'une Equipe Mobile Gériatrique (EMG)

PROJET TRANSVERSAL DISPOSER/BÉNÉFICIER D'UNE IRM :

- Etude médico-économique de faisabilité

FICHE ACTION

10.4.2.1. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.1. : Maintenir la qualité de la prise en charge et s'adapter aux besoins de la population

O.O.6. : Développer la prise en charge spécifique des personnes vulnérables

- Enjeu :
Offrir un accès aux soins pour les populations fragiles et prendre en compte les besoins spécifiques des populations vulnérables.
- Contexte :
 - National :
 - Vieillissement de la population
 - Accroissement des inégalités de santé en France
 - Départemental / Local :
 - ne part de la population défavorisée socialement
 - Vieillissement de la population avec personnes vulnérables isolées en milieu rural
 - Centre d'accueil de population en demande d'asile à proximité de l'Hôpital
 - Pas de centre d'accueil et d'hébergement d'urgence à moins de 50 Kms
 - Forte disparité socio-économique entre cantons d'un même territoire
 - Bassin d'emploi pauvre
- Description précise de l'action :
Optimiser la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité
- Responsable coordinateur de l'action : Chef de pôle Urgences =>Dr Gilavert.
- Partenaires :
 - ✓ Gériatres
 - ✓ Service social
 - ✓ MAIA, CLIC, MSP, ...
 - ✓ Réseau Handicap
 - ✓ Représentants des usagers
- Description des étapes :
 - Favoriser les filières spécifiques :
 - ✓ Intégrer l'EMG sur le pôle pour une évaluation et une orientation dès la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans.
 - ✓ Optimiser le recours au service de la PASS
 - ✓ Créer une procédure de signalement des personnes en situation de vulnérabilité
 - Améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation
 - ✓ Optimiser le développement des partenariats en poursuivant les réunions ville /hôpital

- ✓ Favoriser le travail en réseau en poursuivant les réunions avec les structures accueillant des personnes vulnérables.
- Sensibiliser et former les professionnels à la connaissance des personnes vulnérables
 - ✓ Apprendre aux professionnels à repérer dès l'admission les personnes en situation de vulnérabilité
 - ✓ Créer une fiche avec critère de repérage des situations de vulnérabilité
 - ✓ Promouvoir auprès des professionnels l'adaptation des prises en charge aux personnes en situation de vulnérabilité
 - ✓ Créer une charte d'accompagnement pour les personnes vulnérables.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des maltraitances
 - ✓ Travailler sur une procédure de prise en charge des situations de maltraitance
 - ✓ Former les professionnels à la prise en charge de cas de maltraitance.
- Moyens :
 - ✓ Temps dédiés aux réunions
 - ✓ IDE d'EMG dédié
 - ✓ Création de procédure / groupe de travail.
- Documents supports de l'action :
 - ✓ Circulaire du 20 février 2014 relative à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées, personne handicapées
 - ✓ Rapport de la FHF et médecins du monde sur la prise en charge de la personne vulnérable (mai 2014)
 - ✓ PRIAC 2014-2018 / ARS Centre
 - ✓ Charte du patient hospitalisé, patient âgé.....

- Résultats attendus :

Améliorer la prise en charge des personnes vulnérables admis au sein du pôle.

- Calendrier et suivi :
- Evaluation :
 - ✓ Nombre de procédures
 - ✓ Nombre de réunions réseau ville /hôpital
 - ✓ Taux de patients pris en charge EMG

- Plan de communication :

Rapport d'étapes sous forme de power point :

- ✓ Au bureau de pôle
- ✓ Directoire
- ✓ CME
- ✓ Direction et Direction des soins dans le rapport d'activité annuel

FICHE ACTION

10.4.2.2. PROJET TRANSVERSAL : HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

O.S.1 : Améliorer l'offre HAD au centre hospitalier

O.O.1: Développer une stratégie d'offre HAD répondant aux besoins de la population

- Enjeu :
Améliorer l'offre H.A.D. sur le secteur afin de favoriser un parcours de soins adapté pour la population.
- Contexte :
 - National :
 - ✓ Réduction des dépenses de santé par la baisse des DMS sur le MCO
 - ✓ Loi de santé sur le développement des HAD
 - Local :
 - ✓ Structure d'aval peu développée ne favorisant pas un retour rapide au domicile.
- Description précise de l'action :
Etude sur les besoins de la population accueillie par le centre hospitalier d'une structure HAD et développement d'une stratégie visant à répondre à ces besoins.
- Responsable coordinateur de l'action : Chef de pôle urgences, Dr Gilavert.
- Partenaires :
 - La Direction du centre hospitalier
 - La Direction des soins
 - Conseil de pôle du centre hospitalier
 - DIM
 - ARS
- Description des étapes :
 - Evaluer la file active de patients nécessitant une HAD
 - création d'un groupe multidisciplinaire pour définir :
 - les besoins pôle par pôle
 - les critères d'inclusion des patients HAD
 - analyse par le DIM de la file active selon les critères d'inclusion établis
 - Etudier l'offre locale
 - recensement et étude sur le fonctionnement des HAD locales
 - étude sur fonctionnement HAD/ secteurs hospitaliers avoisinants
 - rencontre avec structures HAD recensées
 - Etudier la pertinence de la création d'un HAD géré par le centre hospitalier
 - Analyse documentaire: textes réglementaires
 - Analyse HAD gérés par les centres hospitaliers existants
 - Analyse financière

- Proposer un choix stratégique au regard des études menées
- Définir des indicateurs d'activité

A ce jour il n'y aura pas de création d' HADF nous concernant. Donc le travail doit porter sur la coopération avec HAD existante qui se réorganise en fonction des objectifs fixés par l'ARS

- Moyens:
 - Coopérations accrues avec l'offre d'HAD du territoire
 - Outil informatique
 - Réunions intra et extrahospitalières
 - Recherches documentaires

- Documents supports de l'action :
 - Circulaire DGOS : 2013/398 du 04/12/2013 sur le positionnement et développement des HAD
 - Décret du 06/09/2012 sur les garanties d'accès à l'HAD pour toutes personnes le nécessitant

- Résultats attendus :
 - Diminution de la DMS hospitalière
 - Augmentation transfert HAD

- Calendrier et suivi :
 - 2016-2020

- Evaluation :
 - ✓ création grille d'audit patient HAD
 - ✓ nombre de réunions
 - ✓ création HAD vs développement partenariat
 - ✓ création d'indicateurs de suivi

- Plan de communication :

Rapport d'étapes sous forme de power point :

- Directoire
- CME

FICHE ACTION

10.4.2.3. PROJET DE PÔLE MÉDECINE - PROJET TRANSVERSAL : MISE EN PLACE D'UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE COMPLÈTE AU CENTRE HOSPITALIER

O.S.1. : Compléter la filière gériatrique par la création d'un court séjour gériatrique (CSG)

O.O.1 : Création d'un court séjour gériatrique en médecine.

- **Projet en Référence** : Mise en place d'une filière gériatrique complète au centre hospitalier.

- **Contexte Enjeux Objectifs** :

- Mieux répondre aux demandes de soins de la zone d'attractivité.
- Permettre une prise en charge optimale.
 - ✓ Assurer un rôle d'hospitalisation directe ou via les urgences ou par transfert d'un autre service ou d'un EHPAD
 - ✓ Assurer la prise en charge des patients « gériatriques » en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences Assurer une période d'investigation et/ou d'équilibrage des traitements
 - ✓ Assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours
- Procéder à une évaluation gériatrique globale et individualisée, à la fois médicale, psychologique et sociale
- Etablir les diagnostics non réalisables en ambulatoire
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques

Description précise de l'action :

- Evaluation gériatrique standardisée :
 - ✓ Permettre une évaluation gériatrique (pluridisciplinaire) précoce pour une prise en charge adaptée et limiter les hospitalisations inutiles
 - ✓ Concerne au minimum:
 - les capacités cognitives
 - les capacités à exercer les activités de la vie quotidienne
 - les risques de dépression
 - les troubles de l'équilibre et de la motricité
 - les troubles visuels et auditifs
 - l'état nutritionnel et dentaire
 - les risques d'escarres

- les incontinences et les troubles vésico-sphinctériens
 - les médicaments
 - Modes d'entrée en CSG :
 - ✓ Accès direct à privilégier (sans passage par les urgences si possible)
 - après contact avec le médecin traitant ou le médecin coordonnateur des EHPAD
 - médecin référent disponible dans la journée pour répondre aux médecins traitants
 - ✓ Hospitalisations programmées possibles
 - ✓ Par la structure d'urgence
 - Modes de sortie :
 - ✓ A organiser le plus tôt possible
 - ✓ Finaliser le projet thérapeutique
 - ✓ Permettre à la personne âgée de vivre dans un environnement de son choix avec une qualité de vie optimale
 - ✓ Collaborer avec les autres structures de la filière gériatrique, les partenaires médico-sociaux, les médecins traitants, le CLIC, les MAIA
 - ✓ Recours à des avis spécialisés si besoin
- **Responsable coordinateur de l'action** : Chef du pôle médecine : Docteur GARRET
- Description des étapes :
 - ✓ Sous action 1 (responsable : Dr GARRET) : Préciser la population cible : patients admis aux urgences, âgés, poly pathologiques, requérant une hospitalisation.
 - ✓ Sous action 2 (responsables : DIM, Dr GARRET) : Etude prospective sur 1 mois afin d'objectiver les besoins et dimensionner l'unité.
 - ✓ Sous action 3 (responsables : Direction, DIM, Dr GARRET) : Etude complète de la création de cette unité
 - ✓ Sous action 4 (responsables : Direction) : Décision concertée avec le directoire.
- **Partenaires** : Médecine de ville, ARS,
- Moyens :
 - Dépenses :
 - ✓ Réorganisation des moyens existants et adaptation à la montée en charge s'il y a lieu.
 - ✓ Accès au plateau technique
 - Recettes : Recettes T2A
- Calendrier :
 - Sous-étapes 1 et 2 : Avant fin 1^{er} trimestre 2016
 - Sous-étape 3 : Avant fin 1^{er} semestre 2016
 - Sous-étape 4 : Avant fin 2016
- **Suivi** : Point d'avancement tous les mois pendant la phase de d'étude préalable et de demande d'autorisation. Après le déploiement, suivi de l'activité chaque semaine.
- Evaluation :
 - Avant déploiement :

- ✓ Nombre de séjours actuellement produits en hospitalisation complète, éligibles au CSG.
- ✓ Nombre de patients potentiels (évaluation actuelle et prospective) : capacité de recrutement du CSG
- ✓ Prévisions relatives au résultat financier de l'opération (évaluations médico-économiques)
- Après déploiement :
 - ✓ Taux d'occupation
 - ✓ DMS
 - ✓ Evolution du nombre de séjours en CSG
 - ✓ Structure du case-mix en %
 - ✓ Evolution des recettes T2A
 - ✓ Age moyen des patients accueillis
 - ✓ Suivi des modes d'entrée
 - ✓ Suivi des modes de sortie

FICHE ACTION

10.4.2.4. PROJET DE PÔLE MÉDECINE - PROJET TRANSVERSAL : HÔPITAL DE JOUR

O.S.1. : Développer l'activité ambulatoire

O.O.1 : Créer un hôpital de jour polyvalent médical

- **Projet en Référence** : Créer un hôpital de jour polyvalent médical

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - Mieux répondre aux demandes de soins de la région.
 - Permettre une prise en charge optimale et rapide.
 - Un HDJ permet des soins ou examens nécessitant un plateau technique sans avoir à être hospitalisé plusieurs jours.
 - L'HDJ polyvalent est un service transversal, fédérant l'ensemble des spécialités médicales.
 - Réduction de la durée d'hospitalisation classique (AVC, Dégénératif) : intérêt économique et organisationnel : libérer des lits pour les urgences.
 - Meilleure efficacité de l'activité de consultation : rapidité de mise en œuvre des traitements, des investigations complémentaires.
 - Diminution de la durée d'intervention des praticiens : Orientations des patients vers des filières spécialisées.
 - Disponibilité accrue pour la médecine de ville (réduction du délai de consultation)
 - Intérêt professionnel : affections multi-systémiques ou « frontières » : discussion collégiale entre les spécialistes internistes (Rhumatologues, Cardiologues, Pneumologues, Oncologues).
 - Intérêts pour l'institution hospitalière et les patients :
 - ✓ Prise en charge personnalisée, malades pris en charge « en globalité » par l'équipe soignante (moins de stress, patients informés du déroulement des soins avant hospitalisation).
 - ✓ Hospitalisation calme à l'écart des flux hospitaliers (urgences, bruit).
 - ✓ Réduction du coût et des risques liés aux hospitalisations classiques.
 - ✓ Réduction de la consommation de médicaments.
 - ✓ Réduction de l'absentéisme professionnel et scolaire.

- Description précise de l'action : Exemples d'indications :
 - Neurologie
 - ✓ Traitement des poussées des scléroses en plaques (SEP), perfusions mensuelles, bilan pré-thérapeutique
 - ✓ Neuropathies et maladies neuromusculaires : perfusion, immunoglobulines, immunosuppresseurs
 - ✓ Bilan pré-thérapeutique et évolutivité des pathologies dégénératives et héréditaires
 - ✓ Evaluation Handicap

- ✓ Sclérose latérale amyotrophique : Evaluation neurologique, nutritionnelle, respiratoire
- ✓ Bilan étiologique, ajustement thérapeutique
- ✓ Vasculaire : Bilan AVC (AIT)
- ✓ Parkinson : test thérapeutique, consultation rééducation
- ✓ Plainte fonctionnelle : troubles de la marche, chutes
- Cardiologie
 - ✓ Consultation
 - ✓ Echographie cardiaque
 - ✓ Holter tensionnel
 - ✓ Holter ECG
- Pneumologie
 - ✓ Ponction pleurale
 - ✓ Evaluation EFR
 - ✓ Education thérapeutique (asthme, tabac...)
- Gastro-entérologie
 - ✓ Transfusions
 - ✓ Ponction d'ascite
- Oncologie
 - ✓ Traitement anti-douleur
 - ✓ Transfusions : GR, plaquettes, granocytes
- Pédiatrie
- Gériatrie
 - ✓ Evaluation des troubles cognitifs, bilan mémoire
 - ✓ Evaluation kinésithérapie
 - ✓ Evaluation nutritionnelle
 - ✓ Bilan post-chute
 - ✓ Consultation gériatrique aigue rapide
- Rhumatologie
 - ✓ Traitement en perfusion exp AREDIA
 - ✓ Anti TNF alpha
 - ✓ Infiltration articulaire
 - ✓ Bilan pré-thérapeutique
- Education thérapeutique
 - ✓ Diabétologie, épilepsie, ventilation non invasive VNI...
- Autres
 - ✓ Consultation rapide après passage aux urgences ou à la demande du médecin traitant ou de foyer thérapeutique (MAS, EHPAD, MDR,...)
 - ✓ Avis d'autres spécialistes pour les patients (chirurgie, gynécologie, dermatologie, ORL,...) à défaut de consultation rapide.
- Responsable coordinateur de l'action : Docteur MAHJOUB
-
- **Partenaires** : Médecine de ville, ARS
-
- Description des étapes :
 - Sous action 1 (responsable : DIM, Dr MAHJOUB) : Etude préalable du DIM sur la file active médicale éligible à l'HDJ notamment :

- ✓ Diabétologie
 - ✓ Gériatrie
 - ✓ Neuro
 - ✓ Pédiatrie
- Sous action 2 (responsable : DIM, Dr MAHJOUB) : Etude prospective sur la patientèle potentielle.
- Sous action 3 (responsable : Madame DUNYACH) : Demande d'autorisation d'activité auprès de l'ARS :
 - ✓ Besoins
 - ✓ Capacités
 - ✓ Etude médico-économique
- Sous action 4 (responsable : Dr MAHJOUB) : Déploiement et montée en charge de l'HDJ.
- Moyens :
 - Dépenses :
 - ✓ Personnel soignant dédié et formé à la polyvalence avec coordination entre le service et l'équipe de garde.
 - ✓ Cadre/infirmière programmatrice (dédiée) qui accueille et informe les malades, prend les RDV.
 - ✓ Filières dédiées : plages horaires réservées pour les explorations complémentaires.
 - ✓ Temps médical pour assurer une rapidité de prise en charge.
 - ✓ Rôle important de l'assistante sociale.
 - ✓ Lieu dédié : Service de médecine, chambre 12 et 14 actuellement, 2 lits et 3 fauteuils.
 - Recettes : Recettes T2A
- Calendrier :
 - Sous-étapes 1 et 2 : Avant fin 1^{er} trimestre 2016
 - Sous-étape 3 : Avant fin 1^{er} semestre 2016
 - Sous-étape 4 : Avant fin 2016
- **Suivi** : Point d'avancement tous les mois pendant la phase de d'étude préalable et de demande d'autorisation. Après le déploiement, suivi de l'activité chaque semaine.
-
- Evaluation :
 - Avant déploiement :
 - ✓ Nombre de séjours actuellement produits en hospitalisation complète, éligibles à l'HDJ.
 - ✓ Nombre de patients potentiels (évaluation actuelle et prospective) : capacité de recrutement de l'HDJ.
 - ✓ Prévisions relatives au résultat financier de l'opération (évaluations médico-économiques)
 - Après déploiement :
 - ✓ Taux d'occupation
 - ✓ Evolution du nombre de venues en HDJ
 - ✓ Structure du case-mix en %

- ✓ Evolution des recettes T2A
- ✓ Taux de fermeture de l'HDJ par rapport aux plages théoriquement ouvertes (par motif)

FICHE ACTION

10.4.2.5. PROJET PÔLE FEMMES-ENFANTS : VOLET PÉDIATRIE

O.S.1. Pérenniser l'activité en pédiatrie

O.O.2 : Développer les consultations externes programmées

- **Projet en Référence** : Développer les consultations externes programmées

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - Demande croissante des familles
 - Contexte difficile de pénurie de pédiatres
 - Pôle de consultations déjà opérationnel (locaux, secrétariat...)
 - Enjeux : Mettre en adéquation l'offre de soins par rapport à la demande de la population.
 - Missions majeures : prévention, éducation, surveillance du développement physiologique de la croissance.

- Description précise de l'action :
 - Elargir les plages de consultations,
 - Consultations de pédiatrie générale ou spécialisée d'amont

- **Responsable coordinateur de l'action** : Chef de service pédiatrie : Dr MBAMBA

- Partenaires :
 - Les pédiatres du service de Pédiatrie
 - Les correspondants médicaux (services spécialisés : CHRU, CHRO...)
 - La cadre du pôle mère enfant (et du service de Pédiatrie)
 - Le secrétariat de pédiatrie et du pôle de consultations
 - Les services des urgences adultes, des admissions, du DIM

- Moyens :
 - Dépenses : Moyens constants
 - Recettes : application de la cotation des consultations conforme à la NGAP (références légales du JO, Cs pédiatre, les différentes majorations et règles de cumul des majorations en sus de la Cs) Application des règles de facturation édictées par la CPAM en appliquant les majorations.

- Documents supports de l'action
 - Bilan d'activité du service de Pédiatrie des années précédentes
 - Nomenclature de la cotation des consultations en pédiatrie (source ameli.fr)

- Résultats attendus :
 - L'accroissement de l'activité des consultations (comme l'activité des urgences pédiatriques) amènera plus d'hospitalisations en pédiatrie.
 - L'activité externe génère des recettes modestes mais présente un intérêt à long terme pour la dynamique du service de Pédiatrie et assure des retombées pour l'établissement.

- Calendrier :
 - Mise en place dès que possible, au plus tard début 2016
 - Date de clôture de l'action : 2020

- **Suivi** : Périodicité bi-annuelle.

- **Evaluation** : Documents hebdomadaires et mensuels fournis par le contrôleur de Gestion du centre hospitalier : TDB activités et PMSI

- **Mesures correctives** : à préciser dans l'avenir

FICHE ACTION

10.4.2.6. PROJET PÔLE FEMMES-ENFANTS : VOLET GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

O.S.1. : Développer l'offre de consultations en gynécologie - obstétrique

O.O.1. : Développer les consultations et les actes d'échographies

- **Projet en Référence** : Développer l'offre de consultations en Gynécologie-Obstétrique

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - L'obstétrique est l'activité centrale du service.
 - Développer l'offre est important pour répondre aux besoins de suivi des patientes.
 - Elles rencontrent des difficultés pour obtenir des rendez-vous sur notre territoire de soins, plus particulièrement pour le suivi échographique.
 - Réaliser cet objectif contribue à maintenir ou à améliorer le nombre des naissances au centre hospitalier.
 - L'équipe des gynécologues obstétriciens va évoluer du fait des départs programmés
 - L'offre de soins en échographie est impactée par les départs

- Description précise de l'action :
 - Recrutement de médecins formés et diplômés en échographie
 - Formations des sages-femmes en échographie et en consultation de prévention en gynécologie et contraception.
 - Intégration des sages-femmes dans les rendez-vous d'échographies et de consultations.

- **Responsable coordinateur de l'action** : Chef du pôle mère-enfant : Docteur ELLEUCH

- Partenaires :
 - ✓ Responsables du département des Ressources Humaines (personnel médical et non médical) et de la Formation
 - ✓ La Direction des soins
 - ✓ La cadre du pôle
 - ✓ Le secrétariat de gynécologie-obstétrique.

- Description des étapes :
 - ✓ Recrutement de médecins formés à l'échographie
 - ✓ Formation des sages-femmes à l'échographie obstétricale

- Moyens :
 - Le plan de formation du service de gynécologie-obstétrique
 - ✓ Projet de 2 sages-femmes de se former à l'échographie obstétricale
 - ✓ Demande de financement du temps de formation clinique
 - Deux salles d'échographies
- Evaluation :
 - ✓ Statistiques d'activités du contrôleur de gestion
 - ✓ Taux d'occupation des deux salles d'échographies à terme.

- Plan de communication : Préciser les modalités de communications
 - ✓ La responsable des affaires médicales, la responsable de la formation, la coordinatrice des soins, la cadre de pôle, la cadre administrative de pôle, l'équipe médicale.

FICHE ACTION

10.4.2.7. PROJET PÔLE FEMMES-ENFANTS : VOLET GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

O.S.1. : Développer l'offre de consultations en gynécologie-obstétrique

O.O.2. : Développer les consultations sages-femmes et les associer aux consultations gynécologiques

- **Projet en Référence** : Développer l'offre de consultations en Gynécologie-Obstétrique

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - ✓ L'équipe des gynécologues obstétriciens évolue du fait des départs programmés
 - ✓ Développer l'offre pour répondre aux besoins des femmes enceintes.
 - ✓ Maintenir l'offre de suivi gynécologique de prévention.
 - ✓ Contribuer à maintenir ou à développer le nombre des naissances au centre hospitalier.

- Description précise de l'action :
 - ✓ Recrutement de médecins formés et diplômés
 - ✓ Continuer à développer la consultation sage-femme pour le suivi de grossesse.
 - ✓ Proposer le suivi gynécologique de prévention

- **Responsable coordinateur de l'action** : Chef du pôle mère-enfant : Docteur ELLEUCH

- Partenaires :
 - ✓ Responsables du département des Ressources Humaines (personnel médical et non médical) et de la Formation
 - ✓ La Direction des soins
 - ✓ La cadre du pôle
 - ✓ Le secrétariat de gynécologie-obstétrique.

- Description des étapes :
 - ✓ Accompagnement des sages-femmes par la formation continue.
 - ✓ Projet de soins 2016-2020 (Augmentation du nombre de sages-femmes par redéploiement en réorganisant la prise en charge (projet soignant et médical de pôle)). (Me Fourcade)
 - ✓ Réorganisation du temps sage-femme dédié aux activités externes (Me Barthe)
 - ✓ Mettre en œuvre la nouvelle facturation des actes des sages.

- Moyens :
 - ✓ Les Plans de formation

- ✓ DU de gynécologie préventive et de contraception.
- ✓ Transfert des compétences par les gynécologues, atelier avec les gynécologues
- ✓ Participation des sages-femmes au staff.

- Evaluation :
 - ✓ Statistiques d'activités transmises par le contrôleur de gestion.
 - ✓ Le % de rendez-vous donnés. (2 jours par mois sur 3 mois).
 - ✓ Suivi du nombre de rendez-vous donnés /nombre de rendez-vous demandés

- Plan de communication : Préciser les modalités de communications
 - ✓ La responsable des affaires médicales, la responsable de la formation, la coordinatrice des soins, la cadre de pole, la cadre administrative de pôle, l'équipe médicale.

FICHE ACTION

10.4.2.8. PROJET PÔLE GÉRIATRIQUE : VOLET SSR

O.S.1. : Requalifier des lits SSR polyvalents en SSR spécialisés poly pathologiques

O.O.1. : Réaliser une étude PMSI pour identifier la file active éligible

- **Projet en Référence** : Réaliser une étude PMSI pour identifier la file active éligible

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - Adapter l'offre aux réels profils des patients pris en charge
 - Anticiper efficacement la réforme de financement de l'activité SSR
 - Objectiver les besoins des patients et le profil des patients pris en charge

- **Description précise de l'action** : Réaliser une étude pour identifier la file active éligible

- **Responsable coordinateur de l'action**: Médecin DIM, Chef du pôle gériatrique : Docteur AUDIBERT

- **Partenaires** : ARS (Projet Régional de Santé)

- **Description des étapes** :
 - ✓ Etude de l'activité SSR (base activité année 2015)
 - ✓ Demande de requalification des lits.

- **Moyens** : Ressources DIM, Cadres de santé SSR, Chef de service.

- **Documents supports de l'action** : PMSI SSR
- **Calendrier** : 2016
- **Suivi** : Directoire
- **Evaluation** : Nombre/Taux de patients éligibles aux SSR polypathologiques
- **Mesures correctives** : Cf. lancement ou annulation de la demande d'autorisation en lien avec les résultats des études d'activité.

Situation en février 2016 : éléments de contexte manquant, la réforme de la tarification du SSR et interrogations sur le financement.

FICHE ACTION

10.4.2.9. PROJET PÔLE GÉRIATRIQUE : VOLET SSR

O.S.2. : Pérenniser l'activité d'addictologie en SSR

O.O.1 : Maintenir l'activité d'addictologie

- **Projet en Référence :**
Pérenniser l'activité d'addictologie en SSR.
- Contexte Enjeux Objectifs ?
 - o Adapter le capacitaire (4 places)
 - o Développer l'animation autour de la prise en charge
 - o Renforcer la relation ville/hôpital
 - o Améliorer le suivi amont et aval
 - o Renforcer le suivi à domicile.
- Description précise de l'action
 - o Réduire la capacité d'accueil à 4 places par suppression des chambres doubles
 - o Renouveler les conventions de partenariat avec :
 - ANPAA
 - APLEAT pour la toxicologie
 - CMPA
 - ELSA
 - La clinique du pont de Gien :
 - o Combler le poste d'enseignant APA
 - o Mettre en place un temps d'activité occupationnelle.
 - o Développer les consultations et la réalisation des bilans somatiques.
- **Responsable coordinateur de l'action :** Chef de service du SSR : Docteur FOURDAN.
- **Partenaires :**
 - o CHAM (ELSA)
 - o ANPAA
 - o CMPA
- **Moyens :**
0,75 ETP IDE en partenariat avec ELSA
0,2 ETP psychologue en lien avec l'ANPAA
- **Documents supports de l'action :**
- **Calendrier :**

- **Suivi :**
- **Evaluation :**
- **Mesures correctives :**

FICHE ACTION

10.4.2.10. PROJET PÔLE GÉRIATRIQUE : VOLET SSR

O.S.3. : Compléter la filière gériatrique

O.O.1 : Identifier un secteur sécurisé de type unité cognitivo-comportementale (UCC¹²) au sein du SSR

- **Projet en Référence** : Identifier un secteur de type UCC¹³ au sein du SSR

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - ✓ La mesure 17 du Plan Alzheimer (voir en annexe)
 - ✓ Améliorer la prise en charge des patients hospitalisés pour troubles du comportement en lien avec une maladie démentielle.

- **Description précise de l'action** : Identifier un secteur de 4 à 6 lits au sein du SSR.

- **Responsable coordinateur de l'action** : Chef du pôle gériatrique : Docteur AUDIBERT

- **Partenaires** : Réseau Ville/Hôpital, ARS, filière gériatrique (MAIA, Equipe Mobile...)

- **Description des étapes** :
 - Réaliser une étude prospective sur 3 mois => cadre du service et cadre de pôle
 - Identifier et aménager une unité sécurisée, dans la cadre de la restructuration des bâtiments du SSR.

- **Documents supports de l'action** : Plan Alzheimer, Etude DIM prospective

- **Résultats attendus** : Amélioration de la qualité de prise en charge ; Mettre en place des parcours de soins adaptés

- **Calendrier** : Calendrier lié au projet architectural (échéance 2017).

¹² UCC Unités Cognitivo-Comportementales

¹³ Unités cognitivo-comportementales

- **Suivi** : trimestriel
- **Evaluation** : Nombre de patients pris en charge prioritairement pour des troubles du comportement
- **Mesures correctives** : Filière à construire

FICHE ACTION

10.4.2.11. PROJET PÔLE GÉRIATRIQUE : VOLET EHPAD

O.S.1. : Compléter la filière gériatrique

O.O.1 : Créer une unité d'hébergement renforcée (UHR¹⁴) ou transformer un cantou¹⁵ existant en UHR¹⁶

- **Projet en Référence** : Créer une UHR ou transformer un CANTOU existant en UHR

- **Contexte Enjeux Objectifs** :
 - La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place d'un dispositif spécifique qui vise à développer, dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les USLD, un accompagnement adapté des malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement. Ce dispositif est mis en œuvre par l'adaptation de places existantes ou dans le cadre de projets de création ou d'extension de places nouvelles.
 - Assurer une meilleure prise en charge des troubles du comportement sévères, dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées.
 - Prendre en charge les troubles sévères du comportement dans un lieu de vie adapté.
 - Diminuer la prise en charge médicamenteuse.
 - Elaborer un projet adapté de soins et un projet de vie personnalisé.
 - Encourager la participation des familles et des proches.

- **Description précise de l'action** :
 - Etudier l'opportunité de créer une UHR ou de transformer un Cantou existant en UHR.
 - Arbitrer entre trois solutions alternatives :
 - ✓ Demande de création d'une UHR
 - ✓ Demande de transformation d'un Cantou en UHR (adaptation des capacités existantes)
 - ✓ Pas de demande d'UHR
 - Les caractéristiques de cette unité sont les suivantes :
 - ✓ L'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères.
 - ✓ La présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades.
 - ✓ L'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé.
 - ✓ La participation des familles et des proches.
 - ✓ La conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

¹⁴ UHR : Unités d'Hébergement Renforcées

¹⁵ Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles

¹⁶ Unités d'hébergement renforcées (**UHR**)

➤ Développer le partenariat avec la filière psycho-gériatrique (CMPA)

- **Responsable coordinateur de l'action** : Chef de pôle gériatrique : Docteur AUDIBERT

- Partenaires :
 - ARS
 - CMPA
- **Document support de l'action** : Cahier des charges UHR (en annexe)
-
- **Moyens** : Pré-requis : répondre à l'appel d'offre que publiera l'ARS en 2016.
 - Dépenses : en lien avec le projet de réhabilitation architectural (moyens en personnel et aménagements architecturaux)
 - Recettes
 - ✓ Cf. valorisation lors de l'autorisation de cette activité dans le cadre d'un avenant à la convention tripartite.
- Calendrier :
 - Arbitrage à réaliser au cours du 1^{er} semestre 2016. (fonction calendrier ARS)
- **Suivi** : Point d'avancement tous les mois pendant la phase de d'étude préalable d'opportunité.
-
- **Evaluation** : Principalement, mise en place d'indicateurs qualitatifs permettant d'apprécier le respect ou non du cahier des charges présenté en annexe ci-dessous.

FICHE ACTION

10.4.2.12. PROJET TRANSVERSAL : MISE EN PLACE D'UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE COMPLÈTE AU CENTRE HOSPITALIER

O.S.2. : Compléter la filière gériatrique par la création d'une équipe mobile gériatrique.

O.O.1 : Création d'une équipe mobile gériatrique (EMG).

- **Projet en Référence** : Création d'une Equipe Mobile Gériatrique (EMG), intégrée dans une filière gériatrique complète au sein du centre hospitalier de Gien.
- Contexte Enjeux Objectifs :

Pourquoi ? :

- Population du bassin de vie giennois, forte prévalence des hospitalisations via le service des urgences, difficulté des médecins devant certains cas de personnes âgées à problèmes multiples.
- Le Service d'Accueil et d'Urgences reçoit la grande majorité des personnes âgées en situation de décompensation.
- Le pôle de Médecine dispose de 53 lits indifférenciés. Il n'y a pas, à ce jour, de service (ou lits distincts) de court séjour gériatrique (CSG).
- La capacité d'accueil du SSR (36 lits dont 3 de soins palliatifs) ne permet pas d'accueillir directement la personne âgée.
- L'hôpital Saint-Jean de Briare (14 kms) héberge un service de médecine de 15 lits et une USLD de 40 lits. Le recrutement de patientèle est strictement gériatrique même si la structure n'est pas labellisée médecine aiguë gériatrique.
- A 25 kms, un service de court séjour de médecine doté de 11 lits. se trouve à l'hôpital de Sully-sur-Loire.
- Des urgences, la personne âgée est, soit renvoyée à son domicile, soit placée en HTCD, soit orientée en médecine ou vers un service spécialisé d'un autre établissement de soins (court séjour gériatrique de l'hôpital de BRIARE).
- Trois médecins à orientation gériatrique sont en activité à l'EHPAD. Ils sont peu sollicités pour donner un avis avant l'orientation du patient.
- La création d'une structure EMG permettrait d'intervenir à ce niveau et d'évaluer les réels besoins.

Rappel de l'objectif opérationnel concerné :

- L'EMG, structure légère de coordination, a pour objectif d'intervenir dans tous les services de l'établissement et de développer un partenariat avec les acteurs de ville médicaux et sociaux. Elle se déploie, dans un premier temps, au sein du pôle SAU-SMUR-HTCD.
- L'EMG propose une évaluation gériatrique, un avis gériatrique, une orientation vers la meilleure prise en charge de la personne âgée avec recrutement de toutes les structures de la filière gériatrique :
 - ✓ Conseil et formation des équipes soignantes

- ✓ Evaluation médico-psycho-sociale
 - ✓ Elaboration du projet de soin et de vie
 - ✓ Orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique
 - ✓ Participation à l'organisation de la sortie
- Dispenser un avis spécialisé, et assister, à leur demande, les différents services et structures de soins non gériatriques y compris les urgences, pour une bonne prise en charge et orientation des personnes âgées fragiles.
- Mieux orienter les personnes âgées vulnérables adressées aux urgences du centre hospitalier et, ce faisant, améliorer leur prise en charge.
- Avoir une meilleure prise en charge de la personne âgée dans les services non gériatriques.
- Réduire ou éviter les hospitalisations.
- Développer les partenariats ville-hôpital.
- Réduire l'incidence des réhospitalisations précoces et non programmées.
- Diminuer la durée de l'hospitalisation.
- Aider au diagnostic.
- Prévenir au maximum les complications de l'hospitalisation (escarres, perte d'autonomie, dénutrition, décompensation en cascade...)
- Organiser un suivi des patients après la sortie de l'hospitalisation, en collaboration avec les autres intervenants médico-sociaux.
- Description précise de l'action :
 - Équipe composée d'un médecin et d'une infirmière, spécialisée en gériatrie, collaborant avec l'assistante sociale et le secrétariat du service concerné.
 - Déploiement d'une équipe qui se déplace dans les autres services (au début l'HTCD) qui a pour mission d'évaluation- orientation-suivi-formation.
 - Le dispositif s'accorde une période d'évaluation de 6 mois à un an.
 - Compte tenu du développement partiel, l'intervention se concentre dans un premier temps au pôle Urgences-SMUR-HTCD. Le projet est de développer les recrutements sur l'ensemble des services hospitaliers du centre hospitalier.
 - Intervention du lundi au vendredi.
 - Présence de l'infirmière de l'EMG sur le pôle.
 - Evaluation de la situation de la personne âgée (75 ans ou plus) : il s'agira d'un avis diagnostique, d'évaluation thérapeutique et de prise en charge. Le médecin urgentiste reste le responsable du patient et libre à lui de suivre ou non l'avis gériatrique. Un suivi du patient doit être mis en place par l'EMG en particulier pour créer un lien avec la médecine de ville et permettre une formation à la gériatrie.
 - Critères de recrutement :
 - ✓ Personne âgée de plus de 75 ans.
 - ✓ Personne âgée fragile.
 - ✓ Critères adaptés de Rubenstein : Indépendants, Mono-pathologiques, Psycho-gériatriques, Fragiles, En soins palliatifs.
 - ✓ Score TRST.
 - ✓ Score ISAR.
- Responsable coordinateur de l'action :
 - Dr ANDRIANASOLO Larissah, praticien attaché, pôle SSR-EHPAD
 - Madame FOURCADE, responsable du suivi
- Partenaires :

- L'assistante sociale des urgences
- Les autres médecins du service concerné
- Le médecin traitant
- Les intervenants à domicile
- La famille et aidants
- Description des étapes :
 - Sous Action 1 (Responsable : Direction) : demande d'autorisation ARS
 - Sous Action 2 (Responsable : Pôle SSR-EHPAD) : mise en œuvre (recrutement d'un ETP IDE, organisation du temps médical avec l'EHPAD, installation)
- Moyens :
 - Dépenses : la mise en place de l'équipe s'effectue à cout constant par redéploiement de ressources propres.
 - ✓ Equipe : 0.5 ETP Médecin Gériatre ; 1 ETP infirmier ; temps d'assistante des services sociaux ; de secrétariat ; Psychologue, Ergothérapeute, diététicien... ; Une équipe formée à l'évaluation gériatrique. Les besoins de formation sont à identifier et à programmer.
 - ✓ Matériels : Un numéro de téléphone dédié doit être mis en place ; Un espace de travail pour l'IDE équipé informatiquement et rangement ; Circuit de communication établi) prévoir un bureau pour l'IDE de l'EMG.
 - ✓ Investissement / autofinancement puis demande d'appui de l'ARS
 - Recettes : facturation des actes d'évaluation cognitive uniquement s'ils sont faits en externe.
- **Documents supports de l'action** : Circulaire DHOS/02 N° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique
-
- Résultats attendus :
 - Réduire l'incidence des ré-hospitalisations précoces et non programmées
 - Eviter les hospitalisations inutiles
 - Diminuer la durée de l'hospitalisation
 - Améliorer le parcours de soins du patient âgé en recrutant par cette EMG tous les intervenants du réseau : CLIC, etc... avec qui le personnel de l'EMG doit avoir des liens étroits.
 - Faciliter et préparer le retour à domicile.
 - Augmenter les consultations gériatriques ou de mémoire.
- Perspectives :
 - ✓ Le déploiement de l'EMG pourrait s'étendre aux autres services hospitaliers et médico-sociaux, puis sur d'autres structures : EHPAD, hôpital de Sully-sur-Loire...
 - ✓ Un partenariat fort avec l'HDJ (en projet) est de rigueur.
 - ✓ Labellisation du projet EMG par l'ARS à partir des résultats obtenus.
- Calendrier :
 - Rédaction du projet et présentation du projet à la direction : janvier 2014
 - Réunion de calage avec le service des urgences : 5 mars 2014
 - Démarche administrative et demande d'autorisation
 - Mise en place des ressources matérielles
 - Recrutement IDE : 17 septembre 2015
 - Début des activités : 1^{er} octobre 2015
 - Période d'évaluation : 6 mois

- Suivi :

Périodicité : tous les 3 mois

- Evaluation :
 - DMS en court séjour
 - File active
 - Nombre d'évaluations réalisées : évaluation complète / consultation / suivi.
 - Taux de ré-hospitalisation précoce (mois suivant la sortie)
 - Nombre de consultation EMG
 - Délai d'intervention de l'EMG
 - Nombre ETP en place dans l'EMG.
 - Nombre de passages aux urgences à 30 jours et à 60 jours.
- **Plan de communication** : 2 campagnes de communication interne et externe à prévoir.

FICHE ACTION

10.4.2.13. PROJET TRANSVERSAL : DISPOSER/BÉNÉFICIER D'UNE IRM

O.S.1. : Etude médico-économique de faisabilité « IRM »

- **Projet en Référence** : Disposer/Bénéficiaire d'une IRM

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - ⊖ Les médecins généralistes, spécialiste, les urgentistes et les chirurgiens du bassin giennois souhaitent que les IRM prescrites soient réalisés sur place
- Description précise de l'action :
 - Etude médico-économique (de faisabilité) pour déterminer le niveau de participation du centre hospitalier, l'un des 3 partenaires du groupement d'intérêt économique (GIE).
 - Analyser le nombre d'IRM prescrits par le centre hospitalier et réalisés à l'extérieur du centre hospitalier (sur la période Septembre 2014 – Septembre 2015).
- Responsable coordinateur de l'action : Madame DUNYACH et Docteur LEFEVRE

- **Partenaires** : ARS, Cabinets de radiologie membres du GIE.

- **Moyens** : recours à l'emprunt par le GIE si autorisation d'équipement accordée par l'ARS au GIE.

- **Calendrier** : à préciser selon les résultats de l'étude d'opportunité et calendrier de dépôt des demandes d'autorisation.

- Suivi et Evaluation :

Le suivi et l'évaluation seront assurés par l'assemblée générale du GIE en lien avec les objectifs fixés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) du GIE signé en 2014.

10.4.3. FICHES ACTIONS RELATIVES À L'AXE «VALORISER L'ACTIVITÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES»

PROJET DE PÔLE FEMMES-ENFANTS (VOLET PÉDIATRIE) :

- OS1 – OO1 : Mieux valoriser l'activité d'urgences pédiatriques. en page 228

PROJET DE PÔLE FEMMES-ENFANTS (VOLET GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE) :

- OS1 – OO3 : Augmenter le nombre de sages-femmes par redéploiement interne. en page 230

PROJET DE PÔLE URGENCES :

- OS3 – OO1 : Maîtriser les coûts de la masse salariale. 231
- OS3 – OO2 : Valoriser l'activité du pôle. en page 233

FICHE ACTION

10.4.3.1. PROJET PÔLE FEMMES-ENFANTS : VOLET PÉDIATRIE

O.S.1. : Pérenniser l'activité en pédiatrie

O.O.1 : Mieux valoriser l'activité d'urgences pédiatriques

- **Projet en Référence** : Mieux valoriser les urgences pédiatriques

- **Contexte Enjeux Objectifs** :
 - ✓ Activité croissante depuis 3-4 ans
 - ✓ Offre médicale à la population pédiatrique du giennois, installation d'un pédiatre en ville, démographie médicale non favorable (nombreux médecins de famille partant à la retraite non remplacés)
 - Description précise de l'action :
 - ✓ Renforcer la capacité d'accueil des urgences pédiatriques.
 - ✓ Présence quotidienne d'un pédiatre.
 - ✓ Horaires: du lundi au vendredi, de 09h00 à 17h30 sans interruption ; le samedi, de 09h00 à 12h30.
 - ✓ Présence d'une puéricultrice ou IDE (et/ou AP): prise en charge des enfants optimisée (accueil, orientation, soins...).

- **Responsable coordinateur de l'action** : chef de service Dr MBAMBA

- **Partenaires** :
 - ✓ Pédiatres
 - ✓ Cadre du Pôle (et du Service de Pédiatrie)
 - ✓ Puéricultrices, IDE, AP
 - ✓ Secrétariats de: Pédiatrie, Urgences générales, Admissions
 - ✓ Médecin DIM

- **Description des étapes** :
 - ✓ Sous action 1 (responsable : chef de service Dr Mbamba) :
 - Présence médicale
 - Recrutement et fidélisation de pédiatres
 - ✓ Sous action 2 (responsable : chef de service Dr Mbamba) :
 - Cotation optimisée des actes de consultations
 - ✓ Sous action 3 (responsable : chef de service Dr Mbamba) :
 - Mise en place d'une ZSTCD
 - ✓ Sous action 4 (responsable : cadre de pédiatrie Madame De Vos) :
 - Présence paramédicale (infirmières, puéricultrices, AP).

- **Moyens** :
 - ✓ Contexte de pénurie de pédiatres.

- ✓ Recrutement et fidélisation de pédiatres pour compenser les départs de praticien (retraite, démission).
- ✓ Apports logistiques du DIM
- ✓ Cotation des actes de consultations (NGAP, Cs et majorations...)
- ✓ Valorisation par création d'une ZSTCD (zone de soins très courte durée), pour les patients consultants s'ils nécessitent, outre la consultation du pédiatre, une surveillance particulière, des actes diagnostiques et ou thérapeutiques complémentaires. Alternative à l'hospitalisation.
- ✓ Présence paramédicale (infirmières, puéricultrices, AP)
- ✓ Aménagement du temps de travail en 12 heures testé par l'équipe depuis 2014. Cette nouvelle organisation permet d'affecter une IDE aux urgences pédiatriques du 1er novembre au 30 avril, du lundi au vendredi de 9h à 18h. Extension à toute l'année à l'étude.
- ✓ Dépenses : moyens financiers constants
- ✓ Recettes :
 - Une cotation des actes de consultations conforme à la NGAP, avec les majorations correspondantes non appliquées actuellement
 - Apports recettes d'activité de la ZSTCD.
- **Documents supports de l'action :**
 - ✓ Bilan d'activité des dernières années du Service de Pédiatrie
 - ✓ Nomenclature de cotation des actes de Pédiatrie (NGAP : source ameli.fr)
- **Résultats attendus :**
 - ✓ Pérennisation du service des Urgences Pédiatriques.
 - ✓ Maintenir la dynamique en cours.
 - ✓ Une augmentation de l'activité est visée, (non chiffrée pour le moment, dans l'attente que l'équipe médicale pédiatrique se stabilise).
 - ✓ Recettes supplémentaires : modestes, objectifs à moyen terme : les urgences pédiatriques sont pourvoyeuses d'hospitalisations en pédiatrie ; bénéfiques à moyen et long terme pour l'activité d'hospitalisation en pédiatrie (qui doit rester soutenue).
- **Calendrier :** Mise en place dès que possible, au plus tard à partir de début 2016
- Suivi : Périodicité deux fois par an, jusqu'en 2020
- **Evaluation :**
 - ✓ Indicateurs (qualitatifs, quantitatifs)
 - ✓ Documentation :
 - ✓ Documents hebdomadaires et mensuels de support fournis par le contrôleur de gestion du centre hospitalier : TDB Activités et PMSI
- **Mesures correctives :** A préciser à partir des points faibles à définir.
- **Plan de communication :** Réunion de service, de Pôle, CME, Directoire.

FICHE ACTION

10.4.3.2. PROJET PÔLE FEMMES-ENFANTS : VOLET GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

O.S.1. : Développer l'offre de consultations en gynécologie - obstétrique

O.O.3. : Augmenter le nombre de sages-femmes par redéploiement interne (projet médico-soignant)

- **Projet en Référence** : Développer l'offre de consultations en Gynécologie-Obstétrique

- Contexte Enjeux Objectifs :
 - ✓ Développer l'activité externe des sages-femmes
 - ✓ Projet de soins permettant d'améliorer et sécuriser la prise en charge des patientes.
 - ✓ Uniformiser les horaires de l'équipe (sages-femmes et IDE en 12 h et éventuellement AP/AS en 12 heures).

- Description précise de l'action :
 - ✓ Continuer à développer la consultation sage-femme pour le suivi de grossesse.
 - ✓ Développer les plages de rendez-vous d'échographie en formant les sages-femmes à cette pratique.
 - ✓ Proposer le suivi gynécologique de prévention réalisé par les sages-femmes.

- Responsable coordinateur de l'action : La sage-femme cadre et la cadre de santé de pôle
 - ✓ => Mesdames Barthe et De Vos

- Partenaires :
 - ✓ La Coordinatrice générales des soins
 - ✓ La responsable des Affaires médicales.

- Description des étapes :
 - ✓ Projet de soins 2016-2020 GTT, réorganisation des soins. (projet soignant et médical de pôle). (Me Fourcade)
 - ✓ Réorganisation du temps sage-femme lié aux activités externes (Me Barthe).

- Plan de communication :
 - ✓ Présentation de l'orientation du projet médical aux sages-femmes le 9 Septembre 2015 par le chef de pôle, le référent d'unité ~~responsable d'activité~~ et la sage-femme cadre.
 - ✓ Présentation du projet de formation à la responsable formation en septembre 2015.
 - ✓ Validation du projet d'établissement dont le projet de soins et le projet médical.

FICHE ACTION

10.4.3.3. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.3. : Maitriser les dépenses et valoriser l'activité

O.O.1. : Maitriser les couts de la masse salariale

- Enjeu :
Répondre aux exigences de l'ONDAM afin de garantir la pérennité de la structure.

- Contexte :
 - National
 - ✓ Contrainte budgétaire des Hôpitaux liée à l'enveloppe ONDAM annuelle
 - ✓ Diminution de certains tarifs de GHS
 - ✓ Instruction
 - ✓ C.P.O. M.
 - ✓ Loi de financement de la sécurité sociale. avec la maitrise obligatoire de la masse salariale entre 1 à 2 %.

 - Local
 - ✓ Maitrise de l'évolution de la masse salariale dans le cadre du plan ONDAM et sous le contrôle de la direction.

- Description précise de l'action :

Gérer de manière adaptée les évolutions de la masse salariale en fonction des contraintes budgétaires, réglementaires et de l'activité du pôle

- Responsable coordinateur de l'action : Chef de pôle Dr Gilavert.

- Partenaires :
 - ✓ La Direction du centre hospitalier
 - ✓ Le service des affaires médicales
 - ✓ Le service du RH
 - ✓ La Direction des soins
 - ✓ Le contrôleur de gestion
 - ✓ L'ARS
 - ✓ RTU

- Description des étapes :
 - Développer des outils d'aide au pilotage
 - Utiliser les tableaux de bords institutionnels transmis par le contrôle de gestion et les faire évoluer si besoin en concertation avec les pôles.
 - Maintenir une politique d'anticipation
 - ✓ Adapter le nombre de personnels à l'activité en fonction des flux et augmentation d'activité

- ✓ Maintenir la mutualisation des effectifs au sein du pôle
 - ✓ Développer une politique de pool de remplaçant par territoire en lien avec le RTU afin de diminuer le recours à l'intérim
 - ✓ Avoir une gestion prospective des métiers et des compétences (GPMC)
 - ✓ Avoir une politique d'anticipation des besoins en compétence (formation).
- Moyens
 - ✓ Délégations de moyens (Ex : budget formation, ..)
 - ✓ Dialogue de gestion avec la Direction
 - ✓ TDB mensuel et trimestriel
- Documents supports de l'action
 - ✓ Loi de financement 2014 encadrant les dépenses de masse salariale
 - ✓ ONDAM
 - ✓ EPRD
 - ✓ TDB
 - ✓ Contrat de pôle
 - ✓ CPOM
 - ✓ Projet médical
- Résultats attendus :
 - ✓ Avoir des charges de titre 2 et 3 en corrélation avec l'activité du pôle
 - ✓ Mettre en corrélation la masse salariale avec l'activité du pôle
 - ✓ Eviter le recours à l'intérim médical (RTU)
- Calendrier et Suivi : EPRD 2016 et suivants
- Evaluation :
 - ✓ Coût de la masse salariale / N-1
 - ✓ Taux de recours à l'intérim médical
 - ✓ Nombre d'heures supplémentaires au sein du pôle
 - ✓ Taux d'absentéisme /N-1
 - ✓ Rapport entre absentéisme de longue durée et de courte durée
 - ✓ Masse salariale médicale / paramédicale
 - ✓ Ratio agent / activité et la charge de soins
- Plan de communication :

Rapport d'étapes sous forme de power point :

- ✓ Au bureau de pôle
- ✓ Directoire
- ✓ CME
- ✓ Direction et Direction des soins dans le rapport d'activité annuel

FICHE ACTION

10.4.3.4. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.3. : Maitriser les dépenses et valoriser l'activité

O.O.2. : Valoriser l'activité du pôle

- Enjeu :
Rendre lisible l'efficience de notre prise en charge auprès des tutelles et des patients en remplissant les obligations de transmissions d'activité.
- Contexte :
 - National et Local :
 - ↘ Respecter les obligations du plan ONDAM
 - ✓ Déploiement de la FIDES pour tous les établissements de santé
 - ✓ Certification des comptes obligatoire pour tous les établissements de santé
 - ✓ Transmission de l'activité qualitative et quantitative aux ARS
 - ✓ la valorisation de l'activité est un élément d'optimisation financière
 - ✓ Obligation de transparence de la qualité des prestations auprès des patients
- Description précise de l'action :
Transmettre de manière exhaustive l'ensemble des indicateurs d'activité auprès des tutelles et des usagers.
- Responsable coordinateur de l'action : Chef de pôle Dr Gilavert.
- Partenaires :
 - ✓ Service de facturation du centre hospitalier Services aux patients
 - ↘ Services financiers
 - ✓ DIM
 - ✓ Service informatique
 - ✓ Contrôleur de gestion
 - ✓ La Direction du centre hospitalier
 - ✓ ARS
- Description des étapes :
 - Transmettre les données quantitatives d'activité :
 - Mettre en en place la transmission du RPU
 - Réaliser des réunions avec le DIM
 - Réaliser des réunions d'audit consultation externe
 - Bilan d'activité annuel
- Transmettre des données qualitatives d'activité :
 - ✓ Répondre aux indicateurs IPAQSS => AVC et IDM
 - ✓ Bilan CRUQPC annuel
 - ✓ Réaliser un audit qualité annuel aux urgences

- Moyens :
 - Formation des médecins urgentistes au codage, centralisation du codage.
 - Mise en place d'outils (RPU, audit d'activité)
 - Bilan annuel de l'activité
 - PMSI

- Documents supports de l'action :
 - ✓ Activité mensuelle, PMSI, RPU, rapport CRUQPC
 - ✓ Audit ciblé

- Résultats attendus :
 - Transmission exhaustive des données d'activité.

- Calendrier et suivi :

A compléter

- Evaluation :
 - ✓ Résultats IPAQSS
 - ✓ Pourcentage d'exhaustivité et transmissions RPU
 - ✓ CREX / RMM
 - ✓ Codage
 - Taux de rejet de factures
 - HTCD
 - Indicateur qualité de codage
 - ✓ Résultats audit satisfaction des usagers

- Plan de communication :

Rapport d'étapes sous forme de power point :

- ✓ Au bureau de pôle
- ✓ Directoire
- ✓ CME
- ✓ Direction et Direction des soins dans le rapport d'activité annuel

10.4.4. FICHES ACTIONS RELATIVES À L'AXE «RENFORCER LE RÔLE DE L'ÉTABLISSEMENT AU SEIN DU TERRITOIRE (RÉSEAUX, PARTENARIATS, GHT)»

PROJET DE PÔLE URGENCES :

- OS2 – OO1 : Développer la télémédecine et la télé-expertise au sein du pôle. en page 236
- OS2 – OO2 : Être acteur au sein des réseaux territoriaux. en page 239
- OS2 – OO3 : Développer une antenne UNV. en page 241

PROJET TRANSVERSAL EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) :

- OS1 – OO2 : Développer des partenariats. en page 243

PROJET TRANSVERSAL PARTENARIATS :

- OS1 – OO1 : Être présent sur les différentes thématiques du GHT : Achats, Formation, Organisation des urgences, DIM de territoire, SIH, projet médical de territoire. en page 246
- OS1 – OO2 : Pérenniser le partenariat avec la clinique. en page 246
- OS1 – OO3 : Réétudier les opportunités d'évolution de l'imagerie. en page 246
- OS1 – OO4 : Poursuivre la démarche d'accréditation des membres du GCS de biologie médicale. en page 246

FICHE ACTION

10.4.4.1. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.2. : Etre acteur de l'intégration du pôle aux futurs GHT¹⁷

O.O.1. : Développer la télémédecine et la télé-expertise au sein du pôle

- Enjeu :

Améliorer la performance du pôle grâce au déploiement de la télémédecine afin de répondre au vieillissement de la population, à l'augmentation de patients souffrant de maladies chroniques, aux contraintes budgétaires et aux inégalités de répartition des professionnels au sein du territoire.

- Contexte :

- National :

- ✓ Inégalité d'accès aux soins sur le territoire national
- ✓ Inégalité de répartition des professionnels de la santé sur le territoire national
- ✓ Contraintes économiques dans le champ de la Santé
- ✓ Contexte épidémiologique : vieillissement de la population et augmentation des patients souffrant de pathologies chronique.

- Local :

- ✓ Vieillissement de la population
- ✓ Baisse des ressources médicales spécialisées
- ✓ Augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques

- Description précise de l'action :

Améliorer l'accessibilité de la population à des spécialistes, la coordination entre les professionnels et le parcours de soins des patients afin de diminuer l'inégalité d'accès aux soins pour les patients pris en charge et les dépenses de santé.

- Responsable coordinateur de l'action : le Chef de pôle => Dr Gilavert

- Partenaires :

- ✓ La Direction du centre hospitalier
- ✓ L'ARS Centre
- ✓ Service informatique
- ✓ Médecins spécialistes
- ✓ centre hospitalier de référence selon les spécialités.

- Description des étapes :

- Créer des moyens de télétransmission et de télé-expertise

- ✓ Créer un groupe de travail entre le pôle urgences et le service informatique afin de définir un cahier des charges

¹⁷ GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

- ✓ Présenter aux tutelles un dossier d'agrément
 - ✓ Acheter le matériel nécessaire à la mise en place de la télé-expertise et de la télé-médecine
 - ✓ Former l'équipe médicale à l'outil mis en place.
- Créer des conventions inter établissement pour mettre en œuvre la télé-expertise
 - ✓ Créer des partenariats avec les spécialistes des établissements de référence afin de bénéficier de l'expertise des spécialistes.
- Participer à la mise en œuvre de filières spécifiques
 - ✓ Intégrer les filières de prise en charge spécifique en développant des protocoles communs avec les centres de référence
 - ✓ Participer au RTU
 - ✓ Créer des RMM inter établissement
- Moyens :
 - Temps dédiés aux réunions
 - Coût du matériel
 - Temps Informatique.
- Documents supports de l'action :
 - ✓ Article 78 de la loi HPST (2009)
 - ✓ Décret du 19 octobre 2010 sur les actes de Télé-médecine
 - ✓ Article R1434-7 du code de la santé publique
 - ✓ Rapport de l'ANAP sur la Télé-médecine dans la prise en charge de l'AVC (Juin 2014)
 - ✓ Rapport de l'HAS (Juillet 2013)
 - ✓ Programme régional de Télé-médecine ARS Centre Val de Loire (PRT).
- Résultats attendus :
 - ✓ Pouvoir bénéficier d'un avis de spécialiste
 - ✓ Diminuer les dépenses de santé (coût de transport, diminution de la DMS)
 - ✓ Prendre en charge de manière adaptée les pathologies complexes
 - ✓ Diminuer les temps de prise en charge.
- Evaluation :
 - ✓ Taux d'avis de spécialiste en neuro chirurgie
 - ✓ Taux d'avis de spécialiste en neurologie
 - ✓ Taux d'avis de spécialiste dans le cadre des prises en charge de plaies chroniques, brûlures...
- Mesures correctives
 - ✓ Création d'un taxi « navette pour transporter les examens »
 - ✓ Création d'un outil informatique permettant d'envoyer les examens par fax ou mail.
- Plan de communication : Rapport d'étapes sous forme de power point :
 - ✓ Au bureau de pôle
 - ✓ Directoire

- ✓ CME
- ✓ Direction et Direction des soins dans le rapport d'activité annuel

FICHE ACTION

10.4.4.2. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.2. : Etre acteur de l'intégration du pôle aux futurs GHT¹⁸

O.O.2. : Etre acteur au sein des réseaux territoriaux

- Enjeu :

Créer, développer ou maintenir les partenariats, les réseaux ou collaboration avec les autres structures.

- Contexte :

- ✓ Mise en place de GHT avec développement des réseaux inter hospitalier
- ✓ Développement des Réseaux ville / Hôpital
- ✓ Loi santé de Marisol Touraine
- ✓ Réorganisation territoriale des activités par structures pour améliorer la prise en charge des patients mis dans les filières spécifiques

- Description précise de l'action :

- Participer aux élaborations des nouveaux schémas territoriaux d'organisation des urgences, aux réunions du territoire ville/ hôpital et pouvoir au sein de ses groupes de travail, être force de proposition.

- Responsable coordinateur de l'action : le Chef de pôle => Dr Gilavert

- Partenaires :

- La Direction du centre hospitalier
- L'ARS Centre
- Les membres du R.T.U¹⁹
- Les membres du CTRU²⁰
- Les différents groupes de travail du territoire

- Description des étapes :

- Participer aux réunions relatives aux modalités d'organisation du travail dans les structures d'urgence
 - ✓ Participer à chaque Réunion R.T.U.
 - ✓ Participer à chaque réunion C.R.T.U.
 - ✓ Intégrer les commissions d'évaluation

¹⁸ GHT : Groupement hospitalier de territoire

¹⁹ RTU : Réseau territorial urgences

²⁰ CRTU : Comité réseau territorial urgences

- Poursuivre les partenariats avec les réseaux existants
 - ✓ Participer et être acteur dans l'organisation des réunions inter SMUR²¹
 - ✓ Participer aux réunions de maillage territorial du réseau ville- hôpital et pouvoir apporter des axes d'amélioration pour optimiser ces partenariats.

- Favoriser la mise à disposition des données d'orientation
 - ✓ Participer à la mise à jour des données du ROR²²
 - ✓ Participer à la transmission des données ARS.

- Moyens :
 - Temps dédiés aux réunions
 - Réseau Informatique
 - Formalisation des réseaux de territoire
 - Formalisation des partenariats.

- Documents supports de l'action :
 - Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences-Jean-Yves Grall- juillet 2015
 - Mise en place du ROR article D. 6124-25 du code de la santé publique, modifié par décrets : décret n°2006-577 du 22 mai 2006 - art. 1 JORF 23 mai 2006 et décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 187 et rendue obligatoire par la circulaire DHOS/01/2007/65 du 13 février 2007.
 - Travaux et rapport du CTRU
 - Pacte territoire santé du 13/12/2013
 - SROS 2012-2016

- Résultats attendus :
 - ✓ Intégration effective aux réseaux / GHT / filières.

- Calendrier et suivi :
 - En lien avec le déploiement des GHT

- Evaluation :
 - ✓ Nombre de participations aux réunions
 - ✓ ROR : mise à jour annuelle

- Plan de communication : Rapport d'étapes sous forme de power point :
 - Au bureau de pôle
 - Directoire
 - CME
 - Direction et Direction des soins dans le rapport d'activité annuel

²¹ SMUR

²² ROR répertoire opérationnel réseau

FICHE ACTION

10.4.4.3. PROJET PÔLE URGENCES

O.S.2. : Etre acteur de l'intégration du pôle aux futurs GHT²³

O.O.3. : Développer une antenne U.N.V²⁴

- Enjeu :
 - ✓ Amélioration de la prise en charge des AVC²⁵ sur le secteur Est-Loiret en lien avec l'UNV la plus proche.
 - ✓ Améliorer la file active des patients hospitalisés pour AVC.

- Contexte :
 - ✓ L'UNV étant à 80 kms, le délai de prise en charge et transport est incompatible avec une prise en charge optimale des AVC sur le secteur
 - ✓ Pas d'IRM²⁶ – Pas de télé-médecine.

- Description précise de l'action :
 - ✓ Mise en place des moyens humains et matériels pour la réalisation de Thrombolyse Cérébrale en partenariat avec le centre de référence CHRO au sein des urgences.

- Responsable coordinateur de l'action : le Chef de pôle => Dr Gilavert

- Partenaires :
 - ✓ Neurologue du centre hospitalier
 - ✓ Neurologie CHRO
 - ✓ Radiologues télé-médecine et locaux
 - ✓ Médecins Urgentistes formés
 - ✓ SAMU
 - ✓ Equipe paramédicale
 - ✓ Pharmacie
 - ✓ DIM
 - ✓ ARS Centre Val de Loire.

- Description des étapes :
 - ✓ Recherche des critères d'ouverture d'antenne U.N.V.
 - ✓ Evaluation de la file active / coût / temps médical et paramédical
 - ✓ Adaptation des moyens matériels => imagerie / télé-médecine
 - ✓ Formation médicale et paramédicale

²³ GHT : Groupement hospitalier de territoire

²⁴ UNV : Unité neuro-vasculaire

²⁵ AVC : Accident vasculaire cérébral

²⁶ IRM : Imagerie résonance nucléaire

- ✓ Procédures.
- Moyens :
 - ✓ Recettes T2A²⁷
 - ✓ Coût matériel (Télémédecine, IRM)
 - ✓ Coût de formation
 - ✓ Coût du traitement
 - ✓ Coût de la prise en charge paramédicale.
- Documents supports de l'action :
 - ✓ Circulaire DHOS-04 n°2007-108 du 22/03/2007 relative à la mise en place des UNV
 - ✓ Circulaire DGOS du 06/03/2012 sur l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC
 - ✓ Recommandations sur la création d'UNV, société française neuro vasculaire
 - ✓ Recommandations HAS de Mai 2009 : AVC, prise en charge précoce.
- Résultats attendus :
 - ✓ Augmenter l'accès à la thrombolyse
 - ✓ Diminuer le délai de prise en charge avant la thrombolyse.
- Evaluation :
 - ✓ Taux de patients thrombolysés / taux de patients AVC
 - ✓ Amélioration des indicateurs AVC.
- Mesures correctives:
 - ✓ IRM / Télémédecine => alternative scanner télémédecine.
- Plan de communication : Chaque année, rapport d'étapes sous forme de power point.
 - Au bureau de pôle, équipes
 - Directoire
 - CME
 - Direction et Direction des soins dans le rapport d'activité annuelle

²⁷ T2A : Tarification à l'activité et à l'acte

FICHE ACTION

10.4.4.4. PROJET TRANSVERSAL : ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)²⁸

O.S.1. : Développera un programme d'ETP au sein du centre hospitalier

O.O.2. : Développer des partenariats

- **Projet en Référence** : Développer un programme d'ETP au sein du centre hospitalier
- **Contexte Enjeux Objectifs** :
 - Une offre de soins promue avec la loi HPST ²⁹: « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade ».
 - Les objectifs de l'ETP : Acquérir des compétences utiles pour devenir acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie.
 - ✓ Comprendre sa maladie
 - ✓ Connaître les bénéfices et les effets secondaires de ses traitements
 - ✓ Connaître les mesures préventives à adopter
 - ✓ Reconnaître une aggravation et savoir réagir de manière adéquate
 - ✓ Identifier les facteurs ou circonstances déclenchant des pics de récurrence de la maladie pour mieux les éviter
 - ✓ Résoudre les difficultés du quotidien liées à la maladie
 - Une pratique spécifique :
 - ✓ Une pratique complémentaire des soins prescrits sur ordonnance par le médecin
 - ✓ Une pratique personnalisée selon les besoins du patient
 - ✓ Une pratique basée sur une approche pluridisciplinaire
 - Un diagnostic éducatif établi avec le patient afin de mieux le connaître, identifier ses besoins, définir les compétences à acquérir ou à mobiliser.
 - Un programme personnalisé proposé par l'équipe pédagogique avec selon ses besoins des séances collectives et/ou individuelles adaptées.
 - A la fin du programme, une évaluation individuelle permettant de faire le point sur sa compréhension, ses acquis, de proposer de nouvelles séances si besoin et de transmettre un bilan à son médecin traitant.
 - Un cadrage référencé :
 - ✓ Les programmes d'ETP sont conformes à un cahier des charges national.
 - ✓ Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des ARS.
 - ✓ Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur.

²⁸ ETP : Education Thérapeutique du Patient

IMG : Interne en médecine générale

²⁹ Loi hôpital patient santé et territoire

- ✓ Ils donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.
- Le financement :
 - ✓ Dans le cadre des MIGAC (crédits de missions d'intérêts général et d'aide à la contractualisation)
 - ✓ Seuls seront financés les programmes d'ETP qui répondent aux priorités régionales.
 - ✓ L'enjeu est celui de la qualité de l'offre et de son déploiement harmonisé sur le territoire.
 - ✓ Relèvent d'un financement MIGAC toutes les actions de prévention et d'éducation réalisées auprès de patients non hospitalisés.
 - ✓ Sont exclues les actions réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour, celles-ci étant considérées dans ce cas comme prises en charge par les tarifs.
- Etat des lieux en médecine et en gynécologie-obstétrique :
 - ✓ Différentes actions menées et une pathologie prévalente : le diabète
 - Maternité – diabète gestationnel ou diabète de type 1 (suivi de grossesse)
 - Pédiatrie – diabète de l'enfant
 - Médecine – diabète de l'adulte
- Etat des lieux en SSR :
 - ✓ Sevrage alcoolique
 - ✓ Renutrition du sujet âgé
 - ✓ Restauration des capacités posturales et de la marche du sujet âgé.
- Les enjeux :
 - ✓ Développer une offre de soin pertinente et adaptée à notre bassin de population (accès aux soins de premier recours, accès aux consultations médicales, de spécialistes, de professionnels de santé...)
 - ✓ Valoriser les actions menées : structurer – labelliser – obtenir les financements
 - ✓ Mettre en œuvre les recommandations liées à la V2010.
- Les choix :
 - ✓ S'inscrire dans la démarche « éducation thérapeutique du patient » :
 - En développant une mission conseil et orientation auprès des patients
 - En développant un ou des programmes (en MCO et SSR ; pour une pathologie sur différents secteurs ; pour une pathologie précise)
- Les ressources :
 - ✓ Les réseaux existants
 - ✓ Les programmes déjà existants soit pour un déploiement concerté mais propre à l'établissement ou pour devenir adresseur
 - ✓ La direction commune : partenariat avec l'hôpital de Sully sur Loire.
 - ✓ Les actions menées et à structurer et développer.
- **Description précise de l'action :**
 - Intégrer le Groupe de Réflexion sur l'éducation Thérapeutique du Patient du Loiret : le GRÉTPL.
 - Intégrer un réseau PEC
 - ✓ Pour une pathologie : exemple le diabète
 - LOIRESTDIAB – Montargis
 - DIABOLO – Orléans
 - Développer le réseau du centre hospitalier

- ✓ Rencontrer la référente ARS
- ✓ Avec l'équipe de l'hôpital de Sully sur Loire: appui de la direction commune – Une IDE formée à l'ETP
 - Des objectifs communs
 - Un partenariat à optimiser
 - Un parcours de soin potentiel

- Responsable coordinateur de l'action : Madame FOURCADE et Dr BENABDELKARIM

- Calendrier :
 - Avant fin du 1^{er} trimestre 2016
- **Suivi** : Suivi de l'état d'avancement des actions tous les mois.

- Evaluation :
 - Indicateurs qualitatifs permettant de suivre l'effective réalisation des actions décrites précédemment.

FICHE ACTION

10.4.4.5. PROJET TRANSVERSAL PARTENARIATS :

OS1 – OO1 : Être présent sur les différentes thématiques du GHT : achats, formation, organisation des urgences, DIM de territoire, SIH, projet médical de territoire.

fiche action en cours d'écriture

FICHE ACTION

10.4.4.6. PROJET TRANSVERSAL PARTENARIATS :

OS1 – OO2 : Pérenniser le partenariat avec la clinique.

fiche action en cours d'écriture

FICHE ACTION

10.4.4.7. PROJET TRANSVERSAL PARTENARIATS :

OS1 – OO3 : Réétudier les opportunités d'évolution de l'imagerie.

fiche action en cours d'écriture

FICHE ACTION

10.4.4.8. PROJET TRANSVERSAL PARTENARIATS :

OS1 – OO4 : Poursuivre la démarche d'accréditation des membres du GCS de biologie médicale.

fiche action en cours d'écriture

10.5. CAHIER DES CHARGES DES UNITÉS D'HÉBERGEMENT RENFORCÉES (UHR)

L'unité d'hébergement renforcée (UHR), d'une capacité de 12 à 14 résidents dans les EHPAD médico-sociaux, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères.

L'UHR est un lieu d'hébergement séquentiel pour ces personnes.

L'UHR accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD dans lequel est situé l'UHR ou d'un autre établissement.

1. Population ciblée

Les UHR hébergent des résidents :

- souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée³⁰, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- dont l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield³².
-

2. Critères d'admission et modalités

Il convient qu'au préalable :

- le diagnostic ait été posé et son annonce faite ;
- le consentement de la personne ait été activement recherché ;
- l'évaluation des troubles du comportement ait été réalisée.

Pour les EHPAD, les critères d'admission et de sortie de l'unité d'hébergement renforcée sont inscrits dans le contrat de séjour et le livret d'accueil en précise les modalités de fonctionnement.

Pour les USLD, le livret d'accueil précise les critères d'admission et de sortie de l'UHR et les modalités de son fonctionnement.

L'entrée et la sortie de l'unité font l'objet d'une validation :

- en EHPAD par le médecin coordonnateur en liaison avec le médecin traitant,
- en USLD par le médecin de l'unité.

³⁰ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées », Haute Autorité de Santé, Mars 2008.

³¹ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale, Février 2009.

³² Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée par l'équipe soignante de l'unité pour la mise en œuvre du projet de vie et de soins. La famille ou l'entourage est informée des modalités de prise en charge du résident lors d'un entretien qui fera l'objet d'un compte rendu.

Il est organisé au moins une fois par trimestre une réunion des familles (indépendamment des réunions du Conseil de la vie sociale en EHPAD), si possible avec la présence de représentants d'associations de malades et de familles.

3. Critères de réorientation des résidents

La diminution ou la disparition des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue pour être compatible avec le retour dans une unité traditionnelle constituent un des critères de sortie de l'UHR.

La décision de sortie de l'UHR sera prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, sur avis, en EHPAD, du médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant ou, en USLD, du médecin de l'unité, après information et recherche de consentement de la personne malade et en concertation avec la famille ou l'entourage proche. Cette décision fera l'objet d'une formalisation écrite.

4. Projet de l'unité d'hébergement renforcée

Le projet spécifique de l'UHR prévoit les modalités de fonctionnement de l'unité qui répond obligatoirement aux critères suivants :

4.1. L'accompagnement à effet thérapeutique

L'unité propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

- au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques, ...)
- au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage, ...)
- à la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie, ...)
- au maintien du lien social des résidents, (repas, art-thérapie, ...)

Les activités seront proposées pour des groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).

Chaque type d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

4.2. Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés

Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui constituent le projet d'accompagnement et de soins, font l'objet d'un protocole qui sera suivi et évalué :

- la prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas, ...;
- le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes ;
- les stratégies alternatives à la contention ;
- la bonne utilisation des thérapeutiques sédatives ;

- la prise en charge en fin de vie des malades Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- la transmission des informations entre les différentes équipes.

Les activités thérapeutiques organisées par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien nécessitent une prescription médicale.

4.3. Un accompagnement personnalisé de vie et de soins

Dans le cas d'un transfert d'un résident d'une unité traditionnelle vers l'UHR, il convient de s'assurer notamment que l'histoire de vie de la personne, ses habitudes de vie quotidienne (horaires de repas, de sommeil...) ainsi que ses goûts ont été recueillis afin de construire le projet personnalisé d'accompagnement et de soins. S'il s'agit d'une admission directe, ce recueil d'informations est à réaliser auprès de l'entourage et du médecin traitant.

Cet accompagnement s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement ; il précise:

- le rythme de vie de la personne, y compris la nuit ;
- les habitudes de vie lors des repas, de la toilette, des sorties... ;
 - o les activités thérapeutiques qui lui sont nécessaires ;
- les événements à signaler à la famille ;
 - o la surveillance de l'état de santé : poids, comorbidité et problèmes de santé intercurrents, effets indésirables des médicaments...

Le projet personnalisé est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou du médecin de l'unité en lien avec l'infirmier de l'UHR.

Les résidents qui ont des difficultés pour dormir la nuit bénéficient d'un accompagnement approprié.

La synthèse et la transmission des informations³³ concernant le résident sont mentionnées dans un dossier³⁴.

4.4. Les transmissions d'équipe

Une procédure de signalement des événements et des situations complexes est mise en place.

Lors de la sortie du résident de l'UHR vers son unité d'origine ou son domicile, l'équipe de l'UHR s'assure de la transmission de toutes les informations nécessaires pour une bonne prise en charge du malade par la nouvelle équipe soignante.

5. Le personnel soignant intervenant dans l'unité

5.1. La qualité des professionnels

³³ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

³⁴ Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Direction générale de la santé. Direction générale de l'action sociale. Société française de gériatrie et gérontologie. Octobre 2007.

Le médecin de l'unité, ou le médecin coordonnateur dans les EHPAD, constitue le pivot de l'équipe et permet de coordonner et de suivre le projet de soins et de vie spécifique de l'unité.

Des réunions sont organisées en vue d'étudier les situations complexes. Les décisions prises font l'objet d'une formalisation écrite.

L'accès à un avis psychiatrique est recherché.

L'unité d'hébergement renforcée dispose :

- d'un temps de médecin (pour les EHPAD, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission) ;
- d'un temps d'infirmier ;
- d'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute ;
- d'un temps d'assistant de soins en gérontologie ;
- d'un temps de personnel soignant la nuit ;
- d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes.

5.2. La formation du personnel 35

Les professionnels intervenant au sein de l'UHR sont formés :

- à l'utilisation des outils d'évaluation (NPI-ES et échelle d'agitation de Cohen-Mansfield) ;
- aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ;
- aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- à la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).

De façon générale, l'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est formé, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

L'ensemble du personnel est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes, à la sortie de l'UHR, dans les meilleures conditions.

6. La coordination des différents services

La prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement sévères nécessite la mise en place d'une coordination active entre différentes structures sanitaires et médico-sociales sous l'impulsion du médecin coordonnateur en EHPAD et du médecin de l'unité en USLD.

35 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

En fonction de l'offre disponible sur le territoire, l'établissement qui crée une unité d'hébergement renforcée dispose d'une convention de partenariat avec :

- une équipe psychiatrique publique ou privée,
- les partenaires de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie, ...),
- un ou d'autres EHPAD ou USLD.

7. L'Environnement architectural des unités d'hébergements renforcées

L'environnement architectural³⁶ doit être le support du projet de soins et d'activités adaptés énoncé ci-dessus. Il doit répondre à 3 objectifs :

- créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant³⁷,
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,
- offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

7.1. Généralités concernant un environnement architectural sûr et rassurant pour une unité d'hébergement renforcée

L'UHR, conçue pour héberger 12 à 14 résidents, est à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités.

La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel est par ailleurs facilitée par la conception architecturale de l'unité qui évite le sentiment d'enfermement.

La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir au sein de l'unité des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais bien entendu dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

L'unité dispose :

- d'une entrée adaptée,
- d'espaces³⁸ privés,
- d'un espace¹⁷ repas avec office,
- d'un espace¹⁷ salon dédié au repos et à certaines activités collectives,
- d'une salle de bain/bien-être,
- d'au moins un espace¹⁷ d'activités adaptées,
- de deux w.-c.,
- des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l'unité,
- d'un jardin ou d'une terrasse.

La conception architecturale de l'unité qui traduit les choix préalables du projet de vie et du programme d'activités thérapeutiques définis doit :

³⁶ Guide Pratique sur l'accompagnement et le cadre de vie des personnes âgées souffrant de détérioration intellectuelle en établissement (Alzheimer et maladies apparentées) - PADI - à paraître en 2009 - Direction générale de l'action sociale

³⁷ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

³⁸ Le terme espace est volontairement utilisé de manière à ne pas préjuger de la nature de la réponse architecturale : espace délimité ou zone dans un espace polyvalent (même si pour les unités à créer, il est souhaitable d'éviter les espaces polyvalents).

- favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents ;
- prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux.

7.2. Un environnement qui favorise le confort et l'usage

D'un caractère familial, convivial et rassurant pour les résidents, l'architecture de l'UHR répond à une qualité d'usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet une qualité de vie et la réalisation d'activités quotidiennes qui rappellent celles du domicile associées à des soins adaptés. Un soin particulier sera porté à la lumière naturelle, à la nature des matériaux utilisés, à l'entretien et au confort acoustique des lieux.

7.3. Un environnement qui favorise l'orientation et qui contient la déambulation

La déambulation au sein de l'unité est gérable par un accompagnement et des réponses architecturales adaptés pour faciliter l'orientation et la circulation des résidents. L'organisation des espaces de l'unité permet une circulation libre et sécurisée des résidents déambulant. Dans le cas de la création d'une UHR par une construction neuve ou par l'aménagement d'un espace existant, la circulation des résidents déambulant doit pouvoir s'effectuer au sein des différents espaces de l'unité sans créer de couloir ou de boucle dédiés à la déambulation.

7.4. Un environnement sécurisé

Compte tenu des troubles du comportement sévères des personnes accueillies dans l'unité d'hébergement renforcée, un soin particulier sera apporté à certains équipements qui peuvent présenter des risques pour la sécurité tels que les radiateurs ou les fenêtres.

7.5. Un environnement qui répond à des besoins d'autonomie et d'intimité

Il convient de faciliter l'accès des résidents aux WC qui doivent être aisément identifiables par leur situation et par leur signalisation.

7.6. Les aspects réglementaires

- en matière d'accessibilité : l'unité répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtés du 1^{er} août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation). Toutefois, pour répondre à des aspects de confort d'usage, la conception de l'unité tient compte des besoins spécifiques des personnes accueillies.
- en matière de sécurité incendie : l'unité répond à la réglementation ERP de type J pour les EHPAD (arrêtes du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) et type U pour les USLD.

7.7. Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement d'une unité d'hébergement renforcé.

- L'entrée

Espace de transition, la conception de l'entrée de l'unité fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes.

- Les espaces privés

Chaque résident dispose d'un espace privé qui doit faciliter les relations avec sa famille et son entourage. L'espace privé doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes. Il requiert une surface suffisante pour permettre de moduler son organisation en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution.

- L'espace commun de bain, de soins et de « bien-être »

L'UHR dispose d'un espace de soins et de « bien-être » visant à stimuler les personnes accueillies et favoriser la relaxation, l'exercice ou les massages.

- Les espaces de convivialité et de vie sociale

L'unité d'hébergement renforcé devra disposer d'espaces collectifs : un espace repas avec office, un espace salon et d'au moins un espace pour permettre aux personnes accueillies dans l'unité de bénéficier d'activités individuelles ou en petit groupe.

Ces espaces sont géographiquement séparés des espaces de vie privée pour permettre une distinction des lieux de vie privés et des lieux de soins et d'activités.

- Les espaces d'activités et de soins :

L'UHR dispose d'au moins un espace d'activités et de soins permettant de stimuler les personnes accueillies dans l'unité qui devra répondre à un usage pour 3 ou 4 résidents maximum ou à un usage individuel.

Ces espaces doivent répondre au projet thérapeutique de l'UHR et peuvent être différents selon les établissements. A titre d'exemple il s'agit :

- soit, d'un espace pour activités manuelles: peintures, modelage,...
- soit, d'un espace pour activités de musicothérapie,
- soit, d'un espace d'activités physiques,
- soit, d'un espace multi-sensoriel,
- soit, d'un espace de jeux,
- autre....

- Les espaces extérieurs

Que l'unité soit située, en rez-de-chaussée ou en étage, elle doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Cet espace est librement accessible aux résidents.

- Les espaces de services

L'unité dispose de locaux de service nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale, un espace de réunion du personnel...

10.6. MESURE 17 DU PLAN ALZHEIMER : UNITÉS SPÉCIALISÉES AU SEIN DES SSR (UCC)

Création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), pour malades atteints d'Alzheimer

Individualisation au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation, d'unités cognitivo-comportementales (UCC³⁹)

L'identification de telles unités (dimensionnement de 10-12 lits) au sein de structures de SSR polyvalents ou gériatriques est destinée à offrir une prise en charge spécifique pour les patients jeunes et âgés qu'ils soient à domicile ou en institution. Le but étant de leur permettre de retourner à leur domicile d'origine.

Dans une architecture adaptée, avec des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement, sur la base d'un bilan médico-psychosocial, ces unités ont ainsi pour objectif de stabiliser les troubles de comportement, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise en l'absence d'une indication de court séjour en spécialité d'organe ou de réanimation.

Cette « spécialisation » cognitivo-comportementale pour l'accueil des malades Alzheimer et apparentées, au sein des structures autorisées au titre du SSR, impose l'intervention dans ces unités de personnels spécifiques (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, assistante de gérontologie) et l'accès à du temps de psychiatre. Ces unités individualisées devront être déclinées dans le projet médical et dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements autorisés pour l'activité de SSR.

Contexte et enjeux

Assurer la continuité des soins en facilitant l'accès à la filière hospitalière dans tous les cas où une hospitalisation est nécessaire

Dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer peuvent survenir des périodes de crises, d'origine multifactorielle (fatigue de l'aidant, maladies aiguës, rupture de la prise en charge), qui se traduisent très souvent par l'apparition ou l'exacerbation de troubles du comportement. Dans cette situation le recours à l'hospitalisation peut être nécessaire et constitue bien souvent l'unique réponse. Après la réalisation d'un bilan médical approprié (court-séjour gériatrique pour les personnes âgées, autres services d'aigus pour les patients jeunes), il est nécessaire de disposer de Soins de Suite et de Réadaptation adaptés, qui permettent d'assurer des programmes de rééducation cognitive permettant d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

Ce dispositif s'inspire de ce qui a déjà été réalisé dans certaines unités de « psycho-gériatrie »

Mesures

Identification d'unités cognitivo-comportementales au sein des SSR existants. Outre le renforcement en personnels de ces unités, il s'agit aussi de permettre les travaux nécessaires pour que les locaux dans lesquels seront identifiés des unités Alzheimer soient adaptés à la pathologie.

³⁹ UCC : Unités Cognitivo-Comportementales