



**PROJET MEDICAL PARTAGE DU  
GROUPEMENT HOSPITALIER DU TERRITOIRE  
DE HAUTE ALSACE**

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>3</b>
<b>I – Rappel de la législation .....</b>	<b>4</b>
<b>II – Les objectifs et filières de soins .....</b>	<b>5</b>
A - Rappel des Objectifs initiaux .....	5
a) Premier niveau .....	5
- Urgences .....	5
- Santé mentale .....	5
- Soins palliatifs .....	9
- Filière Gériatrie .....	10
- Cancérologie .....	10
- Oncologie chimiothérapie .....	10
- Gynécologie-obstétrique : .....	10
- Addictologie .....	10
b) Second niveau .....	10
- Médecine polyvalente: .....	10
- Filière AVC .....	10
- Neurologie .....	10
- Filière Handicap .....	10
- Troubles du sommeil .....	10
- Douleur : .....	10
c) Autres composantes du PMP dont le GHRMSA est le principal acteur .....	10
- Chirurgie ambulatoire .....	10
- Chirurgie HC : .....	10
B - L'adaptation du projet médical partagé du fait de l'évolution de notre réflexion .....	11
<b>FILIERES ET PARCOURS .....</b>	<b>12</b>
<b>Psychiatrie et santé mentale.....</b>	<b>12</b>
Synthèse du projet .....	12
Pour la psychiatrie adulte : .....	12
Pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : .....	13
Pour la psychiatrie de l'âge avancé : .....	13
Parcours patient détaillé pour la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent .....	14
Projet détaillé du Centre d'Evaluation, de Coordination et d'Orientation « CECO » .....	16
<b>Addictologie .....</b>	<b>32</b>
Synthèse du projet .....	32
Parcours patient détaillé en addictologie .....	34
A. Les principes fondateurs du « Parcours Patient en Addictologie » tiennent en plusieurs points .....	34
B. Les équipes, structures et offres de soins en addictologie du Territoire de Santé 4 d'Alsace : .....	35
C- L'enjeu des « Populations spécifiques » en Addictologie : .....	37
D – Les Addictions Comportementales et leur prise en charge : .....	39
<b>Urgences.....</b>	<b>40</b>
Parcours patient détaillé.....	40
INTRODUCTION.....	40
GHRMSA – SITE EMILE MULLER MULHOUSE .....	42
GHRMSA – SITE ALTKIRCH .....	52
GHRMSA –SITE ST LOUIS .....	54
GHRMSA – SITE THANN .....	57

CH PFASTATT.....	59
PARCOURS PATIENTS INTER-ETABLISSEMENTS.....	59
<b>Filière Gériatrie .....</b>	<b>61</b>
Un schéma d'organisation partagé entre les différents sites .....	62
Les missions .....	63
Des objectifs d'optimisation du parcours de soins.....	63
Des objectifs Qualité .....	65
<b>Soins Palliatifs.....</b>	<b>66</b>
Synthèse du projet .....	66
Parcours et filière détaillée .....	68
INTRODUCTION.....	68
LE CADRE LEGISLATIF.....	69
IDENTIFICATION DES PROBLEMATIQUES ET LEUR INTEGRATION DANS LE PROJET MEDICAL	
PARTAGE .....	73
LES MOYENS A METTRE EN ŒUVRE.....	74
LA DIFFUSION DE LA CULTURE PALLIATIVE.....	76
LE NIVEAU RECHERCHE, DEVELOPPEMENT, DE FORMATION ET D'EVALUATION .....	76
<b>Cancérologie .....</b>	<b>77</b>
Synthèse du projet .....	77
Parcours du patient et filière détaillée.....	79
<b>Gynécologie-Obstétrique .....</b>	<b>84</b>
<b>Filière Handicap .....</b>	<b>89</b>
Synthèse du projet .....	89
<b>Filière AVC .....</b>	<b>91</b>
Synthèse du projet .....	91
Parcours et filière détaillée .....	93
<b>Douleur .....</b>	<b>99</b>
Parcours et filière détaillée .....	99
<b>Filière Médecine polyvalente et chirurgie .....</b>	<b>104</b>
<b>Médecine .....</b>	<b>104</b>
Médecine – Hospitalisation complète.....	105
HDJ de médecine.....	106
Réponses aux besoins apportées par les principaux opérateurs du département .....	107
<b>Chirurgie conventionnelle et ambulatoire.....</b>	<b>107</b>
Chirurgie conventionnelle .....	109
Chirurgie ambulatoire.....	110
Réponses aux besoins apportées par les principaux opérateurs du département .....	111
<b>LA MODELISATION DE L'HOPITAL DE PROXIMITE COMME REPONSE A</b>	
<b>L'AMELIORATION ET AU RENFORCEMENT DES FILIERES EXISTANTES.....</b>	<b>112</b>

## Préambule

Les établissements s'engagent ensemble dans la définition, la création et la mise en œuvre d'un projet médical partagé, socle de leur groupement hospitalier de territoire, dans le respect des compétences, des spécificités et de l'expertise de chacun, pour garantir une offre de soin graduée adaptée aux besoins des patients.

Ce projet médical partagé est guidé par les principes suivants :

- La notion de complémentarité et non de juxtaposition d'activité guide les relations entre établissements.
- L'amélioration de l'accès, de la qualité et de la sécurité des soins est la priorité poursuivie par tous les établissements.

Dans ce projet médical partagé, chaque établissement a un rôle clairement identifié entre hôpital de proximité et hôpital de recours. L'hôpital de recours est aussi un hôpital de proximité, mais un hôpital de proximité peut également disposer d'un service de recours.

La notion de proximité géographique repose sur un bassin de population desservi qui permet une proximité avec la médecine libérale et donc de définir parcours de soins, filières et réseaux dans un secteur donné.

Ce projet médical partagé articule les projets médicaux de chaque établissement membre du groupement.

Il est précisé que ce projet médical partagé est élaboré dans le contexte suivant :

- Existence d'un projet médical commun entre les membres de la communauté hospitalière de territoire Sud Alsace
- Adhésion des CH d'Altkirch et de Sierentz (ainsi que de l'EHPAD de Rixheim) au GHRMSA à depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, avec la définition en parallèle d'un nouveau projet médical.
- Spécificité du Centre Hospitalier de Rouffach qui intervient également dans des zones territoriales intégrées dans le Groupe Hospitalier de Territoire 11.

Dans le cadre d'une concertation entre les équipes psychiatriques du territoire, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et le Directeur du Centre Hospitalier de Rouffach se sont vu confier, conformément aux attentes de l'Agence Régionale de Santé, la responsabilité de l'axe santé mentale du projet médical du Groupement Hospitalier de Territoire.

## I – Rappel de la législation

La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la création de groupements hospitaliers de territoire et stipule que chaque établissement public de santé est partie à une convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Cette convention est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Elle définit, en première partie, un projet médical partagé qui a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Le projet médical partagé garantit une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

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

I - Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Il comprend notamment :

- 1° Les objectifs médicaux ;
- 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
- 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémedecine, portant sur :
  - a) La permanence et la continuité des soins ;
  - b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;
  - c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
  - d) Les plateaux techniques ;
  - e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ;
  - f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
  - g) Les activités d'hospitalisation à domicile ;
  - h) Les activités de prise en charge médico-sociale ;
- 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;
- 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;
- 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;
- 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
- 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

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

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

Il est établi en lien avec les orientations du Plan Régional de Santé (PRS).

## II – Les objectifs et filières de soins

Conformément aux objectifs précités et dans le respect du calendrier fixé par la réglementation, les établissements conviennent des objectifs médicaux suivants à mettre en œuvre dans leur projet médical partagé. La mise en œuvre de ces objectifs implique leur priorisation dans ce projet médical partagé, au regard de l'activité de chaque établissement membre du groupement.

### A - Rappel des Objectifs initiaux

Ces objectifs initiaux ont été établis dans le respect du calendrier fixé par la réglementation. Dans notre première approche, nous avons choisi de les prioriser.

#### a) Premier niveau

- **Urgences** : Coordonner l'activité des 4 sites d'urgence (Mulhouse, Thann, Saint Louis, Altkirch) pour garantir à tous les patients une prise en charge dans un délai adapté. Intégrer la polyclinique du centre hospitalier de Pfastatt dans le dispositif de prise en charge, comme unité de consultations avancées et de petite traumatologie, avec un accès facilité pour les personnes âgées.
- **Santé mentale** :
  - o Mieux orienter les patients accueillis par les services des urgences pour éviter les orientations par défaut

Une des questions centrales dans l'organisation sanitaire de la santé mentale est celle de l'entrée dans le système de soins. A ce titre, le passage par les services d'urgence doit faire l'objet d'une attention particulière car il y a, à ce niveau, un risque de rupture dans le parcours ou, à l'inverse, un risque d'orientation inappropriée vers l'hospitalisation à temps plein.

Actuellement un accueil psychiatrique est organisé au sein de la structure des urgences du GHRMSA ; elle repose sur une équipe infirmière dédiée et sur une permanence médicale de jour comme de nuit reposant sur les psychiatres des pôles 6/7 (GHRMSA), 8/9 et LTD (centre hospitalier de Rouffach). Ce fonctionnement est toujours perfectible notamment dans l'approche différente que les uns et les autres peuvent avoir du devenir d'un malade psychique accueilli en urgence (recours important à l'hospitalisation à temps plein ou plus grande attention portée à l'utilisation des possibilités de prise en charge en extrahospitalier), mais il est stable depuis plusieurs années.

Il convient néanmoins de mieux sécuriser le dispositif pour éviter les hospitalisations par défaut. Ceci passe à la fois par des études de pratique des professionnels concernés, par un accroissement des heures d'ouverture des structures ambulatoires (cf. : projet de centre de santé mentale) et par la mise en place de l'unité dite « CAP 72 ».

- *Objectif 1 : mettre en œuvre le CAP 72.*
- *Objectif 2 : préciser les modalités d'orientation des patients pour aller vers des pratiques identiques quels que soient les intervenants en favorisant les orientations ambulatoires quand elles sont médicalement possibles.*

- Développement de la santé mentale dans la communauté, particulièrement dans les zones urbaines

Tous les référentiels actuels en matière de santé mentale (cf. notamment le rapport Laforcade) insistent sur l'importance qu'il y a d'éviter un retrait du malade ou du handicapé psychique de son cadre de vie habituel. L'institutionnalisation de la prise en charge (aussi bien dans le secteur sanitaire que dans le secteur médico-social) conduit des personnes fragilisées à se retirer de la vie ordinaire et rend leur retour vers celle-ci difficile par la suite.

Le projet porté par les pôles de psychiatrie du GHT vise à orienter les pratiques vers un développement de la santé mentale communautaire qui, avec des formes diverses, permet à la personne de rester dans un milieu ordinaire dans tous les aspects de sa vie (logement, travail, soins, loisirs,...).

A ce titre, les ouvertures plus importantes des structures ambulatoires, le recours plus dense aux interventions à domicile, les coopérations avec les organismes sociaux et culturels, le soutien aux groupes d'entraide mutuel constituent une orientation des pôles qui doit être précisée dans le projet médical partagé.

Cette question est particulièrement sensible dans les zones urbaines où la densité de la population (et donc le nombre de personnes malades) justifie plus une organisation spécifique et permanente.

De façon immédiate, elle se traduit par la nécessité de mettre en œuvre un centre de santé mentale commun au GHRMSA et au centre hospitalier de Rouffach pour avoir sur l'agglomération mulhousienne un lieu d'accueil permanent qui permette de suivre en continu les situations particulières des personnes malades et d'anticiper les crises qui ne pourraient se résoudre que par une hospitalisation.

Sur la vallée de la Thur, la question existe également sous une forme différente car, pour assurer un accompagnement identique, le centre hospitalier de Rouffach qui assure seul le suivi des personnes atteintes de pathologie mentale de cette zone, est à la recherche de locaux plus adaptés que ceux occupés actuellement par l'hôpital de jour du pôle LTD, pour y développer un tel projet.

Par ailleurs, un projet ancien existe au GHRMSA pour améliorer la prise en charge psychiatrique dans le territoire des Trois-Frontières et de Saint-Louis.

- *Objectif 3 : mettre en œuvre un centre de santé mentale commun aux pôles du GHRMSA et du centre hospitalier de Rouffach qui interviennent sur l'agglomération mulhousienne.*
- *Objectif 4 : rechercher une meilleure implantation du centre thérapeutique de jour de Thann pour développer sur la vallée de la Thur un projet de santé mentale communautaire.*
- *Objectif 5 : améliorer la prise en charge psychiatrique dans la région de Saint-Louis.*

### ○ Développement de la recherche clinique en psychiatrie

Le GHRMSA a mis en place depuis plusieurs années une unité de recherche clinique. Le centre hospitalier de Rouffach souhaite participer au fonctionnement de cette unité afin de mieux structurer les activités de recherche menées en son sein.

Ceci peut permettre de développer la recherche pour les activités de psychiatrie des deux établissements en rendant possible la mobilisation de crédits MERRI auxquels le centre hospitalier de Rouffach ne peut prétendre actuellement compte tenu du trop faible montant financier engagé du fait de ses activités de recherche actuelle.

Cette activité peut se développer en lien avec les HUS avec lesquels Rouffach mènent dès à présent quelques projets.

- *Objectif 6 : intégrer l'activité de recherche du centre hospitalier de Rouffach à l'unité de recherche clinique du GHRMSA.*

### ○ Améliorer la prise en charge somatique des malades psychiques

Un des constats les plus partagés pour ce qui concerne les soins donnés aux malades psychiques est l'écart dans leur espérance de vie dû à leur moindre recours ou accès à des soins somatiques.

Les raisons en sont complexes. Elles résultent en partie d'une inattention de ces malades à leur santé physique ; elles découlent également des difficultés particulières qu'ils ont en terme d'accès aux soins.

Dans le cadre du groupement hospitalier de territoire, il paraît souhaitable d'avoir une attention particulière à cette question pour permettre aux malades psychiques d'avoir des conditions d'accueil particulières au sein des services spécialisés du GHRMSA.

La démarche repose à la fois sur une meilleure connaissance de leurs particularismes par les services somatiques et sur un accompagnement adéquat par les services psychiatriques et par les structures médico-sociales qui prennent en charge ces personnes.

- *Objectif 7 : rechercher des modalités d'amélioration de l'état somatique des patients et des handicapés psychiques en lien avec la médecine de ville et les services spécialisés du GHRMSA.*

### ○ Coordonner l'accueil des enfants et adolescents sur le territoire de santé

Les inter-secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Mulhouse et de Rouffach ont une histoire différente. Pour autant, ils interviennent tous les deux sur l'agglomération mulhousienne avec des problématiques semblables en terme de pathologie.

Dans deux domaines majeurs, les deux équipes souhaitent un rapprochement en terme de pratiques : les troubles du spectre autistique et les troubles de l'adolescence, avec en premier lieu les questions d'inadaptation scolaire, de troubles alimentaires et les conduites à risque. Pour le premier sujet, la construction d'une filière TSA sur le territoire de santé serait opportune (cohérence des méthodes diagnostiques et des modalités thérapeutiques). Pour les adolescents, une collaboration forte est déjà en place (CMP-CATTP ados de territoire).

Le départ du chef du pôle « enfants et adolescents » du centre hospitalier de Rouffach peut être l'occasion de mettre en place un pôle inter-établissement de pédopsychiatrie. Ce pôle doit permettre de rapprocher les parcours de soins des enfants et adolescents suivis par les deux établissements.

- *Objectif 8 : élaborer un projet de rapprochement entre les deux inter-secteurs de pédopsychiatrie dans le cadre d'un pôle inter-établissement.*
- *Objectif 9 : favoriser des filières sur le territoire : pour les enfants porteur de TSA et pour les adolescents*

○ Coordonner le domaine des prises en soins spécialisés en santé mentale

Les soins en santé mentale tout en poursuivant son travail dans le cadre des territoires géographiques issus des secteurs (souvent regroupés en pôles actuellement) connaissent une évolution liée au développement de prises en charge très spécialisées qui existent dans les deux établissements. Il convient de faire en sorte que l'ensemble des patients puisse bénéficier des mêmes traitements quand ceux-ci ont fait leur preuve en terme d'amélioration de l'état de santé au-delà des séquelles de la maladie ou d'un handicap résiduel.

Il conviendra d'établir une liste des domaines qui peuvent être intégrés dans cette rubrique afin de délimiter les sujets qui peuvent être coordonnés pour les deux établissements.

- *Objectif 10 : établir un état des domaines spécialisés de psychiatrie qui peuvent bénéficier aux deux établissements.*

○ Assurer le développement de la psychiatrie de liaison sur les sites du GHT de Haute-Alsace

La psychiatrie de liaison prend deux formes ; elle concerne d'une part les interventions de psychiatrie dans les services somatiques des hôpitaux généraux et d'autre part les interventions dans les structures médico-sociales qui accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées. Ce développement s'est fait dans les deux cas, à de rares exceptions, par la seule orientation de moyens des secteurs de psychiatrie vers cette activité.

- *Objectif 11 : rédiger un projet propre à la psychiatrie de liaison qui prenne en compte les questions spécifiques aux deux établissements dans ce domaine.*

○ Mieux coordonner le parcours des patients mineurs tant au niveau sanitaire que dans les articulations avec le social (protection de l'enfance) et le scolaire

Les prises en charge avec les enfants et adolescents sont lourdes et le travail en réseau est complexe mais indispensable. Il faut amplifier le développement des relations avec le conseil départemental et l'éducation nationale.

- *Objectif 12 : développer les partenariats avec l'aide sociale l'enfance et l'éducation nationale.*

○ Développer la psychoéducation à destination des mineurs et de leurs parents dans diverses pathologies mentales

La psychoéducation à destination des proches est particulièrement utile dans le cadre des troubles TSA, des TDAH et des syndromes anxieux. Cette psychoéducation repose essentiellement sur des techniques de thérapie cognitivo-comportementale. Il convient de les rendre plus disponibles pour les parents et les proches.

- *Objectif 13 : mettre en place des formations de psychoéducation destinées aux proches des mineurs suivis par les deux inter-secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et l'unité passerelle.*

## Améliorer les transitions de soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale

La question du passage à l'âge adulte est un sujet important pour les jeunes suivis par les inter-secteurs de pédopsychiatrie ; à dix-huit ans, le jeune patient est censé être pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale. Cette situation concerne tous les jeunes. Elle est particulièrement prégnante pour les jeunes psychotiques, notamment ceux qui développent un trouble schizophrénique. En effet, contrairement aux troubles TSA et aux TDAH qui sont diagnostiqués tôt dans l'enfance, ces troubles se manifestent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il pourrait à terme être envisagé de mettre en place deux systèmes de prises en charge l'un concernant les enfants jusqu'à quinze ans environ, l'autre concernant les jeunes adultes de quinze à vingt-cinq ans. Aujourd'hui, les choses ne sont pas mures pour aller aussi loin, mais il est nécessaire de mieux formaliser les règles, voire les rites, de passage entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale.

- *Objectif 14 : affiner et formaliser les règles accompagnant le passage de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie générale.*

### ○ Privilégier les soins en santé mentale à l'âge avancé

Il convient d'élaborer des parcours de soins spécifiques visant à prendre en charge les pathologies psychiatriques spécifiques d'une part, d'autre part les crises psychiques de la vieillesse et du vieillissement notamment la dépression à cette période de la vie avec pour objet une amélioration de la qualité de vie des personnes et des aidants (ADAGE).

- *Objectif 15 : faire reconnaître la nécessité de prise en charge spécifique à l'âge avancé pour la psychiatrie et la santé mentale.*
- *Objectif 16 : mettre en place une équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancée sur le sud du département.*

### ○ Anticiper l'ouverture d'une nouvelle maison d'arrêt sur la commune de Lutterbach

Le ministère de la justice a depuis plusieurs années un projet de regroupement dans une nouvelle maison d'arrêt située à Lutterbach des personnes actuellement détenues dans les maisons d'arrêt de Colmar et de Mulhouse. Ceci impose une réorganisation des unités sanitaires actuelles.

Pour la partie psychiatrique, le centre hospitalier de Rouffach et le GHRMSA ont comme projet d'associer les compétences développées à la maison d'arrêt de Colmar et à celle de Mulhouse dans une équipe commune qui s'appuie, en ce qui concerne Rouffach, sur une équipe appartenant au pôle 3/3 qui intervient essentiellement sur Colmar.

- *Objectif 17 : organiser en temps utile le fonctionnement de l'unité sanitaire de la nouvelle maison d'arrêt pour ce qui concerne la santé mentale.*

- **Soins palliatifs** : Articuler la collaboration entre les établissements du GHT autour des 2 objectifs suivants :
  - Faciliter l'accès aux soins palliatifs à tous les patients du territoire couvert par le GHT 12, en situation de fin de vie ;
  - Organiser un maillage des professionnels référents et formés en milieu sanitaire et médico-social, pour assurer la diffusion de la culture des soins palliatifs.

- **Filière Gériatrie** : Promouvoir le développement de la filière gériatrique et la mise en œuvre de solutions nouvelles structurées et innovantes pour répondre aux besoins actuels et à venir de la population du territoire.
- **Cancérologie** : Pratiquer la chirurgie carcinologique dans les établissements titulaires des autorisations.
- **Oncologie chimiothérapie** : Garantir au patient un parcours coordonné et gradué entre le centre de recours et les centres associés
- **Gynécologie-obstétrique** : Organiser l'activité gynéco-obstétricale sur le territoire dans le respect des recommandations nationales (notamment le nombre annuel d'accouchements) et des normes réglementaires (notamment la sécurisation de la couverture pédiatrique).
- **Addictologie** : Renforcer la collaboration entre les structures hospitalières sur l'ensemble du territoire dans une logique de filière.

### ***b) Second niveau***

- **Médecine polyvalente**: consolider et développer certaines activités spécifiques
  - Diabète,
  - Cardiologie,
  - Enfant
- **Filière AVC** : Assurer l'accès à la thrombolyse conformément aux recommandations en vigueur et les traitements endovasculaires. Assurer une prise en charge graduée suivant les besoins des patients.
- **Neurologie**
- **Filière Handicap** : faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Conventionner avec les établissements médico-sociaux.
- **Troubles du sommeil**
- **Douleur** : Construire un égal accès aux soins sur le territoire du GHT.

### ***c) Autres composantes du PMP dont le GHRMSA est le principal acteur***

- **Chirurgie ambulatoire** : Développer et renforcer le virage ambulatoire sur tous les sites concernés en développant de nouvelles activités chirurgicales grâce au renforcement des partenariats entre établissements. La diminution de la DMS fait partie des objectifs poursuivis, dans le respect du plan ONDAM 2015-2017.
- **Chirurgie HC** : Développer la collaboration entre les établissements par le déploiement des mutualisations, notamment des ressources médicales. La diminution de la DMS fait partie des objectifs poursuivis, dans le respect du plan ONDAM 2015-2017.

Chacune des filières ou des parcours intégrera dans sa déclinaison, si besoin, la prise en charge à domicile et en SSR.

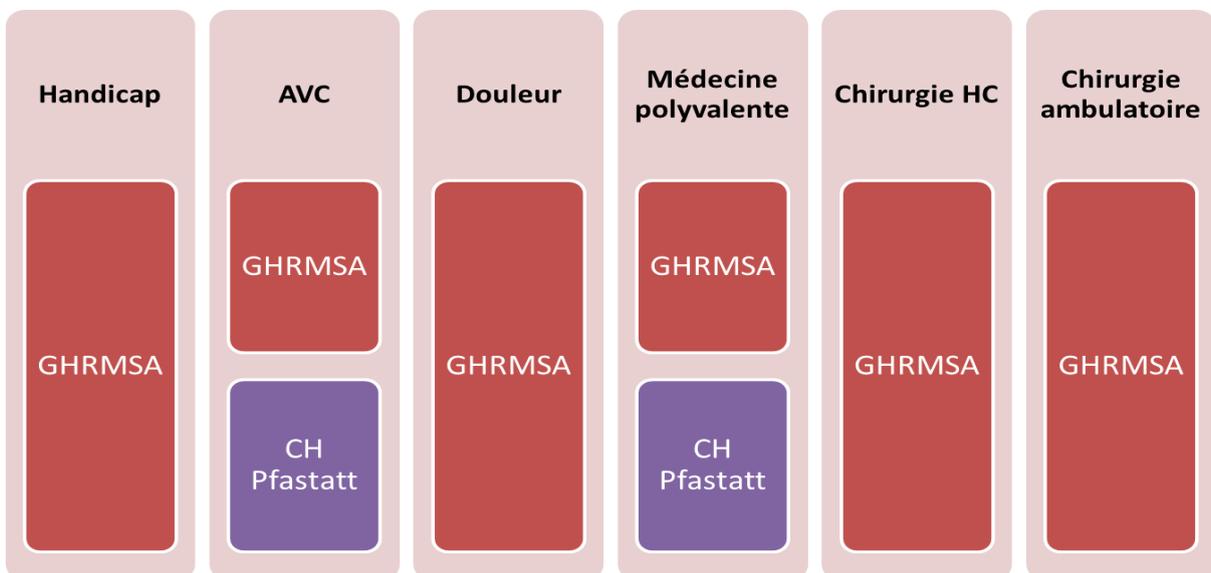
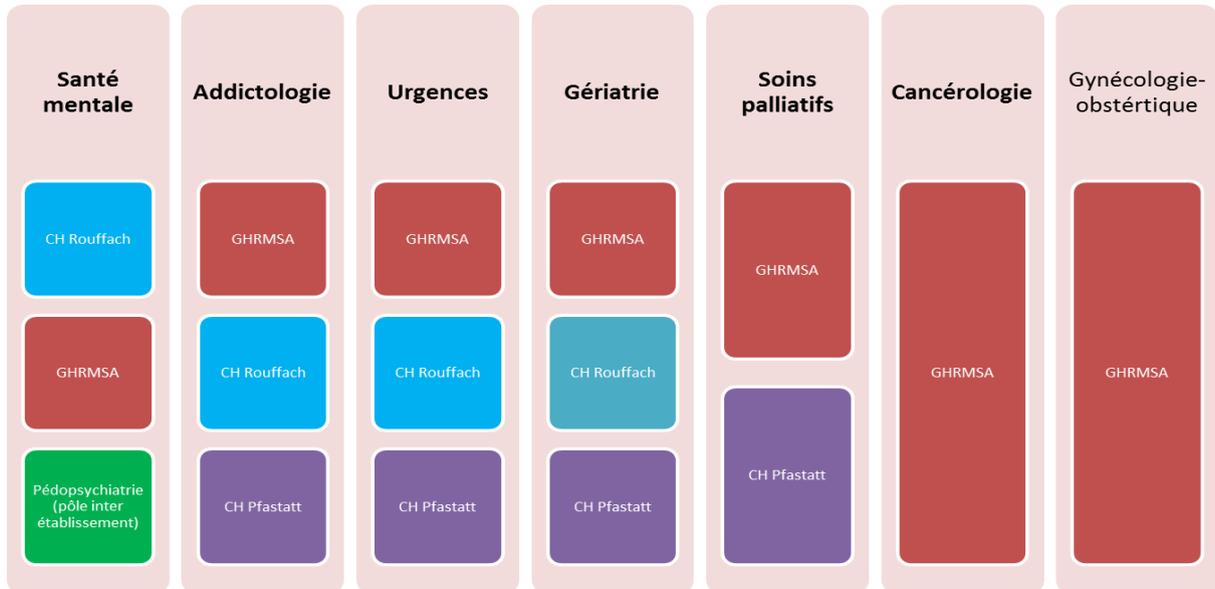
Les fonctions mutualisées de biologie, d'imagerie et de pharmacie interviendront en soutien à la mise en œuvre de ce projet médical partagé.

## B - L'adaptation du projet médical partagé du fait de l'évolution de notre réflexion

Les réflexions menées par le collège médical dans le cadre de l'élaboration du projet médical partagé ont légèrement modifié ces objectifs médicaux. Cela a impacté le nombre de filières de prise en charge détaillées dans le présent document.

De plus, le collège médical a décidé de supprimer la gradation entre les filières. Désormais, celles-ci ont toutes le même niveau d'importance.

Les filières définitivement retenues sont les suivantes.



Remarque : la filière trouble du sommeil sera élaborée ultérieurement. Le collège médical a également souhaité que ce projet médical soit amendé d'une partie recherche et formation.

## Filières et parcours

### Psychiatrie et santé mentale

#### Synthèse du projet

##### Pôles concernés :

- Pôle des secteurs 6&7 et du secteur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du GHRMSA
- Pôle 8/9 du CH de Rouffach
- Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CH de Rouffach
- Pôle Lauch-Thur-Doller pour sa partie Thur-Doller du CH de Rouffach

##### Principes généraux :

Développer des dispositifs pertinents et des structures optimisant les conditions d'accueil et de prise en charge de personnes présentant des troubles psychiatriques et des problématiques relevant de la santé mentale, en privilégiant la prévention, les prises en charges précoces dès lors que les diagnostics le sont, pour améliorer les chances de rémission et de rétablissement avec ou sans séquelles en créant des parcours de soins adaptés, au regard des bassins de vie des populations concernées. Les urgences doivent, au-delà des évaluations des situations cliniques, intégrer l'ensemble de l'offre de soins tous âges confondus dans les recours et les orientations en privilégiant l'ambulatoire.

##### *Pour la psychiatrie adulte :*

- Création d'un Centre d'Evaluation, de Coordination et d'Orientation (CECO) au cœur de la ville de Mulhouse, première ligne ouverte aux personnes orientées vers les dispositifs sectoriels desservant l'agglomération après passage aux urgences ou en accès direct, réalisant aussi une deuxième ligne par les expertises qu'elle y regroupe sans négliger pour autant les ressources de l'hospitalisation temps plein ou temps partiel avec les différents niveaux de recours existant ou à développer (projet en annexe).

- Amélioration de la structuration et de la valorisation des activités de recherche clinique de Rouffach par extension des fonctions de soutien et de promotion de la recherche clinique du GHRMSA à l'échelle du GHT. Nous avons le projet de créer une unité de recherche clinique au sein du CH Rouffach, avec affectation de personnel dédié (TRC pour la gestion de protocoles intra et extra hospitalier). Cette URC fonctionnera en coopération avec le GHRMSA et notamment le pôle 6/7. Ces recherches, dont celles promues de longue date par le pôle 8/9, trouvent leur application dans la rationalisation des démarches de soins et ont déjà permis d'élaborer des procédures adaptées et des protocoles thérapeutiques permettant, entre autre, d'évaluer la pertinence des pratiques professionnelles dans les domaines des dépressions pharmacorésistantes (critères de prédictivité de réponse / non réponse à des stratégies thérapeutiques) ; du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H ; marqueurs cliniques et thérapeutiques : oculomoteurs et neurocognitifs) ; de la schizophrénie (via le Centre Expert Schizophrénie) ; de la stimulation magnétique transcranienne répétitive ( rTMS ; marqueurs de prédictivité de réponse, mécanismes d'actions neurobiologiques) ; d'études chronobiologiques dans les dépressions uni-et bipolaires afin de mettre en évidence des biomarqueurs physiopathologiques et de prédictivité de réponse thérapeutique (dans le cadre d'une « médecine personnalisée ») (...).

De plus, les publications issues de ces recherches seraient valorisées via les crédits MERRI qui permettraient d'auto-alimenter les moyens nécessaires à leur réalisation.

### ***Pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :***

Création d'un pôle interhospitalier de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent permettant l'optimisation des ressources pour la réalisation des missions concernant ce public dans toutes les déclinaisons possibles :

- Améliorer la lisibilité et les organisations de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Territoire de santé
- « Filière ados » : améliorer le parcours de prise en charge des adolescents au sein du GHT 12
- Améliorer le passage entre psychiatrie de l'adolescent et psychiatrie générale
- Améliorer le parcours diagnostique et de soins des enfants et adolescents atteints d'un Trouble du Spectre Autistique (TSA)
- Développer la psychoéducation à destination des mineurs et leurs parents ou éducateurs.

### ***Pour la psychiatrie de l'âge avancé :***

Existence d'un Dispositif Spécialisé de Psychiatrie de l'Age Avancé au Centre hospitalier de Rouffach fortement impliqué sur le territoire du GHT Centre Alsace et le bassin de vie Thur-Doller reconnu du réseau sanitaire, médico-social et social, l'objectif étant le développement d'un dispositif semblable sur le territoire du GHT Haute Alsace avec harmonisation des concepts et des pratiques avec tous les partenaires concernés et membres de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT).

Travail complexe en cours s'appuyant sur les référentiels HAS et de l'enseignement universitaire d'autant que la création d'un DESC de psychiatrie du sujet âgé est en passe de création.

Par ailleurs ce Projet Médical Partagé psy ne remet pas en cause les dispositifs opérationnels et pertinents en place tant au niveau du GHM RSA que du CH de Rouffach, ni des établissements non membres du GHT. La place des usagers dans un tel projet ne doit pas être négligée, étant des partenaires incontournables apportant de réelles contributions en tant qu'auteurs dans nos projets.

## Parcours patient détaillé pour la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

### **AMELIORER LA LISIBILITE ET LES ORGANISATIONS DE LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT DU TERRITOIRE DE SANTE 12**

Les deux secteurs de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du territoire de santé 12 partagent le même GHT(GHRMSA) et le même centre urbain important à savoir la ville de Mulhouse (la ville est partagée entre les deux secteurs) ; par ailleurs, étant dans le même département, des interlocuteurs majeurs comme le Conseil Départemental (MDPH, Aide Sociale à l'Enfance) et l'Education Nationale sont également les mêmes. La proximité géographique, ainsi que la similarité des pratiques ont conduit les deux équipes médicales à souhaiter se réunir en un seul pôle qui serait ainsi un pôle inter-établissement de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent couvrant l'ensemble du GHT 12.

Un tel dispositif permettrait une harmonisation plus avancée des organisations et des pratiques favorisant une meilleure lisibilité et simplification de l'accès aux soins, une amélioration des parcours de soins, une mise en commun et une complémentarité des compétences, de meilleures coordinations avec les principaux partenaires de la pédopsychiatrie : MDPH, les institutions médico-sociales, Aide Sociale à l'Enfance, le Tribunal pour Enfant, l'Education Nationale.

#### **Objectif pédopsychiatrique n° 1 : création d'un pôle inter-établissement de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent couvrant l'ensemble du GHT 12**

#### **« FILIERE ADOS » : AMELIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS AU SEIN DU GHT 12**

Les adolescents accèdent aux soins psychiatriques pour une part par de la consultation programmée, mais aussi pour une part certaine d'entre-eux par un passage par les services d'urgence. Les urgences adultes (pour les 15-18 ans), les urgences pédiatriques, le service des grands enfants de pédiatrie accueillent ainsi plus de 300 jeunes par an dans un contexte d'urgence ou de crise.

La création de l'Unité Pour Adolescents en a permis une amélioration du dispositif (CMP-CATTP-Equipe Mobile). Pour autant ce dernier reste insuffisant. Deux outils de soins permettraient de répondre mieux à ces besoins de soins, notamment en limitant les hospitalisations temps plein que ce soit en pédiatrie ou en milieu spécialisé :

- création de 3 lits de crise ouverts aux mineurs 15-18 ans au sein du CECO à venir
- création d'un Hôpital de Jour de Crise attaché à l'Unité Pour Adolescent du GHRMSA ayant pour vocation l'accueil d'adolescent en souffrance et dont l'hébergement n'est ni nécessaire ni opportun.

La vocation d'un tel hôpital de jour sera l'évaluation psychiatrique, psychologique (bilans), sociale, familiale, scolaire et la prise en charge du temps de crise par des entretiens psychothérapeutiques individuels et/ou familiaux, des interventions sociales (droits, protection de l'enfance), des temps de médiations avec les établissements d'hébergement (le cas échéant), l'organisation d'aménagements scolaire,....

Les interventions d'urgence et de crise méritent une réflexion sur la constitution d'une ligne d'astreinte de jour de pédopsychiatrie(samedi, dimanche et jours fériés).

**Objectif pédopsychiatrique n°2 : création d'un hôpital de jour de crise pour adolescents, utilisation possible des lits de très courts séjour du CECO pour les 15-18 ans, possibilité d'une astreinte de jour de pédopsychiatrie**

### **AMELIORER LE PASSAGE ENTRE PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT ET PSYCHIATRIE GENERALE**

Une minorité d'adolescents nécessiteront encore des soins au jeune âge adulte (TSA, TDAH, trouble de la personnalité...), ou , pour un certain nombre d'entre-eux, ils auront vu apparaître pendant leur adolescence une pathologie mentale (schizophrénie, trouble bipolaire). Le relais vers la psychiatrie générale s'avère alors nécessaire, relais qui peut parfois être mal vécu.

Il nous appartient de réfléchir avec nos collègues à des chevauchements de prise en charge, voire des unités 15-25 ans notamment pour les situations de risque ou d'entrée en schizophrénie

**Objectif pédopsychiatrique n°3 : améliorer les relais psychiatrie de l'adolescent –psychiatrie générale**

#### **« FILIERE TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE » : AMELIORATION DU PARCOURS DIAGNOSTIQUE ET DE SOINS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS ATTEINTS D'UN TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA)**

De substantiels progrès ont été réalisés ces dernières années dans la prise en charge des enfants et adolescents atteints d'un TSA tant dans le domaine sanitaire que médico-social. Du chemin reste pour autant à parcourir. Les grandes lignes seraient :

-création d'une équipe diagnostique au sein du futur un pôle inter-établissement de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent par la mise en commun de compétences des deux secteurs ; cette équipe aurait pour vocation l'accueil des plus de 3 ans, les EDIPA ayant été financées pour les plus jeunes.

-partage d'expériences et de compétences entre les différents hôpitaux de jour afin d'enrichir la boîte à outils thérapeutiques du territoire de santé ; réfléchir à la possibilité d'adresser les enfants selon leurs besoins et non selon leur secteur au sein du GHT 12

-développer nos compétences dans le champ de la comorbidité dans le cadre des TSA

-repenser l'accompagnement pédopsychiatrique des institutions médico-sociales devant l'actuelle « dépsychiatriation » de ces établissements : favoriser les chevauchements de prise en charge notamment lors de l'entrée en établissement d'un enfant, poursuivre des prises en charge en complémentarité du médico-social pour les enfants les plus en difficultés (double PEC), réfléchir les interventions des pédopsychiatres dans les établissements.

**Objectif pédopsychiatrique n°4 : création d'une filière sanitaire diagnostique et thérapeutique « TSA » au sein du GHT ; repenser nos organisations dans nos liens avec le secteur médico-social**

#### **DEVELOPPER LA PSYCHOEDUCATION A DESTINATION DES MINEURS ET DE LEURS PARENTS**

La psychoéducation à destination des patients eux-mêmes ainsi que leurs parents ou éducateurs est particulièrement utile dans le cadre de troubles tels que les troubles du spectre autistique, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ainsi que dans les troubles anxieux. Cette psychoéducation repose essentiellement sur des techniques de thérapie comportementale et cognitive. Il convient de les rendre plus disponibles afin d'améliorer la compréhension des troubles ainsi que leur prise en charge.

**Objectif pédopsychiatrique n°5 : développer la psychoéducation à destination des mineurs et de leurs parents ou éducateurs**

### 1. Préambule

Une des questions centrales dans l'organisation sanitaire de la santé mentale est celle de l'entrée dans le système de soins. Trop souvent encore celle-ci s'effectue via les urgences psychiatriques avec en corollaire un recours important à l'hospitalisation complète. Cette situation témoigne d'une méconnaissance relative de l'offre de soins (par manque de lisibilité) tant par les patients/usagers que les partenaires (à commencer par les médecins généralistes), où les règles sectorielles sont perçues comme sibyllines. En outre, même si l'offre ambulatoire est identifiée, la réactivité de celle-ci est impactée par l'hétérogénéité des organisations sectorielles ambulatoires (en dépit des permanences d'accueil infirmières au sein des centres médico-psychologiques [CMP]), ce qui peut favoriser les ruptures du parcours de soins (et la notion de « perte de chance »). Dans le contexte actuel, l'articulation entre médecine générale (de ville) et psychiatrie est un enjeu crucial : il a été estimé que près de 2/3 des médecins généralistes sont insatisfaits de leur collaboration avec les psychiatres en raison notamment du manque de disponibilité, de l'importance des délais d'attente pour obtenir une consultation spécialisée et de l'insuffisance de lieux d'adressage/référence dédiés (DREES 2004,2008). Or les conséquences de cette mauvaise coopération sont : discontinuité de la prise en charge, barrière au traitement des troubles mentaux, duplications des soins, augmentation de la iatrogénie, perte d'information, diminution de la confiance du patient, augmentation des coûts humains et économiques, difficultés de délégation de compétences au médecin généraliste faute de partenariat, tension dans les relations entre praticiens.

Afin de simplifier l'accès aux soins, d'éviter les ruptures thérapeutiques ainsi que les hospitalisations inadéquates en service psychiatrique nous proposons la création d'un Centre d'Evaluation, de Coordination et d'Orientation (CECO) destiné aux patients de la communauté urbaine de Mulhouse. Ce dispositif « interpolaire » a comme objectif principal de consolider l'offre ambulatoire (notamment par une permanence d'accueil infirmier 24h/24 -7jours/7, et des consultations médicales non programmées 5 jours/7), tout en renforçant la coordination entre les acteurs de soins et de l'accompagnement médico-social et social. Par sa réactivité, ce dispositif complètera efficacement l'offre en amont et en aval des urgences psychiatriques de Mulhouse (FUP-68).

Pour compléter ses missions d'évaluation, de coordination et d'orientation, le CECO aura la capacité d'accueillir sur une courte durée (moins de 24h) des patients « subaigus » en recherche d'écoute et d'apaisement et de prendre en charge des patients en situation de crise (sous forme d'une hospitalisation de courte durée n'excédant pas 72h). Cette dernière mission, initialement dévolue au « projet Cap 72 » (qui n'a pas abouti en raison d'une réaffectation des locaux), permettra de diminuer les hospitalisations inadaptées ou inadéquates dans les services de psychiatrie et d'améliorer la prise en charge des situations de « crise » (p.ex. crise suicidaire, adolescents en crise).

## 2. Objectifs du CECO

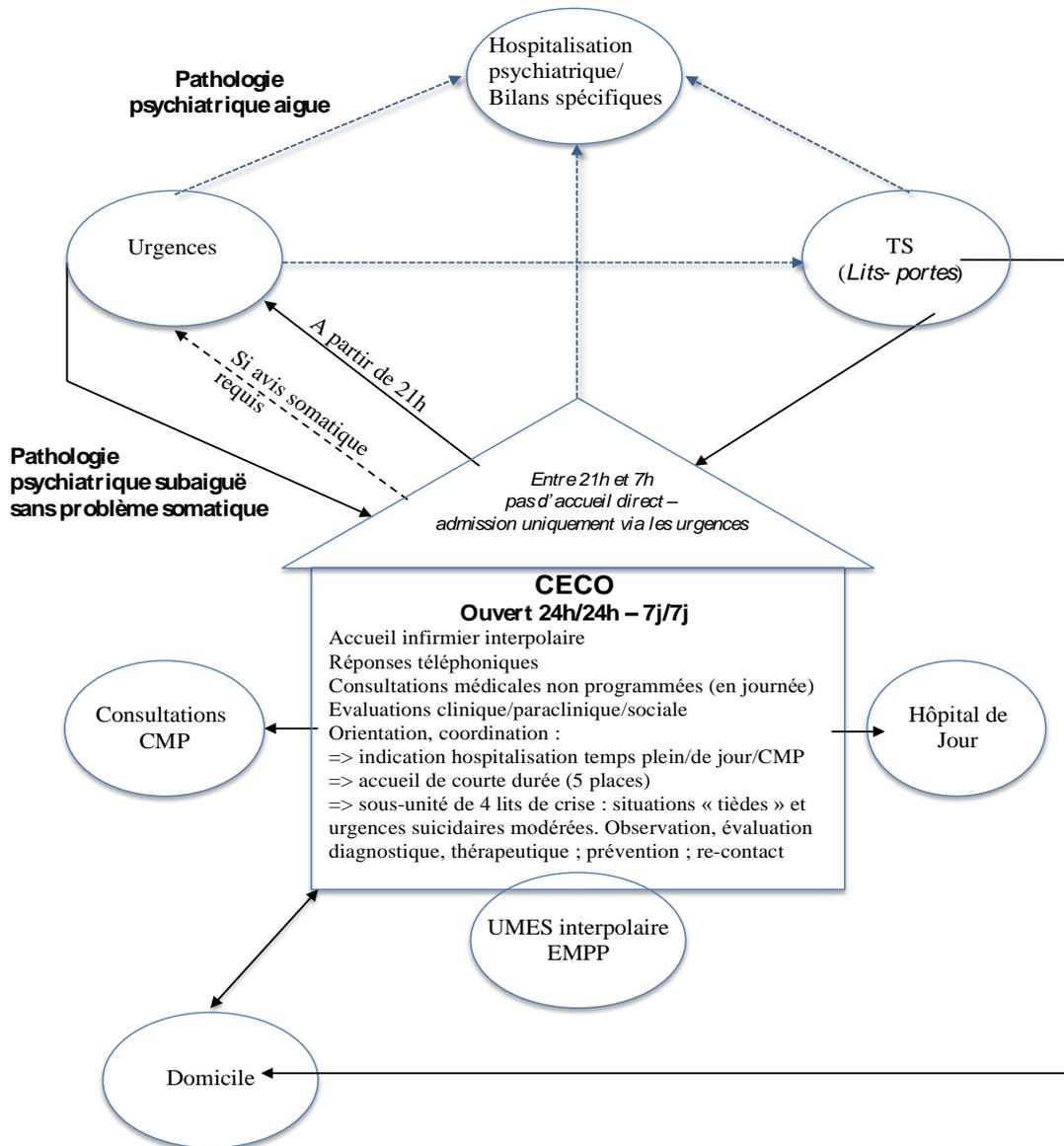
Le dispositif CECO, qui correspond à un réel besoin de la population mulhousienne, est porté conjointement par le GHRMSA et le CH Rouffach. Ses principaux objectifs sont :

- Elargir l'offre de soins en matière de prévention, d'orientation et de diagnostic en santé mentale.
- Faciliter l'accès aux soins des patients de l'agglomération mulhousienne (dépendant des Pôles 6/7, 8/9 et LTD [secteur 4]) (via un « guichet unique » repéré comme tel par les familles et les malades eux-mêmes et les partenaires du réseau de soins (médecins généralistes/spécialistes, assistantes sociales/travailleurs sociaux, services de mairie [...])).
- Ouvrir 7 jours/7, 24h/24, incluant une permanence téléphonique infirmière et un accueil spécifique avec entretiens infirmiers de bilan et d'orientation permettant une réactivité immédiate aux demandes.
- Proposer des consultations médicales (5j/7) non programmées (en journée).
- Coordonner les interventions des UMES des Pôles 6/7 et 8/9 (mutualisation de leur activité).
- Offrir un accueil de courte durée (moins de 24h) pour des patients « subaigus » en recherche d'écoute et d'apaisement (permettant d'éviter une hospitalisation inadéquate à temps complet).
- Assurer une hospitalisation brève (jusqu'à 72h) en cas de « situation de crise » au sein d'une sous-unité dédiée (4 lits, dont 2 voire 3 préférentiellement pour les adolescents) (ex-projet « Cap 72 »).

## 3. Organisation générale

Véritable « chaînon manquant » du système de soins de notre territoire sanitaire, le CECO constitue une réponse visant à améliorer la lisibilité de l'accessibilité aux soins tout en s'articulant sur une offre de soins complète réalisée par les pôles de psychiatrie concernés (Pôles 6/7 [GHRMSA] et 8/9, ainsi que le secteur 4 du Pôle LTD [CH Rouffach]).

On peut schématiser l'organisation générale du CECO de la façon suivante.



Le CECO constituera une porte d'entrée « unique » permettant une meilleure lisibilité de l'offre de soins psychiatriques au sein de l'agglomération mulhousienne, et proposera :

- une *réponse téléphonique professionnalisée* (de jour, de nuit et de week-end), par le biais d'un numéro de téléphone unique,
- un *accueil infirmier interpolaire (24h/24)*, assuré par une équipe dédiée, accueillant des patients sans rendez-vous, afin de les soutenir ainsi que leur entourage, de proposer une évaluation, et de définir la meilleure stratégie de soins. Le patient est reçu en premier lieu en consultation par un infirmier formé aux entretiens psychiatriques qui le cas échéant l'orientera vers un psychiatre du CECO, ou vers l'équipe pluridisciplinaire du pôle dont il dépend.
- des *consultations psychiatriques non-programmées* (5 jours/7, de 9h à 17h) assurées par un PH du pôle 6/7 ou du pôle 8/9 (répartition en alternance par demi-journée). Ces consultations permettront une évaluation clinique et la constitution d'un projet de prise en charge, ainsi que la coordination et la continuité des soins avec l'équipe pluridisciplinaire du secteur/pôle dont dépend le patient.
- la possibilité d'*interventions à domicile* (via les UMES : prévention des situations de crise et évaluation de personnes en souffrance psychique et dans l'incapacité de formuler une demande de soins). L'objectif est de mutualiser les 2 UMES existantes, des pôles 6/7 et 8/9, et de coordonner leurs interventions sur les territoires des 2 pôles concernés.
- la possibilité d'un *accueil de courte durée* de patients psychiatriques « subaigus », au moyen d'un « espace d'écoute et d'apaisement » dédié (d'une capacité de 5 places). Le but est d'extraire momentanément la personne de la situation dans laquelle elle se sent perdue et sans solution, et par conséquent d'éviter une hospitalisation à temps plein en milieu psychiatrique. Les patients accueillis pourront déjà bénéficier de suivis sectoriels, mais aussi être adressés, après accord préalable, par les services d'urgence (FUP-68), les médecins généralistes, ou les psychiatres libéraux.
- la possibilité d'une *hospitalisation brève (jusqu'à 72h) en cas de « situation de crise »* au sein d'une sous-unité dédiée (d'une capacité de 4 lits). Ce type de situation nécessite une intervention spécifique dite d'interaction et d'intervention de crise. La prise en charge relève de la sphère médico-psycho-sociale et ne nécessite pas forcément une hospitalisation en milieu spécialisé. De fait l'hospitalisation en service de psychiatrie classique est peu adaptée à la prise en charge de patients en situations de crise, ne présentant pas de pathologie psychiatrique sévère et durable. Elle est souvent vécue de manière stigmatisante par le patient. Elle a tendance à éloigner le patient de son entourage (ce qui est parfois nécessaire, mais le plus souvent il faut essayer de rétablir le lien). Les soins psychologiques sont nécessaires en semi-urgence. L'indication d'une pharmacothérapie est évaluée par l'équipe médicale. Après une intervention de crise, comprenant ou non un suivi post crise de six semaines maximum, le patient sera confié aux soins d'une autre structure : médecin traitant, psychiatre ou psychologue (CMP, libéral), SEPIA, CSAPA, UPA, MDA (...).

### 3. Parcours patient en fonction de la typologie des demandes de consultation psychiatrique d'urgence:

#### 1. Urgences psychiatriques vraies

La symptomatologie psychiatrique présentée est aiguë sévère (p.ex. état psychotique aigu, état maniaque, état dépressif sévère, catatonie, ...). Cet état compromet la vie, la sécurité, la santé, l'intégration sociale du patient ou de son entourage à court terme.

- Orientation : hospitalisation en psychiatrie, avec ou sans le consentement du patient. Le CECO ne se substitue pas à la structure des urgences du GHRMSA.

#### 2. Demande d'hospitalisation

Il s'agit d'un patient ayant des antécédents psychiatriques qui consulte de sa propre initiative (au service d'urgence ou au CECO). On ne peut pas objectiver de symptômes, mais il dit les ressentir (« j'entends des voix », « je suis angoissé », « j'ai des envies de suicide ou de meurtre », « je veux qu'on m'aide à arrêter l'alcool »). Il ne dit jamais « j'ai perdu mes clés » ou « ma mère m'a mis à la porte ».

- Orientation : évaluation clinique par le biais d'une consultation psychiatrique (non programmée en journée au CECO, et la nuit aux urgences), possibilité d'un *accueil de courte durée* au moyen d'un « espace d'écoute et d'apaisement » dédié au sein du CECO (pour les admissions de nuit ou de WE : nécessité d'un avis du médecin psychiatre de garde), orientation ultérieure vers son CMP habituel (continuité de la prise en charge/voire modification éventuelle du projet thérapeutique, indication d'une hospitalisation de jour). En outre si un avis somatique est nécessaire le patient peut être adressé aux urgences.

#### 3. Demande d'orientation

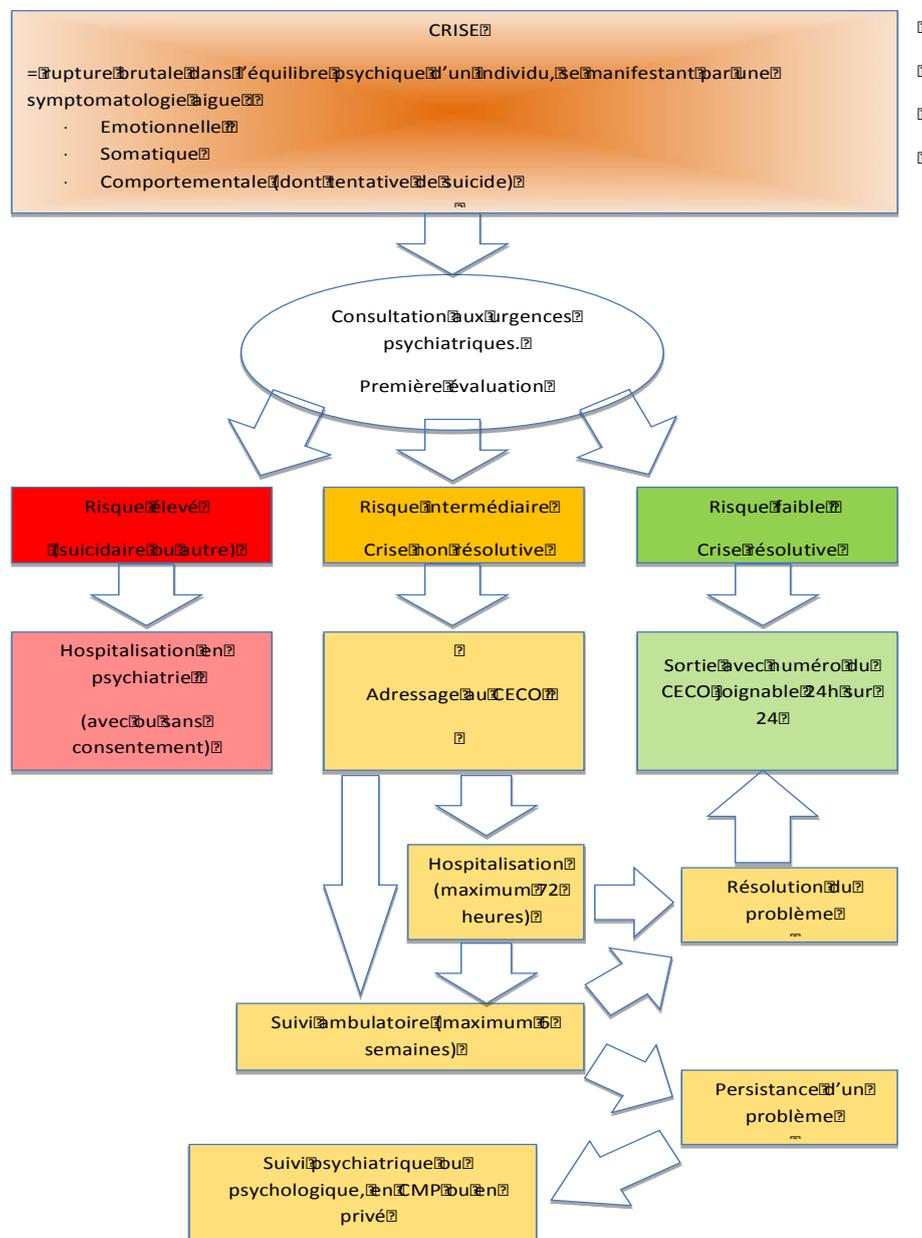
Il s'agit d'un patient non connu des services de psychiatrie. Il présente une souffrance psychique, mais pas de danger immédiat (p.ex. dépression, trouble anxieux, schizophrénie débutante...). Il consulte de lui-même ou à la demande du médecin traitant ou de son entourage. Il a déjà essayé de prendre rendez-vous chez un psychiatre en libéral ou en CMP, mais le délai d'attente est trop long. Il est en demande d'un soulagement plus rapide de sa souffrance.

- Orientation privilégiée au CECO : accueil infirmier (évaluation), orientation vers médecin ou psychologue du CECO, puis formulation d'une prise en charge adaptée (en CMP ou en « libéral ») — voire d'une hospitalisation pour bilan complémentaire spécifique — avec prise de contact avec le destinataire pour expliquer et accélérer le rendez-vous.

#### 4. Situations de crise

Elle représente environ 50% des demandes en service d'urgence de psychiatrie. Le patient présente une rupture brutale de son équilibre psychique liée à un événement de vie (séparation, conflit familial ou professionnel...) et ne sait pas comment y réagir. Il s'ensuit menaces de suicide, tentative de suicide, conduites à risques, crises clastique, automutilations, fugue, somatisation... Le plus souvent, il n'est pas connu des services de psychiatrie.

- L'orientation dépend du risque suicidaire, lequel doit donc être évalué. Cette évaluation doit inclure la rencontre de l'entourage.
  - Risque suicidaire élevé : hospitalisation en psychiatrie, avec ou sans le consentement du patient.
  - Risque suicidaire intermédiaire : paradoxalement, les patients les plus à risque (sexe masculin, toxicomanie...) sont moins souvent hospitalisés car ils refusent. Le CECO pourra être le lieu de la coordination de la prise en charge (accueil, évaluation, initiation d'une prise en charge, orientation vers un CMP du pôle concerné). Si nécessaire une *hospitalisation brève (jusqu'à 72h)* est proposée au sein du CECO dans la sous-unité dédiée à la crise.
  - Risque suicidaire faible : la tentative ou la menace de suicide peut être qualifiée « d'appel à l'aide », et cet appel à l'aide a été entendu par l'entourage (ce à quoi le psychiatre des urgences ou l'infirmier psychiatrique a pu aider). Après évaluation, le patient réintègre généralement son domicile avec les coordonnées d'un CMP (auquel il ne prendra pas rendez-vous puisque son problème est résolu). Ceci pose la question de la prévention du risque suicidaire (p.ex. « stratégie de recontact » qui pourra être menée à partir du CECO, ce qui sous-entend une coordination entre les urgences et les CECO).



## 5. Situations particulières

### a. Les adolescents en situation de crise

- Les indications et contre-indications d'hospitalisation au sein de la sous-unité dédiée du CECO sont les mêmes que pour les adultes
- Un document type sera signé par le représentant légal du patient mineur autorisant son hospitalisation dans l'unité, si possible préalablement à son admission dans l'unité, et dans tous les cas le plus rapidement possible.
- L'unité reste ouverte. En cas de fugue, la procédure de signalement en vigueur sera appliquée, et les responsables légaux du patient en seront immédiatement informés
- Aucune mesure de surveillance particulière aux adolescents ne pourra être assurée (en sus des mesures de surveillances habituellement assurées pour les autres patients, en fonction de l'état clinique)
- L'âge légal minimum pour une admission au CECO est de 15 ans et trois mois.
- Les adolescents seront suivis à L'UPA plutôt qu'au CECO en post-crise.

### b. Les patients présentant des conduites addictives

- Le CECO n'est pas une unité de dégrisement ni d'addictologie
- Le traitement d'une pathologie addictologique n'est pas une indication à une prise en charge au CECO.
- La présence d'une pathologie addictologique associée ne présente pas une contre-indication absolue à une prise en charge au CECO, à condition que :
  - Le patient ne soit pas en état d'intoxication aiguë ni en état de manque
  - Cela ne compromette pas la prise en charge des autres patients (risque d'introduction de stupéfiant dans l'unité)
  - Cela ne mette pas en danger les autres patients ni le personnel de l'unité (association à des conduites antisociales).

## 4. Modalités fonctionnelles

### 1. "Guichet unique" interpolaire : gain de temps et orientation adaptée

Le CECO propose une permanence téléphonique, un accueil infirmier et des consultations spécialisées réalisées par des psychiatres et/ou des psychologues afin de permettre aux usagers et/ou à leur médecin traitant généraliste :

- de bénéficier d'un avis rapide sur les difficultés rencontrées, leur nature et les soins utiles éventuels,
- de contribuer à ce que des soins adaptés soient proposés,
- d'aider à trouver, le cas échéant, le professionnel qui peut dispenser ces soins,

Ainsi, les usagers/patients de l'agglomération mulhousienne, quel que soit le secteur d'origine, pourront bénéficier d'une évaluation/orientation psychiatrique dans les meilleurs délais. Il en sera de même pour les demandes d'avis psychiatrique émanant de médecins généralistes, ce qui contribuera à améliorer la qualité des collaborations médicales dans le cadre du parcours coordonné de soins/vie du patient. Idéalement le courrier adressé au psychiatre par le médecin généraliste devrait contenir : le motif d'adressage, les objectifs de la consultation ; les attentes du médecin généraliste ; le résumé de la plainte actuelle et les principaux symptômes ; le diagnostic (ou l'« impression diagnostique ») ; les antécédents de maladies physiques ; les traitements actuels et antérieurs ; l'histoire psychiatrique et familiale. Le courrier de réponse du psychiatre devrait contenir : le traitement mis en place ; le projet de soins et l'organisation de la prise en charge future ; et en fonction des situations, la capacité du patient à consentir aux soins, le profil relationnel du patient, la posture que le médecin généraliste devrait adopter face au patient, la représentation de la maladie et du traitement chez le patient, la capacité d'insight du patient.

Par sa connaissance du réseau (sanitaire et médico-social) le CECO pourra orienter au mieux les usagers/patients dans leurs démarches/prises en charge psychiatriques. Si une hospitalisation en milieu spécialisé est indiquée, le CECO se mettra en relation avec le BSI du CH Rouffach pour les patients dépendant du CHR. Une réflexion est en cours pour harmoniser les admissions sur les sites de Mulhouse et Rouffach : le BSI du CH Rouffach pourrait — à terme — être une « tour de contrôle » de la psychiatrie hospitalière du GHT 12, point central de régulation des lits entre Mulhouse et Rouffach.

## *2. Coordination des Unités Mobiles d'Evaluation et de Soins psychiatriques (UMES)*

Le CECO, grâce à un numéro d'appel unique, permettra de coordonner l'activité des 2 UMES des pôles 6/7 et 8/9 (qui à terme devraient fusionner). On peut rappeler que la mission principale des UMES est de faciliter l'accès aux soins de patients non connus du pôle (ou en situation de rupture de soins) en améliorant la réactivité (délai de réponse) et la mobilité (sur le lieu de la demande) des interventions psychiatriques ambulatoires.

L'objectif de la démarche est de proposer une évaluation psychiatrique, de favoriser le suivi des patients en initialisant les prises en charge sur les CMP (des Pôle 6/7 et 8/9, ou si nécessité d'un avis rapide, du CECO) et de limiter les hospitalisations en service spécialisé aux situations indispensables.

## *3. L'accueil de courte durée de patients « subaigus »*

Il est prévu de pouvoir accueillir pour une période *inférieure à 24 h* des patients nécessitant « une réassurance » en leur évitant une hospitalisation à temps plein en milieu psychiatrique. Cet accueil est destiné à des patients, le plus souvent déjà suivis en psychiatrie, mais qui en raison, par exemple, d'une recrudescence anxieuse ont besoin d'être écouté et apaisé dans un lieu dédié. Il sera ainsi mis à leur disposition un « espace d'écoute et d'apaisement » (de 5 places), où ils bénéficieront d'une évaluation clinique et d'entretiens de soutien et où ils auront la possibilité de séjourner (de quelques heures à un jour).

En journée ces patients pourront être admis au CECO directement (après avis de l'équipe soignante), par contre la nuit (entre 21h et 7h) — pour des raisons d'adéquation et de sécurité — les admissions de patients « non-connus » ne sont prononcées qu'après avis d'un psychiatre ; pour les patients « connus et inscrits dans un parcours de soins », l'accueil est réalisable directement par l'équipe soignante.

## *4. Hospitalisation brève (jusqu'à 72h) en cas de « situation de crise »*

### *a. Modalités*

Le CECO sera doté d'une sous-unité d'hospitalisation de 4 lits (dont 2-3 plus spécifiquement destinés aux adolescents, ceux-ci étant évalués par un pédopsychiatre). Les hospitalisations ne seront pas directes et nécessiteront dans tous les cas l'avis d'un psychiatre. Il n'est pas prévu d'admettre plus de patients au CECO que le nombre de lits disponibles. Il est possible que cette durée soit réduite à moins de 72 heures si le médecin de l'unité estime que la poursuite de l'hospitalisation n'est pas justifiée.

S'agissant d'une unité ouverte, le CECO est non habilité à recevoir des patients en mesure de soins sans consentement.

## b. Indications et contre-indications

L'indication d'hospitalisation au CECO doit être posée par un psychiatre (du CECO, intervenant aux urgences psychiatriques, de liaison, de garde).

- Le patient, après examen psychiatrique initial, nécessite une période d'observation, de surveillance et d'évaluation de son état psychique, de son contexte familial et social :
  - à visée diagnostique
  - à visée thérapeutique
  - ou afin de prévenir un risque suicidaire ou psycho-social
- Le patient est adulte ou adolescent
- L'hospitalisation est librement consentie par le patient. Le patient doit être coopérant, en état de donner son consentement, et ne pas présenter d'agitation ni de trouble grave du comportement. Il s'agit d'un service ouvert, non habilité à prendre en charge des patients en mesure de soins sans consentement, et non équipé pour soigner des patients agités ou opposants.
- Le patient ne présente pas d'indication à être hospitalisé dans un service d'hospitalisation conventionnelle. L'hospitalisation au CECO ne doit pas être envisagée dans l'attente d'une hospitalisation en service de psychiatrie conventionnelle (en raison d'un défaut de place par exemple), mais avec l'objectif d'un retour à domicile. Cependant, il est possible que l'évaluation faite à l'occasion de cette hospitalisation de courte durée révèle un trouble qui nécessite une hospitalisation plus longue dans un autre service de psychiatrie.
- L'état somatique du patient ne présente pas de risque majeur qui imposerait une hospitalisation dans un service de soins somatiques.

Le patient peut donc être admis dans la sous-unité d'hospitalisation du CECO :

- Soit depuis l'accueil des urgences ou au lit-porte ou en réanimation médicale, sur indication du psychiatre des urgences
- Soit depuis un autre service d'hospitalisation, après évaluation par l'équipe de psychiatrie de liaison
- Soit suite à une consultation de crise sur rendez-vous ou faisant suite à un appel téléphonique

## c. Prévention du risque suicidaire

Plusieurs types d'interventions seront proposées à partir du CECO :

- L'hospitalisation de courte durée permet au patient d'être dans un environnement sécurisant durant la période critique où le risque de récurrence du passage à l'acte est le plus important.
- Le suivi ambulatoire de post-crise permet de réévaluer régulièrement l'état du patient, ainsi que d'aider à la résolution de la crise et à trouver d'autres stratégies en cas de nouvel épisode où son équilibre psychique est menacé. Ce suivi : ne doit pas être systématique ; doit se limiter à une durée maximale de 6 semaines ; est réalisé en première intention par un psychologue de l'unité ; n'est confié à un médecin de l'unité que si nécessaire, en deuxième intention.
- La prise en charge peut aussi permettre de faciliter l'adhésion à un suivi médical ou psychologique de plus longue durée auprès d'un autre intervenant ou structure si cela était jugé opportun.
- L'écoute et le soutien de l'entourage du patient peut l'aider à améliorer ses capacités à faire face à une nouvelle situation de crise psychologique.
- L'existence d'un numéro de téléphone joignable 24h/24 permet au patient d'avoir un autre recours dans le cas où il serait à nouveau dans une situation où son équilibre serait menacé.
- Le re-contact par téléphone ou par carte postale pour prendre des nouvelles du patient après une durée de quelques semaines ou mois a démontré sa capacité à diminuer le risque suicidaire à un an.

## 5. Locaux

Le CECO doit disposer de locaux adaptés, comprenant au minimum :

- *Pour la partie « CMP interpolaire » :*
  - Un secrétariat (commun aux activités du CECO)
  - Un bureau de consultations médicales
  - Un bureau infirmier destiné aux entretiens d'accueil
  - Une salle d'attente
  
- *Pour la partie permanence téléphonique et coordination des UMES :*
  - Un bureau infirmier dédié
  
- *Pour la partie accueil de courte durée de patients subaigus :*
  - Un « espace d'apaisement » équipé de 5 fauteuils de « type oncologie » (répartis dans 2-3 pièces aménagées).
  
- *Pour la sous-unité d'hospitalisation :*
  - 4 lits d'hospitalisation (2 chambres individuelles et une chambre à 2 lits)
  - Une salle de détente
  - Une salle d'activité/salle à manger
  - Un bureau médical
  - Un bureau de psychologue
  - Un bureau d'assistante sociale
  - Une salle de soins infirmiers
  - Une salle de bain
  - 2 douches
  - Toute autre infrastructure requise par la législation en vigueur

Vu la non disponibilité des locaux initialement construits en face du SAU à l'hôpital E. Muller, et vu la fermeture de l'unité de soins contraints 0212 (2e étage du pavillon 3 au Hasenrain), les locaux de l'ex 021.2 pourraient, moyennant quelques modifications, être réaffectés au CECO.

Par rapport à la localisation en face des urgences, la localisation au Hasenrain ne permet pas le passage rapide d'un infirmier des urgences vers le CECO ou inversement. Mais cette polyvalence est de toute façon inconfortable pour les infirmiers.

Mais la localisation au Hasenrain aurait aussi des avantages :

- Possibilité de faire un appel PTI en cas de besoin
- Le médecin responsable de la sous-unité d'hospitalisation (ou son remplaçant) se trouve sur les lieux et peut intervenir rapidement en cas d'urgence.
- Diminution des temps de trajet pour le médecin
- Environnement plus calme et plus arboré favorisant le bien être émotionnel des patients et des soignants.

## 6. L'équipe pluridisciplinaire

### 6.1. Moyens nécessaires en personnel

L'intérêt de regrouper sur un même lieu des activités de type CMP interpolaire et d'une unité d'hospitalisation de courte durée est de densifier la présence en personnel soignant sur un même site, améliorant ainsi la réactivité, la disponibilité et la continuité des soins, tout en sécurisant le fonctionnement.

Le CECO sera constitué d'une équipe pluridisciplinaire (médecins/psychiatres, cadres de santé, infirmiers, psychologues, assistants de service social) et doté d'un secrétariat unique.

	Moyens du Pôle 8/9	Moyens du Pôle 6/7	Moyens du Pôle PEA-HA	Total actuel	Moyens nécessaires	Moyens demandés
PH-Psychiatre • Consultations • Sous-unité Hospitalisation	0,5	0,5 0,5	0,5(*) 0,5(*)	1,5 1	1,5 1,5	0,5(1)
Cadre					1	1(2)
Infirmière DE	6	12 (6,5*)		18	18	
Assistante Sociale		0,5(*)		0,5	0,5	
Psychologue		1(*)		1	1	
ASH	0,5	0,5		1	1	
Secrétaire		0,5(*)		0,5	1	0,5(2)

(\*) tel que budgété par l'enveloppe ARS pour le projet CAP 72 (12/05/2015).

<sup>(1)</sup> Affectation au Pôle 8/9 ; <sup>(2)</sup> Affectation interpolaire

### 6.2. Organisation fonctionnelle des professionnels

#### 6.2.1. Médecins

##### a. Couverture médicale partie « CMP interpolaire »

- Consultations psychiatriques non-programmées les jours ouvrables du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30.
- Evaluation et orientation des patients, coordination en liaison avec les parties prenantes (notamment psychiatres des pôles concernés, médecins généralistes...).
- o Le pôle 8-9 couvrira deux jours et demi de la semaine
- o Le pôle 6-7 couvrira deux jours et demi de la semaine
- o Les remplacements en cas de congé seront assurés par le pôle concerné

##### b. Couverture médicale de la partie « hospitalisation de courte durée »

- Evaluation et coordination des soins des patients hospitalisés au sein de la sous-unité dédiée.
- Réévaluation quotidienne de l'état clinique des patients hospitalisés : participation aux discussions pluridisciplinaires concernant les patients ; réévaluation des prescriptions médicamenteuses et psychothérapeutiques ; réévaluation de l'indication à poursuivre ou non l'hospitalisation, dans la limite des 72 heures ; décision de la sortie du patient ; définition des modalités de prise en charge ultérieures des patients sortants ; rédaction de l'ordonnance de sortie ; rédaction du rapport d'hospitalisation immédiatement après la sortie du patient.
- Poursuite du suivi ambulatoire post-crise seulement pour les patients qui nécessitent un suivi médical à l'issue de leur passage aux urgences ou de leur hospitalisation au CECO (le plus souvent, seul un suivi psychologique est indiqué) — ce qui implique une disponibilité de son agenda pour fixer des rendez-vous semi-urgents.
- o Le service 68G06 couvrira tous les matins du lundi au samedi (l'attribution d'un demi-poste de PH au Pôle 8/9 permettra de compléter la couverture médicale dans la journée).
- o Les nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés, sont couverts par le psychiatre de garde.
- o Le ½ poste de PH attribué au service de psychiatrie infanto-juvénile de Mulhouse permettra d'évaluer et de coordonner la prise en charge ultérieure des patients adolescents (de 15 à 18 ans) hospitalisés — l'autre ½ poste étant dévolu à des consultations/psychiatrie de liaison.

### **6.2.2. Infirmiers**

Les infirmiers assurent une présence 24 heures sur 24 :

3 le matin, 3 l'après-midi + 1 en journée (du lundi au vendredi de 9h à 17h) et 2 la nuit.

Horaires proposés :

- matin : 6h15 => 13h45

- midi : 13h15 => 20h45

- nuit : 20h30 => 6h30

Les principales missions se déclinent de la manière suivante :

- Assurer l'accueil des patients, accueil téléphonique et physique
- Répondre aux appels téléphoniques de patients (ayant été hospitalisés au CECO ou non) et qui éprouvent (à nouveau) de la souffrance psychique, réorientation si besoin.
- Assurer l'accueil des familles ou partenaires
- Assurer des entretiens infirmiers
- Procéder à l'évaluation de l'état clinique (utilisation d'échelles d'évaluation)
- Observer les signes, symptômes cliniques, comportement et attitude des patients
- Assurer les transmissions écrites dans le dossier patient
- Assurer les transmissions orales
- Accomplir des soins infirmiers (surveillance des constantes , perfusions, délivrance et surveillance de la prise des médicaments prescrits, autres soins ...)
- Participer au groupe de parole (en binôme avec un psychologue)
- Orienter le patient en fonction de sa demande et de son état clinique
- Organiser la continuité de la prise en charge, en assurant le lien et la coordination entre le CECO et les autres structures de soins (CMP, HDJ, CH) — incluant l'organisation de la sortie de l'hospitalisation en lien avec la décision médicale.
- Coordonner les prises en charge en lien avec les autres partenaires
- Travailler en coopération avec les acteurs de réseaux
- Re-contact par téléphone ou par carte postale pour prise de nouvelles des patients qui ont fait une tentative de suicide.
- S'engager et participer à des formations spécifiques en lien avec les missions du CECO (effectuer des « stages » dans les unités pour adolescents par exemple – conférence – colloques...).

### **6.2.3. Psychologue**

- Tout patient admis en hospitalisation au CECO bénéficiera d'un entretien avec un psychologue (entretiens individuels à visée d'évaluation clinique [notamment du risque suicidaire], et thérapeutique).
- En outre il assurera : les suivis ambulatoires de « post-crise » sur une durée maximale de six semaines (impliquant la possibilité de fixer des rendez-vous de consultation semi-urgents) ; des entretiens familiaux ; des groupes de parole ; et la participation aux discussions pluridisciplinaires autour des patients.

### **6.2.4. Assistant des services sociaux**

Conformément à sa mission l'AS pourra :

- conseiller, orienter et soutenir les personnes accueillies au CECO, et leurs familles, les aider dans leurs démarches et informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale.
- apporter son concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. En outre, membre à part entière de l'équipe pluriprofessionnelle, il participera aux réunions de synthèse autour des patients.

## 6.2.5. Secrétaire

La secrétaire assurera :

- l'accueil physique et téléphonique des patients,
- la gestion administrative des dossiers des patients hospitalisés (admission, rapport, ...),
- la gestion administrative des dossiers des consultants externes (création - mise à jour du dossier administratif et médical),
- la planification des consultations,
- la gestion du planning de présence médicale et soignante.
- Elle contribuera également, dans son domaine de compétences, à la délivrance administrative de renseignements d'ordre général aux patients et à leur famille dont elle assure l'accueil.

## 7. Principaux Indicateurs

Les indicateurs proposés feront l'objet d'un suivi spécifique dans le cadre d'un comité dédié associant les équipes médico-administratives des pôles concernés. En outre, le Pôle 8/9 s'est engagé dans une démarche d'accompagnement ANAP dont les indicateurs sont joints en annexe (annexe 8.2).

### 7.1. Indicateurs adressage et parcours

- nombre d'adolescents (15/18 ans) accueillis à partir des urgences adultes, bénéficiant d'une consultation d'un psychiatre, et nombre d'adolescents accueillis par plage horaire (diagnostic principal)
- nombre d'adultes provenant des urgences, et nombre d'adultes accueillis par plage horaire (diagnostic principal)
- nombre de patients accueillis par type d'adresseurs (médecine de ville,...)
- nombre de patients se présentant spontanément au CECO (nombre total et par plage horaire incluant le jour de la semaine)
- nombre de patients se présentant spontanément et qui ont été orientés à partir du CECO vers les urgences (sans entrer dans la structure CECO)
- nombre d'orientations à partir du CECO par type de structure (hospitalisation complète, CMP, HDJ, médecin de ville, autres ...)
- nombre de recours à la permanence médicale par le psychiatre de garde (jour et horaires)
- nombre de patients pris en charge par le CECO qui n'étaient pas encore connus dans le dispositif de soins
- nombre de patients pris en charge par le CECO qui étaient en situation de rupture de soins
- nombre de patients perdus de vue à partir du CECO.

### 7.2. Indicateurs d'activités

- nombre de consultations non programmées, totales et par plage horaire, par type de professionnels (médecin, infirmier, psychologue, assistante de service social...)
- nombre d'entretiens total et par plage horaire, par type de professionnels
- nombre de situation d'accueil pour apaisement
- nombre d'admission dans la sous-unité d'hospitalisation du CECO pour les situations de crise
- nombre de réponses téléphoniques totales et par plage horaire, objet et demandeur, réponse
- relevé des actes selon la classification commune des actes médicaux (CCAM)
- nombre d'interventions UMES déclenchées à partir du CECO
- nombre d'interventions à domicile déclenchées à partir du CECO (VAD polaire, ...)
- durée moyenne de prise en charge au CECO par type de prise en charge (unité de crise, apaisement, consultations)

### **7.3. Indicateurs de gestion des ressources humaines (GRH)**

- absentéisme,
- heures supplémentaires,
- formations continues
- turn-over et mobilités
- pyramide des âges
- répartition GHRMSA et CH Rouffach

### **7.4. Indicateurs d'efficience**

- taux de personnes ayant eu au moins une hospitalisation non programmée dans l'année après passage au CECO
- file active par ETP médical, infirmier, psychologue, autres
- nombre d'entretiens médicaux par ETP médical
- nombre d'entretiens infirmiers par ETP infirmier (idem psychologues, autres)
- taux d'occupation des bureaux au sein de la structure CECO
- nombre de prescriptions de transports par type VSL, TAXI

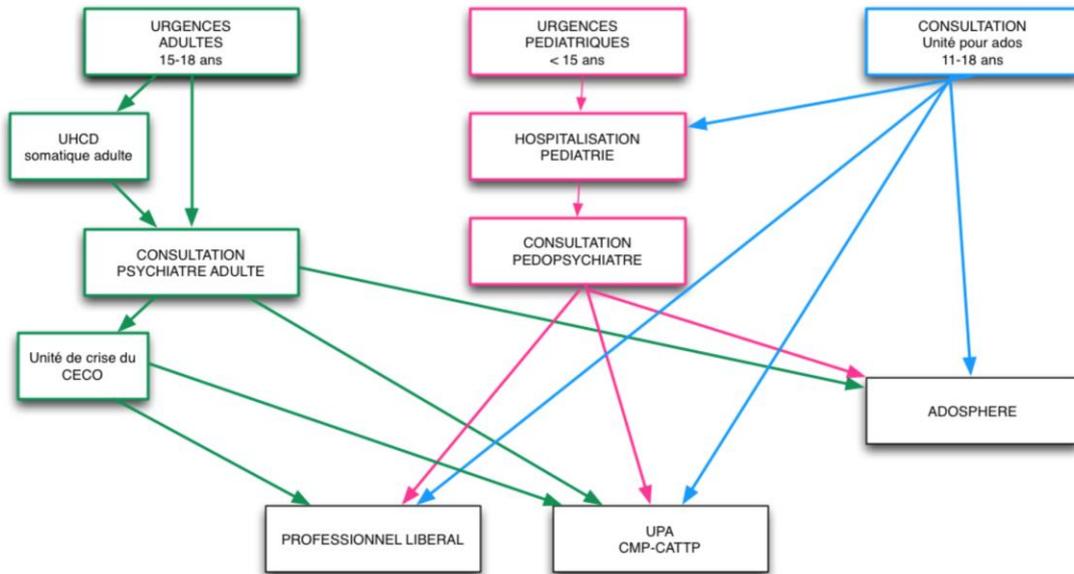
### **7.5. Indicateurs qualité :**

- taux de satisfaction : enquête et questionnaire de satisfaction, enquête téléphonique auprès de la médecine de ville,
- nombre d'évènements indésirables et indésirables graves : suivi des évènements indésirables et EIG, CREX
- taux de conformité des pratiques par rapport aux règles d'adressage établies : audits ciblés, technique du patient traceur
- nombre de déclenchement PTI à partir du CECO
- nombre de situation d'urgences vitales qui ont motivé le déclenchement du SMUR

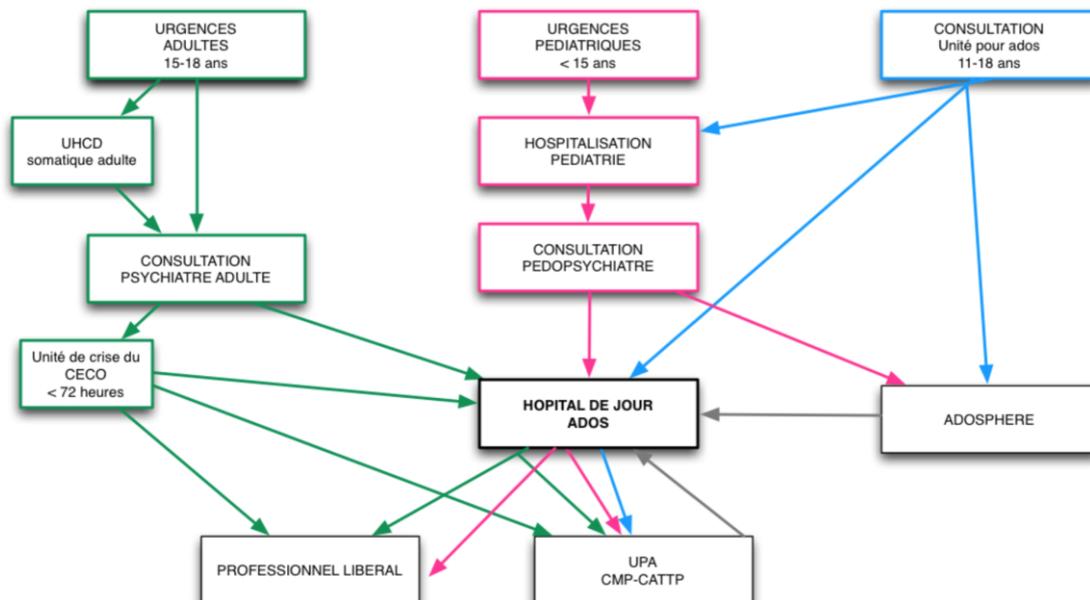
## 8. Annexes

### 8.1. Parcours des adolescents

#### 1. Parcours sans passage par un hôpital de jour (fonctionnement de jour et hors week-end / jours fériés)



#### 2. Parcours avec passage par un hôpital de jour (fonctionnement de jour et hors week-end / jours fériés)



## 8.2 Indicateurs ANAP pour le Pôle 8/9

INDICATEURS: intitulé ANAP	INDICATEURS CHR		janvier - décembre 2016	
	Libellé CHR	Remarques / règles de calcul	Pôle 09	CHR pôles adultes
PE2 - Taux d'hospitalisations temps plein prolongées	Nombre total de séjours en temps plein		1011	3 103
	Nombre de séjours en temps plein avec durée d'hospitalisation de plus de 90 jours	La durée d'hospitalisation est égale: au nombre de jours (y compris les permissions) entre l'admission et la sortie pour les séjours clôturés - la fin de la période pour les séjours non clôturés	117	300
	Taux de séjours avec durée d'hospitalisation de plus de 90 jours		11,57%	9,67%
	Nombre de séjours ayant dépassé le seuil de 90 jours d'hospitalisation pendant la période.		91	228
<b>Exemple de lecture</b> sur 3103 séjours du temps plein de CHR (pôles adultes), 300 séjours avaient la durée d'hospitalisation supérieure à 90 jours (9,67%). 228 séjours ont dépassé le seuil de 90 jours d'hospitalisation en 2016. Les autres 72 séjours avaient déjà la durée d'hospitalisation supérieure à 90 jours au 01/01/2016.				
PE2 - Taux de personnes ayant eu au moins une ré-hospitalisation non programmée après passage aux urgences	Taux de personnes ayant eu au moins une ré-hospitalisation avec un passage soit aux urgences, soit au PAO	- il s'agit des ré-hospitalisations de l'année en temps plein (y compris les séjours « à cheval » sur 2015/2016) - le passage aux urgences de ces ré-hospitalisations est ciblé par le mode d'entrée RIMP « code 85 »	Non exhaustif, démarcher en cours pour y parvenir	
PE2 - Nombre de ré-hospitalisations par patient ré-hospitalisé	Taux de patients ré-hospitalisés	Il s'agit des ré-hospitalisations de l'année en temps plein (y compris les séjours « à cheval » sur 2015/2016)	23,32%	24,78%
	Nombre de ré-hospitalisations par patient ré-hospitalisé		1,52	1,53
PE5 - % d'hospitalisations temps plein suite à un passage aux urgences générales ou psychiatriques	Taux de séjours en temps plein avec un passage soit aux urgences, soit au PAO	Le passage aux urgences est ciblé par le mode d'entrée RIMP « code 85 »	Non exhaustif, démarcher en cours pour y parvenir	
PE5 - % d'hospitalisations sans consentement parmi les hospitalisations temps plein en psychiatrie sur une année	Taux de séjours en temps plein avec au moins une séquence sous contrainte		26,81%	25,81%
PE5 - % de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie après passage aux urgences générales et/ou psychiatrie dans l'année et non suivies en psychiatrie ambulatoire de secteur depuis 1 an/ file active	Taux de personnes hospitalisées à temps plein après passage aux urgences ou au PAO et non suivies en psychiatrie ambulatoire du CHR depuis 1 an	- le passage aux urgences est indiqué par le mode d'entrée RIMP « code 85 » prise en compte uniquement des actes réalisés en présence du patient (E, G, A) - il s'agit d'une année glissante de « non suivi au CHR » par rapport à la date de l'admission	Non exhaustif, démarcher en cours pour y parvenir	
Délai de 1 <sup>er</sup> rendez-vous en CMP	<b>Résultats de l'étude 2015</b>		<b>Etude 2015 : quel que soit le professionnel</b>	
			20	19
			<b>Etude 2015 : médecins</b>	
			69	65
			<b>Etude 2015 : psychologues</b>	
			89	64
		<b>Etude 2015 : infirmiers</b>		
		10	10	
File active par ETP médical en intra et en extra :	File active en hospitalisation temps complet	Nombre de patients différents suivis en temps complet (temps plein, AFT, séjour et appartement thérapeutique)	764	2308
	ETP médical en hospitalisation temps complet	ETP travaillés des médecins en temps complet (moyenne de la période)	7,88	7,88
	Ratio file active par ETP médical en hospitalisation temps complet		97,02	293,08
	File active médicale en extra	Nombre de patients suivis en HI ou en ambulatoire par des médecins	3 003	8 687
	ETP médical en extra	ETP travaillés des médecins en HI ou en ambulatoire (moyenne de la période)	8,71	8,71
	Ratio file active par ETP médical en extra		344,78	997,36
Taux Entretiens infirmiers réalisés à domicile par ETP	Nb entretiens infirmiers réalisés à domicile ou au substitut du domicile (établissements médico-sociaux avec hébergement)	Nombre d'entretiens infirmiers réalisés dans les lieux RIMP L07 (domicile) et RIMP L08 (établissements médico-sociaux av. hébergement)	1 948	8 143
	ETP infirmier en VAD (domicile ou substitut du domicile)	ETP travaillés des infirmiers en VAD	3,10	12,20
	Ratio nb entretiens infirmiers par ETP en VAD		628,39	667,46
	% entretiens infirmiers réalisés en VAD par rapport au nombre total d'entretiens infirmiers	Nombre entretiens infirmiers réalisés dans les lieux RIMP L07 et L08 divisé par le nombre total d'entretiens infirmiers	16,56%	22,57%
Intensité de soins des patients présentant les troubles codés de F20 à F29 + F30 + F31	Nb total de patients avec ce diagnostic principal (DP)		1 202	2 713
	% de patients avec une hospitalisation en temps complet		28,62%	28,01%
	- nb moyen de séjours en temps complet	Temps complet : temps plein, AFT, séjour et appartement thérapeutique	1,38	1,4
	- DMH en temps complet (jours)	La somme de jours de présence RIMP de la période divisée par le nombre de patients hospitalisés	58,28	58,96
	% de patients avec une hospitalisation en HI		9,23%	12,09%
	% de patients ayant bénéficié d'une prise en charge ambulatoire		92,18%	94,18%
	- nb moyen d'actes par patient		13,07	15,41
	% de file active (FA) ambulatoire avec ce DP ayant des entretiens médicaux		91,06%	92,58%
	- nb moyen d'entretiens médicaux		4,76	5,02
	% de FA ambulatoire avec ce DP ayant des entretiens psychologue		13,63%	12,99%
	- nb moyen d'entretiens psychologue		6,04	6,76
	% de FA ambulatoire avec ce DP ayant des entretiens infirmier		45,94%	45,64%
	- nb moyen d'entretiens infirmier		11,74	13,15
	% de FA ambulatoire avec ce DP ayant des entretiens à domicile ou au substitut du domicile	Domicile ou substitut = lieux RIMP L07 et L08	18,86%	22,23%
	- nb moyen d'entretiens à domicile ou au substitut du domicile		4,71	9,17
Nb total de patients avec ce diagnostic principal (DP)		2 129	6 956	
% de patients avec une hospitalisation en temps complet	Le code de diagnostic principal est autre que F20 à F29 ; F30 ; F31 ; Z* ; R* et non renseigné		17,90%	21,39%
- nb moyen de séjours en temps complet	Temps complet : temps plein, AFT, séjour et appartement thérapeutique		1,31	1,34
- DMH en temps complet (jours)	Somme des jours de présence RIMP de la période divisée par le nombre de patients hospitalisés		39,99	39,21
% de patients avec une hospitalisation en HI			5,97%	7,26%
% de patients ayant bénéficié d'une prise en charge ambulatoire			91,55%	92,09%
- nb moyen d'actes par patient			6,11	7,85
% de file active ambulatoire avec ce DP ayant des entretiens médicaux			77,42%	75,30%
- nb moyen d'entretiens médicaux			3,19	4,04
% de FA ambulatoire avec ce DP ayant des entretiens psychologue			16,73%	22,93%
- nb moyen d'entretiens psychologue			7,13	6,73
% de FA ambulatoire avec ce DP ayant des entretiens infirmier			28,73%	31,13%
- nb moyen d'entretiens infirmier			4,83	5,63
% de FA ambulatoire avec ce DP ayant des entretiens à domicile ou au substitut du domicile	Domicile ou substitut = lieux RIMP L07 et L08		8,36%	13,57%
- nb moyen d'entretiens à domicile ou au substitut du domicile			4,16	5,45
Nombre d'entretiens médicaux par ETP médical	Nb d'entretiens médicaux		10 801	36 024
	ETP médical en ambulatoire	ETP travaillés des médecins en ambulatoire (moyenne de la période)	7,44	7,44
	Ratio nb entretiens médicaux par ETP médical en ambulatoire		1 451,36	4 841,99
Nombre d'entretiens de psychologues par ETP de psychologue	Nb entretiens de psychologues		4 021	19 755
	ETP psychologues en ambulatoire	ETP travaillés des psychologues en ambulatoire (moyenne de la période)	7,09	7,09
	Ratio nb entretiens psychologues par ETP psychologues en ambulatoire		566,90	2 785,17
Nombre d'entretiens réalisés par des personnels sociaux éducatifs par ETP de personnels sociaux éducatifs	Nb d'entretiens et démarches des assistants du service social		1 291	2 976
	ETP des assistants du service social (ASS) en ambulatoire	ETP travaillés des ASS en ambulatoire (moyenne de la période)	5,97	5,97
	Ratio nb entretiens/démarches ASS par ETP ASS en ambulatoire		434,48	1 001,55
	Nombre d'entretiens réalisés par des éducateurs			209
	ETP des éducateurs en ambulatoire	ETP travaillés des éducateurs en ambulatoire (moyenne de la période)		1,76
	Ratio nb entretiens/des éducateurs par ETP des éducateurs en ambulatoire			118,75
Nombre de venues en hôpital de jour par ETP non médicaux	Nombre de venues en hôpital de jour	Nombre de venues= nb de journées + nb de demi-journées /2	6 405,5	25 140,0
	Nb journées RIMP en HI		5 329	22 414
	Nb de demi-journées RIMP en HI		2 153	5 452
	ETP non médical en hôpital de jour	- ETP travaillés (moyenne de la période) : tout type d'intervenant (sans médecins) y compris les ASH et les administratifs.	24,62	24,62
	Ratio Nombre de venues en hôpital de jour par ETP non médical en hôpital de jour		260,22	1 021,28
Taux d'occupation des bureaux en CMP				
Nombre de prescriptions de bon transport par type VSL, TAXI	<b>À compléter</b>			
Le taux d'occupation des bureaux en CMP est un indicateur imaginé à partir de l'indicateur utilisé au bloc opératoire : on le mesure de la façon suivante : temps réel d'occupation des bureaux / par temps de vacations offerts (heures d'ouverture du CMP)				

# Addictologie

## Synthèse du projet

La mise en place du GHT12 constitue l'occasion de renforcer la collaboration entre les différentes structures addictologiques du Territoire de Santé 4 d'Alsace, et ce dans le cadre d'un « Parcours Patient en Addictologie »

### **A. Les principes fondateurs du « Parcours Patient en Addictologie » tiennent en plusieurs points :**

- Chacune des structures a « **une place bien définie** » dans le dispositif avec gradation de l'offre.
- Un « **Bilan Médico-Psycho-Social** » est réalisé permettant d'orienter le patient si besoin au sein du réseau.
- Des « **Circuits Courts** » sont mis en place entre les différentes structures partenaires.
- Des « **Prises en Charge Spécifiques** » sont développées par les différentes équipes.
- Les projets médicaux et de soins sont coordonnés pour une « **Offre de Soins Coordonnée** ».
- Des « **Approches Thérapeutiques Communes** » sont renforcées (Entretien Motivationnel, TCC, ETP...).
- Un « **Groupe de Réflexion en Addictologie de la Haute Alsace** » (GRAHAL) est mis en place.

### **B. L'offre ambulatoire médicale, médico-sociale et sociale et les projets en cours ou à développer :**

- **Les médecins traitants** : la réactivation de RMS au sein du territoire est un objectif à atteindre.
- **Les pharmaciens libéraux** : interlocuteurs privilégiés notamment dans le cadre des Relais Ville.
- **Les consultations Jeunes Consommateurs (CJC)** : le maillage territoire est satisfaisant.
- **Le réseau Périnatalité et Addictions** : le développement d'un partenariat à destination du Groupe Hospitalier du Diaconat est à initier ainsi qu'une consultation avancée d'Addictologie à la Maternité du site de THANN.
- **Les CAARUD** : développer les échanges avec les équipes sociales concernées, notamment à travers un accès facilité à la prise en charge institutionnelle et en les adossant à des structures territoriales notamment les CSAPA.
- **Le CSAPA le CAP** : une offre de soin addictologique à l'hôpital de Thann est en cours d'élaboration en collaboration avec les équipes du GHRMSA (Convention).
- **Le CSAPA Alternative** : l'évolution va vers une prise en charge toutes addictions.
- **Les appartements thérapeutiques** : les intégrer dans l'offre de soins du territoire de Santé 4 est primordial.

### **C. L'offre hospitalière de niveau 1 et les projets en cours ou à développer :**

- **Le Service d'Addictologie du GHRMSA** : le service assurera avec le CSAPA le CAP (convention) la prise en charge addictologique sur le site de Thann. L'intégration du CSAPA Alternative au Service d'Addictologie rendra par ailleurs la prise en charge addictologique plus lisible et garantira une fluidité quant au parcours patient.
- **Le Groupe Hospitalier du Diaconat** : un conventionnement avec les équipes hospitalières du GHT12 pour assurer une offre de prise en charge addictologique dans le cadre d'un repérage est à élaborer.

### **D. L'offre hospitalière de niveau 2 et les projets en cours ou à développer :**

**Le Pôle d'Addictologie Clinique du CH de Pfaffstätt** : le Pôle développera son rôle de Centre Ressource en Addictologie du Territoire. Il développe par ailleurs une prise en charge spécifique des patients addicts présentant des troubles cognitifs et des patients présentant un trouble de la conduite alimentaire.

**NB** : les besoins du territoire rendent nécessaire la création d'un CSSRA dans le Haut-Rhin, d'une capacité d'accueil de 30 lits toute addiction et sans orientation spécifique, avec intégration de cette modalité de prise en charge dans une gestion de proximité de la pathologie addictive au long cours.

#### **E- L'enjeu des « Populations spécifiques » en Addictologie et les projets à développer :**

- **les adolescents et jeunes adultes** : l'offre de soins est répartie sur l'ensemble du territoire.
- **La périnatalité** : développer un partenariat à destination des patients du Diaconat.
- **Les populations précaires** : les CSAPA le CAP et Alternative, avec le Pôle d'Addictologie Clinique du CH de Pfastatt, développeront une prise en charge spécifique destinée à ces populations.
- **Les populations avec une problématique Santé-Justice** : la collaboration est à développer avec le SPIP afin d'optimiser les prises en charge et d'éviter la sur-sollicitation du réseau en dehors de toute demande de soins.
- **Les populations présentant des troubles cognitifs** : le Pôle d'Addictologie du CH de Pfastatt proposera cette prise en charge dans le cadre de l'HDJ avec dépistage, diagnostic et remodelage cognitif.
- **L'Ethno-Addictologie** : sur le modèle de l'ethnopsychiatrie, ce questionnement sera mené par le Pôle d'Addictologie Clinique du CH de Pfastatt avec l'appui des différents acteurs du territoire.
- **Le milieu du Handicap** : l'objectif est de diffuser le processus S.A.S.H.A (Système d'Accompagnement aux Soins des personnes Handicapées et de leurs Aidants) à l'ensemble des structures et des équipes.
- **La prise en charge Mère-Enfant ou Addiction et Parentalité** : cette modalité de prise en charge spécifique est à diffuser avec une sensibilisation à mener auprès des différents acteurs du sanitaire et du social.
- **Population à comorbidité psychiatrique** : assurer une démarche diagnostique psychiatrique aux patients pris en charge en addictologie dans les délais adaptés en renforçant le temps d'intervention de psychiatres au sein des équipes addictologiques
- **Les sujets âgés** : une réflexion commune est à faire émerger avec la gériatrie concernant la prise en charge au long court des patients âgés avec problématique addictive et la prise en charge en SSR au décours de pathologies aiguës. L'expérience du CH d'Altkirch dans ce domaine constitue une base de travail pour le réseau.

#### **F – Les Addictions Comportementales et leur prise en charge :**

La prise en charge des addictions comportementales dites sans produit, constitue un enjeu majeur de Santé Publique et est à développer par l'ensemble des acteurs du réseau. Les CSAPA le CAP et Alternative, avec le Pôle d'Addictologie du CH de Pfastatt, élaborent une prise en charge des Troubles de la Conduite Alimentaire (TCA) et une prise en charge des patients avec problématique « sexualité et addiction ».

**En conclusion, le renforcement de la collaboration des équipes addictologiques au quotidien, la mise en place de circuits courts pour faciliter l'accès au soin et la mobilité du patient au sein du réseau, le développement de prises en charge destinées aux populations dites spécifiques et l'appui du groupe de réflexion, lieu de partage, d'expérience et d'éclosion d'une lecture commune, permettront une optimisation du Parcours Patient en Addictologie. L'émergence de nouveaux comportements et la diffusion des « Nouveaux Produits de Synthèse » impliquent l'adaptation de notre prise en charge et de notre offre de soins, mais aussi de nos outils techniques et diagnostiques. Dans son ensemble, si cette expérience se révèle concluante, elle pourrait être prolongée par la création d'un Pôle d'Addictologie Clinique Inter-Etablissement autour de la structure Niveau 2 du Territoire.**

## Parcours patient détaillé en addictologie

La mise en place du GHT12 constitue l'occasion de renforcer la collaboration entre les différentes structures addictologiques du Territoire de Santé 4 d'Alsace, et ce dans le cadre d'un « Parcours Patient en Addictologie » où la place de chacun des partenaires est bien identifiée.

En partant de l'expérience et de la spécificité d'approche de chacune des équipes, le « Parcours Patient » est ainsi défini prenant en compte les besoins des patients addicts à un temps T de leur maladie tout en assurant un continuum de la prise en charge dans l'accompagnement au long cours de ces patients en fonction de l'évolution de la pathologie et du contexte.

### ***A. Les principes fondateurs du « Parcours Patient en Addictologie » tiennent en plusieurs points :***

1) chacune des structures a « **une place bien définie** » dans le dispositif, en fonction du projet patient à un temps T de sa maladie (accompagnement pour l'élaboration d'un projet de soins, prise en charge simple ou dite complexe, réduction de risque et contrôle de consommation ou sevrage, consolidation de l'abstinence ou substitution ...), mais aussi du développement de compétences et donc d'offres spécifiques quant à la prise en charge.

2) Chacune des structures est dans la capacité de recevoir le patient et de mener un « **Bilan Médico-Psycho-Social** » afin de l'orienter si besoin au sein du réseau en fonction des besoins identifiés et du projet élaboré : ce n'est pas au patient d'identifier la spécificité de la prise en charge de chacune des structures, mais à la structure d'orienter le patient au sein du réseau en fonction de la spécificité du terrain, du contexte et du projet thérapeutique.

3) Des « **Circuits Courts** » sont mis en place entre les différentes structures partenaires, permettant ainsi d'éviter au patient des temps d'attente trop longs et non adaptés à la prise en charge en Addictologie, le Bilan Médico-Psycho-Social initial étant valable pour l'ensemble du Parcours : cela donne au patient un accès facilité aux soins au sein du réseau et adapté en termes de délai afin d'éviter les « sorties de soins ».

4) Des « **Prises en Charge Spécifiques** » sont développées par les différentes équipes et cette spécificité fait référence à des populations dites spécifiques ou à des spécificités d'approches thérapeutiques. Ces prises en charge sont ainsi proposées à l'ensemble des patients et ces derniers sont orientés par les équipes au sein du réseau en fonction de ces spécificités.

5) Les projets médicaux et de soins sont coordonnés afin de mettre en commun, au sein du réseau, une « **Offre de Soins Coordinée** » permettant de couvrir l'ensemble des champs de l'Addictologie et adaptée aux populations diverses prises en charge.

6) Des « **Approches Thérapeutiques Communes** » sont renforcées au sein des différentes structures et constituent un socle commun dans la prise en charge des patients au long cours : ces approches ont fait leurs preuves en termes d'élaboration et d'initialisation de projets de soins, de prévention de la rechute et de gestion de la pathologie et du quotidien (Entretien Motivationnel, TCC, ETP, Approches Psycho-Sociales ...). Ces approches n'excluent pas toute autre approche spécifique développée par chacune des structures en fonction des compétences en présence et des historiques propres des équipes.

7) Pour soutenir une réflexion commune, une approche commune de la « lecture de l'Addiction et de sa prise en charge » et créer un cadre propice à l'échange autour des pratiques, un « **Groupe de Réflexion en Addictologie de la Haute Alsace** » (GRAHAL) est mis en place. Ce groupe est ouvert à l'ensemble des acteurs de l'Addictologie Territoriale, tout corps de métier confondu, et servira de cadre pour faire évoluer la prise en charge et le parcours addictologique en continu, enrichis en cela par les apports des uns et des autres en fonction des compétences et expériences de chacun.

## ***B. Les équipes, structures et offres de soins en addictologie du Territoire de Santé 4 d'Alsace :***

L'offre de soins en addictologie au sein du Territoire de Santé 4 d'Alsace se décline en 3 volets :

### **1) L'offre ambulatoire médicale, médico-sociale et sociale :**

- **les médecins traitants** : interlocuteurs privilégiés, d'autant plus que la région mulhousienne ne dispose plus de Réseau Micro-Structure (RMS) depuis des années, ce qui sur-sollicite les structures institutionnelles. ***La réactivation de RMS au sein du territoire est un objectif à atteindre, ainsi que le développement des échanges avec les RMS de la vallée de Thann.***

- **les pharmaciens libéraux** : certains sont regroupés au sein de l'Association Mulhousienne Réseau Toxicomanie (AMRT), avec des médecins généralistes et des addictologues libéraux. ***L'identification de ces acteurs comme interlocuteurs privilégiés est un axe central notamment dans le cadre des Relais Ville des patients substitués aux opiacés, et pour une moindre sollicitation du réseau institutionnel.***

- **les consultations Jeunes Consommateurs (CJC)** : le territoire est bien couvert en offre de soins destinée à cette population spécifique, que ce soit par les équipes du GHRMSA ou par le CSAPA le CAP.

- **Le réseau Périnatalité et Addictions** : le service d'addictologie du GHRMSA assure cette prise en charge spécifique. Cette offre sera complétée par la mise en place prochainement au CSAPA Alternative d'un « Plateau d'Accompagnement à la Parentalité ». ***Le développement d'un partenariat à destination du Groupe Hospitalier du Diaconat est à initier, vu l'activité obstétricale assurée par cette structure et qui pour le moment reste en dehors du champ d'intervention de l'addictologie. Une consultation avancée d'Addictologie sera mise en place à la Maternité du site de THANN, et assurée par l'IDE puéricultrice du service d'Addictologie.***

- **Les CAARUD** : ces structures, au nombre de 2 au sein du territoire (AIDES et BEMOL), assurent l'accueil de populations addicts sous l'angle d'une approche de « Réduction de Risque ». Opposer Réduction de Risque et soins en addictologie et aborder ces populations sous l'angle social uniquement sont des approches dépassées : ***renforcer la sensibilisation de ces populations aux problématiques de Santé et leur orientation, au cas par cas, vers le soin en addictologie est une priorité en termes de Santé Publique vu les modes de consommation, les risques infectieux et leur précarité en termes de santé en général. Cela n'est possible qu'en développant les échanges avec les équipes sociales concernées, notamment à travers un accès facilité à la prise en charge institutionnelle et en les adossant à des structures territoriales notamment les CSAPA.***

- **Le CSAPA le CAP** : le CAP assure une prise en charge toute addiction et dispose de 4 antennes assurant un maillage du territoire (Mulhouse, Altkirch, Saint Louis, Thann). Il dispose d'un Service de Prévention structuré et mobile sur lequel le reste du réseau prendra appui. ***Une offre de soin addictologique à l'hôpital de Thann est en cours d'élaboration en collaboration avec les équipes du GHRMSA (Convention), sur le modèle et comme c'est déjà le cas pour l'hôpital d'Altkirch entre l'équipe ELSA et le CAP (l'ELSA d'Altkirch intégrera le Service d'Addictologie du GHRMSA à partir de janvier 2017).***

- **Le CSAPA Alternative** : actuellement piloté par les secteurs psychiatriques 7 du GHRMSA et les secteurs 8 ET 9 du CH de Rouffach, ce CSAPA assure une prise en charge orientée « substances illicites et médicaments », « Comorbidités Psychiatriques » et « Accompagnement à la Parentalité ». ***L'évolution va vers une prise en charge toutes addictions tout en priorisant la prise en charge de patients addicts présentant une comorbidité psychiatrique et les patients addicts parents ou futurs parents.***

- **les appartements thérapeutiques** : des appartements thérapeutiques sont disponibles sur le Territoire de Santé 4, dont la gestion est assurée par l'Association Argile. L'absence de gestion médicale accessible sur place (absence de médecin coordonnateur) et la gestion à distance par le CSAPA Argile situé à Colmar dans le Territoire de Santé 3 relevant du GHT11 rendent ce dispositif « non visible » dans l'offre de soins du territoire. ***Intégrer ce dispositif dans l'offre de soins en addictologie pour le Territoire de Santé 4 est primordial, et l'ARS sera sollicitée dans cette optique (rattachement à un CSAPA du Territoire ...).***

**NB** : A noter que nous ne disposons pas à l'heure actuelle pour l'addictologie au sein du territoire de structure type « Communauté Thérapeutique », « GEM » ou « Famille d'Accueil » dont la pertinence dans le cadre de la prise en charge a été prouvée ***et dont la mise en place complèterait l'offre de soins.***

## 2) **L'offre hospitalière de niveau 1** :

- **le Service d'Addictologie du GHRMSA** : le Service d'Addictologie du Pôle de Psychiatrie et Santé Mentale, assure une prise en charge toute addiction. Il assure, en dehors des consultations hospitalières, la liaison sur les 2 sites actuels du GHRMSA (Moenchsberg et Hasenrain) pour laquelle il dispose de lits pour les sevrages simples localisés en Hépatogastro-Entérologie. Il assure la gestion du Réseau Périnatalité et Addictions, les CJC et la prise en charge addictologique au sein de l'UCSA. ***Le service assurera avec le CSAPA le CAP (conventionnement) la prise en charge addictologique sur le site de Thann, et une fois l'ELSA d'Altkirch intégrée à partir de janvier 2017, la prise en charge niveau 1 sur le site d'Altkirch (conventionnement avec le CAP). L'intégration du CSAPA Alternative rendra par ailleurs la prise en charge addictologique plus lisible au sein du territoire, et permettra un gain en termes de gestion des ressources humaines et de fluidité quant au parcours patient.***

- **L'ELSA du CH d'Altkirch** : l'équipe assure, avec l'appui du CSAPA le CAP (conventionnement) la prise en charge addictologique dans le cadre de consultations et de la liaison. Elle dispose de lits identifiés mais non fléchés. ***L'ELSA a intégré le Service d'Addictologie du GHRMSA en janvier 2017.***

- **Le Groupe Hospitalier du Diaconat** : alors que le site de Fonderie assure un accueil médical 24h/24h avec un service d'urgence, aucune prise en charge addictologique de liaison n'est assurée au sein de la structure. ***Un conventionnement avec les équipes hospitalières du GHT12 pour assurer une offre de prise en charge addictologique dans le cadre d'un repérage est à élaborer. Une activité de liaison pourrait être envisagée sous réserve de moyens supplémentaires.***

## 3) **L'offre hospitalière de niveau 2** :

- **le Pôle d'Addictologie Clinique du CH de Pfaffstätt** : le PAC assure, en plus des Consultations Hospitalières d'Addictologie et d'une Activité de Liaison, la prise en charge toute addiction dite complexe de niveau 2 en MCO dans le cadre d'un service d'hospitalisation à temps plein (20 lits pour les sevrages complexes, gestion de crise ....) et d'un Hôpital de Jour (bilan addictologique, gestion de crise et alternative à l'hospitalisation à temps plein, sevrage ambulatoire ....). Il assure par ailleurs une prise en charge niveau 2 en SSR dans le cadre d'un Hôpital de Jour (consolidation d'abstinence ou de substitution ...). ***Le Pôle, avec l'appui des différents partenaires du réseau territorial, développera son rôle de Centre Ressource en Addictologie du Territoire notamment en participant à l'enseignement de l'Addictologie sous diverses formes. Il développe par ailleurs une prise en charge spécifique des patients addicts présentant des troubles cognitifs et des patients présentant un trouble de la conduite alimentaire. Il élaborera une prise en charge et une réflexion, avec l'appui du réseau, autour du concept d'ethno-addictologie.***

**NB** : le territoire ne dispose pas de CSSRA. Les différentes structures collaborent étroitement avec les CSSRA de Marienbronn et de Château-Walk situés dans le Bas-Rhin. ***Disposer d'un CSSRA dans le Haut-Rhin, d'une capacité d'accueil de 30 lits toute addiction et sans orientation spécifique présentera un plus pour le Parcours Patient avec intégration de cette modalité de prise en charge dans une gestion territoriale de la pathologie addictive au long cours.***

## **C- L'enjeu des « Populations spécifiques » en Addictologie :**

Les populations dites spécifiques se caractérisent par une spécificité de terrain (comorbidité psychiatrique, genre, âge, contexte social ou juridique, environnement culturel...) de laquelle découle une spécificité d'approche conceptuelle et thérapeutique en addictologie. Cela suppose de faire évoluer l'offre de soins en développant des compétences spécifiques afin de l'adapter aux spécificités sus citées.

Chacune des structures du réseau ne peut à elle seule assurer l'ensemble de ces prises en charge : le principe est que par structure ou regroupement de structures, une prise en charge destinée à une ou des populations spécifiques soit développée et que le patient soit orienté au sein du réseau en fonction d'une « cartographie » des prises en charge destinées à ces populations.

Les différentes populations spécifiques en addictologie, les offres existantes de prise en charge et celles en cours de développement ou à développer sont ainsi listées :

1) **les adolescents et jeunes adultes** : des Consultations Jeunes Consommateurs sont assurés par le CSAPA le CAP et le Service d'Addictologie du GHRMSA. L'offre de soins est répartie sur l'ensemble du territoire.

2) **La périnatalité** : le Réseau Périnatalité et Addiction est présent et actif sur le territoire. Sa gestion est assurée par le Service d'Addictologie du GHRMSA et le CSAPA Alternative complète l'offre de soins avec la mise en place d'un « Plateau d'Accompagnement à la Parentalité ». **Le développement d'un repérage et d'un partenariat à destination des patients du Diaconat est à mettre en place vu la part de cette clinique dans l'activité obstétricale du territoire.**

3) **Les populations précaires** : ces populations constituent un enjeu majeur en termes de santé publique. La pathologie addictive est abordée par l'équipe « Précarité et Psychiatrie » (GHRMSA et Rouffach) qui intervient auprès de ces populations. **Les CSAPA le CAP et Alternative, avec le Pôle d'Addictologie Clinique du CH de Pfastatt, développeront une prise en charge spécifique destinée à ces populations avec entre autres des consultations avancées, des interventions de prévention et un système d'accompagnement pour l'accès aux soins.**

4) **Les populations avec une problématique Santé-Justice** : Le CSAPA le CAP intervient à la Maison d'Arrêt de Mulhouse et a mis en place une Unité de Liaison Santé Justice, et la prise en charge addictologique à l'USn1 est assurée par le Service d'Addictologie du GHRMSA. Toutes ces structures du territoire interviennent dans le cadre des obligations de soins. Ces obligations de soins constituent un moment crucial, certes imposé par la judiciarisation, mais qui peuvent être investies pour faire éclore d'authentiques projets de soins. **La collaboration est à développer avec le SPIP afin d'optimiser ces prises en charge et d'éviter la sur-sollicitation du réseau en dehors de toute demande de soins, et ce en intégrant la notion d'interface entre l'approche sanitaire et l'obligation judiciaire, sans que l'une se substitue à l'autre.**

5) **Les populations présentant des troubles cognitifs** : que ces troubles soient dus à la consommation, à la comorbidité ou au vieillissement des populations addicts, la prise en charge se trouve dans une impasse. L'enjeu, au-delà de la démarche diagnostique et de l'élaboration d'éléments pronostics quant à la réversibilité ou non de tels troubles, réside dans l'offre d'une prise en charge type « remodelage cognitif ». **Le Pôle d'Addictologie du CH de Pfastatt proposera cette prise en charge dans le cadre de l'HDJ, en ambulatoire, pour les atteintes légères de pronostic positif et sans perte d'autonomie handicapante au quotidien. Une prise en charge des personnes présentant un trouble cognitif sur terrain d'addiction est en cours de développement par ailleurs en SSR gériatrique au CH d'Altkirch. Pour les cas supposés irréversibles, évoluant au long cours et avec perte d'autonomie handicapante, la nécessité d'une offre de prise en charge résidentielle devient urgente et reste à construire au-delà du territoire de santé et ce au niveau de la région Grand-Est.**

6) **L’Ethno-Addictologie** : les données démographiques, et cela au-delà de l’interdiction des études ethniques en France, posent la question à travers la clinique quotidienne de l’impact culturel dans la genèse, l’évolution et la prise en charge en Addictologie. ***Sur le modèle de l’ethnopsychiatrie ce questionnement sera mené par le Pôle d’Addictologie Clinique du CH de Pfastatt avec l’appui des différents acteurs du territoire.***

7) **Le milieu du Handicap** : la problématique des addictions a été soulevée très tardivement pour les populations présentant un handicap mental. Les structures sociales intervenant dans ce domaine s’approprient cette problématique et la demande de pédagogie et d’accompagnement est émergente. ***Le Pôle d’Addictologie Clinique du CH de Pfastatt est signataire de la Convention SASHA (Système d’Accompagnement au Soins des Personnes Handicapées et de leurs Aidants) et intervient dans la formation des équipes sociales et de soins à cette démarche. L’objectif est de diffuser cette modalité de prise en charge à l’ensemble des structures et des équipes avec conventionnement et mise en place de Fiche Technique Spécifique au Parcours de Soins dans chacune des structures.***

8) **La prise en charge Mère-Enfant ou Addiction et Parentalité** : une offre territoriale existe à travers le « Réseau Périnatalité et Addiction » du Service d’Addictologie du GHRMSA, du « Plateau d’Accompagnement à la Parentalité » au sein du CSAPA Alternative, et en pédopsychiatrie dans le cadre de l’Unité Mère-Enfant du GHRMSA quand une problématique addictive est mise en évidence. ***Cette modalité de prise en charge spécifique est à diffuser avec une sensibilisation à mener auprès des différents acteurs addictologiques pour une optimisation du parcours de soins des patientes concernées. Rappelons qu’au niveau régional, une offre de soins Mère-Enfant existe en résidentiel au CSSRA Marienbronn, mais dont la porte d’entrée est à clarifier notamment vis-à-vis de la psychiatrie (prise en charge des patientes présentant une problématique addictologique avec leur enfant et non de patientes addicts avec enfant présentant une problématique pédopsychiatrique).***

9) **Population à comorbidité psychiatrique** : l’addictologie est une spécialité à part entière, indépendante de la psychiatrie, elle repose sur un concept de psychopathologie spécifique, et on estime à 30 % le pourcentage de patients addicts présentant une pathologie psychiatrique concomitante. Par ailleurs la pratique clinique nous renvoie continuellement la difficulté des patients addicts à se retrouver avec une « étiquette psychiatrique » dans le cadre d’une prise en charge en milieu psychiatrique. ***L’enjeu est d’assurer une démarche diagnostique psychiatrique aux patients pris en charge en addictologie et ce quelle que soit la structure, dans les délais adaptés et dans un contexte favorable en dehors des périodes de « crise » et de « sevrage aigu » en renforçant le temps d’intervention de psychiatre au sein des équipes addictologiques mais aussi la collaboration au quotidien entre équipes addictologiques et équipes psychiatriques (psychiatrie de liaison, CMP, CATTP, CTJ et Hospitalisation). L’articulation des deux approches pour les patients présentant une comorbidité psychiatrique est prioritaire, afin que les deux temps se rejoignent notamment dans le cadre des relais de l’addictologie vers la psychiatrie qui devraient être fluidifiés, et afin d’éviter les sorties du soin auxquelles on fait face au quotidien.***

10) **Les sujets âgés** : le vieillissement de la population générale avec des conduites addictives qui peuvent émerger ou devenir visibles à tout âge, mais aussi le vieillissement des personnes addicts posent la problématique de la prise en charge de patients âgés poly-pathologiques avec une problématique addictive. ***Une collaboration étroite entre la Gériatrie et l’Addictologie avec une réflexion commune est à faire émerger que ce soit concernant la prise en charge de ces patients au long cours ou la prise en charge tout simplement en SSR au décours de pathologies aiguës ou la problématique addictive semble constituer un frein. L’expérience du CH d’Altkirch dans ce domaine constitue une base de travail pour le réseau.***

## ***D – Les Addictions Comportementales et leur prise en charge :***

La prise en charge des addictions comportementales ou addictions dites sans produit, constitue un enjeu majeur de Santé Publique.

Le concept de l'Addiction se situe aujourd'hui au-delà du concept de l'alcoologie et/ou de la toxicomanie : il s'agit d'une psychopathologie spécifique qui se traduit par un trouble du comportement s'organisant ou non autour d'un produit.

***Cela suppose une évolution des approches thérapeutiques et des discours construits autour des produits, et donc une formation des équipes afin d'adapter le parcours patient et sa prise en charge à cette évolution et ce dans l'ensemble des structures du réseau. Dans le cadre de la prise en charge des addictions comportementales, les CSAPA le CAP et Alternative, avec le Pôle d'Addictologie du CH de Pfastatt dans le cadre de son HDJ, élaborent une prise en charge des Troubles de la Conduite Alimentaire (TCA), et qui sera proposée à l'ensemble des patients du réseau. Par ailleurs, ces acteurs développeront la prise en charge des patients présentant une problématique « sexualité et addiction ».***

En conclusion, le renforcement de la collaboration des équipes addictologiques au quotidien, la mise en place de circuits courts pour faciliter l'accès au soin et la mobilité du patient au sein du réseau, le développement de prises en charge destinées aux populations dites spécifiques et l'appui du groupe de réflexion, lieu de partage, d'expérience et d'éclosion d'une lecture commune, le tout dans le cadre du GHT12 et en y associant les structures médico-sociales, permettront une optimisation du Parcours Patient en Addictologie.

L'émergence de nouveaux comportements et la diffusion des « Nouveaux Produits de Synthèse » impliquent l'adaptation de notre prise en charge et de notre offre de soins, mais aussi de nos outils techniques et diagnostiques (Spectrographie de Masse pour rendre pertinentes nos analyses urinaires).

Dans son ensemble, si cette expérience se révèle concluante, elle pourrait être prolongée par la création d'un Pôle d'Addictologie Clinique Inter-Etablissement autour de la structure Niveau 2 du Territoire

# Urgences

## Parcours patient détaillé

### **INTRODUCTION**

#### Avant-propos

Un projet médical de filière d'urgence doit, à l'échelle d'un territoire de santé, porter l'ensemble des besoins de la population en termes de recours aux soins hospitaliers non-programmés. Il doit ainsi s'attacher à prendre en compte des paramètres démographiques aussi bien concernant la population que les professionnels de santé. Ainsi les indicateurs suivant doivent être étudiés dans la construction d'une offre de territoire :

- Densité de population ;
- Distance des points périphériques par rapport à la structure de soins non-programmés (qu'elle dispose ou non d'une autorisation d'activité en médecine d'urgence), et surtout la durée de transport vers ces structures ;
- Consommation en soins de santé ;
- Densité de professionnels de santé (médecins généralistes libéraux, IDE, ...).

Le maillage des structures actuellement mis en place permet de mettre à disposition de la population une offre de soins de proximité en adéquation avec les densités de population et les distances entre les points éloignés et le positionnement de celles-ci. Ce maillage n'est cependant pas toujours en adéquation avec les besoins de la population. La démographie médicale et les éléments de terrain sont enfin autant de contingences qui président parfois aux choix réalisés.

L'ensemble des services rattachés à un établissement public de santé et disposant d'une autorisation d'activité en médecine d'urgence sont intégrés au service des structures de médecine d'urgence du GHRMSA. Ainsi le projet médical de service regroupe en grande partie les thématiques abordées dans un projet médical partagé à l'échelle du territoire. Le présent document propose donc une synthèse de l'ensemble des actions à mener au titre des deux projets.

#### Définitions

##### **Classification Clinique des Malades aux Urgences**

CCMU	Description
1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'actes complémentaires diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le service
2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le service.
3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel pouvant s'aggraver au service, sans mise en jeu du pronostic vital.
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiates.
5	Situation pathologie engageant le pronostic vital. Prise en charge comprenant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

### **Indicateurs d'activité**

La SFMU a édité en 2001 un référentiel de critères d'évaluation d'un SU<sup>1</sup>. Malgré la diversité très importante des critères proposés, ce référentiel permet de mettre en lumière des indicateurs reflétant de manière assez fidèle l'efficacité du service.

Ces critères seront suivis pour l'ensemble des structures de médecine d'urgence, SAMU-SMUR compris, sous la forme d'un tableau de bord (cf. annexe 1).

L'extraction des données sera automatisée et le tableau de bord sera envoyé quotidiennement à l'équipe d'encadrement du SAMU. Une synthèse sera dressée mensuellement et adressée à la direction générale ainsi qu'à la direction de pôle.

---

<sup>1</sup> Bleichner G et al. Critères d'évaluation des services d'urgence, SFMU, mars 2001.

Les tableaux de bord constituent une base de travail pour la conceptualisation et la mise en œuvre d'indicateurs de tension aux urgences. Ces indicateurs sont des seuils d'alerte paramétriques dont la définition repose sur des données rétrospectives d'activité, et dont le franchissement doit permettre la diffusion de messages d'alerte à amplification variable (en fonction du niveau d'alerte).

Ces alertes s'intègrent dans le plan « hôpital en tension » (HET), permettant d'anticiper des situations de crise en prenant en compte les données du terrain. Elles doivent être assorties de mesures concrètes sur le terrain :

- Détournement temporaire du flux SAMU vers d'autres centres, dans le cadre d'un projet médical partagé ;
- Reprogrammation des examens de routine, notamment en imagerie, pour accélérer les délais de traitement des examens demandés par les urgences ;
- Libération de lits en services conventionnels, pour limiter les durées de séjour des patients nécessitant une hospitalisation et passant par les urgences.

## **GHRMSA – SITE EMILE MULLER MULHOUSE**

### **Description**

L'hôpital Emile Muller de Mulhouse est l'établissement permettant la prise en charge de la plus grande variété de maladies sur le territoire 12. Il dispose en effet de ressources techniques importantes, et met à disposition des patients une large variété de spécialités.

Sa situation géographique centrale le positionne naturellement comme établissement de recours pour la pathologie la plus sévère ou nécessitant le recours à des spécialités n'existant pas sur les autres établissements. Il constitue également un établissement support pour la réalisation d'examens paracliniques qui pourraient ne pas être disponibles sur les autres établissements.

Ces échanges inter-établissements doivent faire l'objet de procédures inter-établissements ou entre pôles, voire des procédures internes pour les unités intégrées au service des structures de médecine d'urgence du GHRMSA.

### **Structure des urgences**

#### ***Données d'activité***

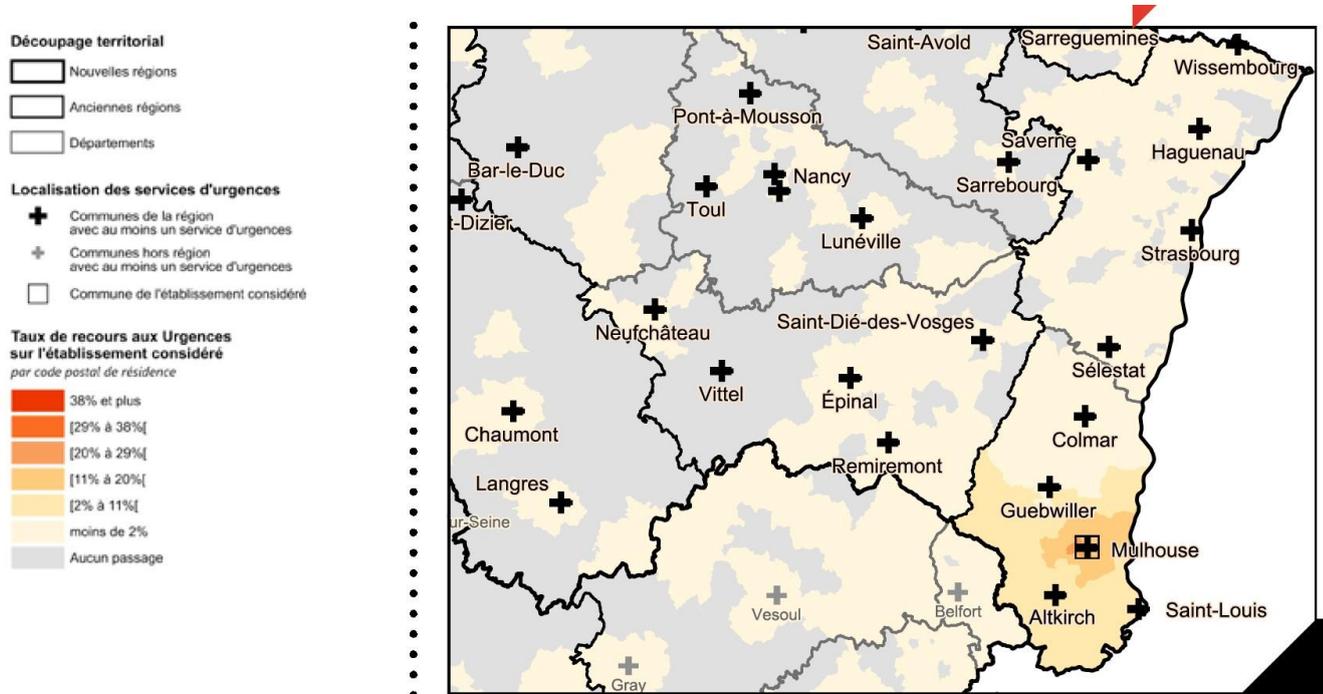
<b>Nbre passages 2015</b>	51 004, soit 140 passages par jour		
<b>Activité par tranche d'âge</b>	16%	68%	16%
<b>Activité par périodes</b>	70%	18%	12%
<b>Durées de passage</b>	240 min	201 min	59%
<b>Modes de sortie</b>	76%	24%	1%

*Source : données 2015 base Urqual*

En 2016 et à titre de comparaison, le SU Emile Muller a réalisé 52 435 passages, soit une augmentation de 2,8%. Les passages en nuit profonde représentaient 13% de l'activité, soit une moyenne quotidienne de 19 patients.

Les projections sur les cinq premiers mois de l'année 2017 montrent une progression plus importante encore de l'activité avec 3,3% de progression (145,6 passages quotidiens du 01/01/2017 au 31/05/2017, contre 140,9 sur la même période en 2016).

Cette donnée est cependant certainement biaisée du fait des reports liés à la fermeture du SU Thann entre le 01/01/2017 et le 08/05/2017 inclus (alors que celui-ci était ouvert sur la même période en 2016). Les conséquences de cette augmentation d'activité sont cependant réelles et importantes sur les équipes, avec un niveau d'épuisement professionnel jamais égalé.



Taux de recours aux urgences selon le CP de résidence du patient – source Panorama Urgences Grand-Est 2015

### Filières de prise en charge

Les patients se présentant dans la structure des urgences Emile Muller sont principalement répartis en trois filières (hors filières d'accès direct, FAD). Cette répartition est opérée par l'infirmier organisateur de l'accueil après évaluation de la gravité de la pathologie du patient ainsi que ses comorbidités.

#### 1) Filière « consultations » (filière courte)

- o Patients ambulatoires : patients autonomes avant l'événement intercurrent, pouvant présenter une incapacité temporaire contraignant l'utilisation d'un fauteuil roulant voire d'un brancard ;
- o Gravité faible à modérée : CCMU 1 à 3 ;
- o Pouvant nécessiter la réalisation d'actes diagnostics et/ou thérapeutiques légers, comprenant les actes de petite chirurgie (sutures, parages, extraction de corps étrangers, ...);
- o Retour à domicile probable à l'issue de la prise en charge.

#### 2) Filière « examens » (filière longue)

- o Patients nécessitant des soins de nursing au décours de la prise en charge aux urgences, ou devant être surveillés par le personnel soignant et/ou une surveillance continue ;
- o Gravité modérée à importante : CCMU 2 à 4 ;
- o Pouvant nécessiter la réalisation d'actes diagnostics et/ou thérapeutiques importants, comprenant les actes de petite chirurgie et les ponctions ;
- o Hospitalisation possible à l'issue de la prise en charge, en secteur conventionnel MCO.

#### 3) Filière « urgences vitales » (filière SAUV)

- o Patients nécessitant d'emblée des soins de réanimation, dont le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé à court terme ;
- o Gravité importante : CCMU 4 et 5 ;
- o Pouvant nécessiter la réalisation d'actes diagnostics et/ou thérapeutiques lourds ;
- o Hospitalisation certaine à l'issue de la prise en charge, en secteur de soins intensifs ou de réanimation

## **Organisation de la présence médicale**

### **Accueil du patient**

La charge de triage est aujourd'hui assumée par un à deux infirmiers organisateurs de l'accueil, pouvant se reposer au besoin sur un médecin « sénior manager » en cas de besoin. Ce médecin n'est pas immédiatement disponible mais est au contraire responsable du circuit « consultations » et « urgences vitales ».

### **Filière « consultations »**

Le médecin responsable de cette filière est également responsable de la filière « urgences vitales » et de l'accueil des patients, de même que la supervision générale du service. Il est assisté dans sa tâche par un interne en DES de médecine générale, présent sur la période du pic de fréquentation (de 13 à 22h).

Il réalise les consultations de médecine et de chirurgie, prescrit et lit les examens complémentaires, réalise les actes de petite chirurgie, et supervise l'activité de l'interne. Environ 70% de l'activité du SU est représentée par les passages de patients évalués CCMU 1 et 2, regagnant leur domicile au terme de la prise en charge.

### **Filière « examens »**

Deux médecins séniors et deux médecins juniors sont responsables de cette filière, prenant en charge les patients les plus lourds en termes de soins de nursing (en dehors des patients relevant de la filière « urgences vitales »). Ces patients nécessitent pour la plupart la réalisation d'examens complémentaires avancés avant prise de décision médicale sur l'orientation. En cas de besoin d'hospitalisation, ces mêmes praticiens sollicitent leurs confrères des services d'aval afin de leur proposer les patients.

L'attente des résultats des examens paracliniques et la recherche de lits d'aval sont les principaux facteurs d'engorgement du service, en bloquant la sortie des patients. Ils constituent une charge de travail lourde et souvent fastidieuse du fait de la multiplicité des interlocuteurs et donc des appels téléphoniques à passer.

### **Filière « urgences vitales »**

La filière « urgences vitales » est prise en charge par le médecin responsable de la filière « consultations » en journée de 8h30 à 18h30. En soirée (de 18h30 à minuit), cette charge de travail est assumée par les médecins séniors du SMUR, sous réserve que ceux-ci ne soient pas déjà engagés sur une intervention pré-hospitalière. La réglementation prévoit en effet que les moyens du SMUR sont disponibles « prioritairement [pour les interventions] hors de l'établissement de santé auquel ils sont rattachés » (article R6123-15 du CSP). Le patient est alors transmis aux médecins séniors en poste aux urgences, devant se détacher de leur activité pour traiter l'urgence vitale en plein pic de fréquentation. En nuit profonde (de minuit à 8h30), les urgences vitales sont accueillies par l'un des médecins en poste au SU, cette répartition se faisant en fonction de la charge de travail.

En cas d'arrivée d'un patient en détresse vitale, celui-ci est installé sans attendre en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) et le médecin responsable de cette activité arrête toute autre activité pour s'occuper de lui.

#### **2.2.4 Projet médical**

Du fait de l'extrême variabilité du flux de patients quotidien et de la nature des pathologies reçues au SU Mulhouse, une médicalisation de l'accueil est indispensable.

Le médecin d'accueil et d'orientation doit être rapidement disponible sur demande des IOA, et pouvoir également organiser la prise en charge de l'ensemble des patients se présentant au SU. Celui-ci sera chargé de fluidifier leurs parcours, et de traiter les sollicitations extérieures au service (notamment celles émises par les autres structures d'urgence du GHT), en orientant les demandes émises par les interlocuteurs directement vers les services d'aval afin d'éviter des recours inutiles à la structure des urgences de l'établissement support. Dans le but de limiter le risque de sur-sollicitation, le numéro du MAO ne sera pas accessible directement depuis l'extérieur de l'établissement, mais bien après passage par l'accueil du service (03 89 64 61 40).

Toutes les stratégies devront être mises en œuvre pour ne pas effectuer de transferts entre les SU de proximité et polycliniques du GHT12, et le SU Emile Muller, sauf les cas de détresses vitales nécessitant un passage par la SAUV ou les patients relevant d'une filière d'accès direct prévoyant le passage par le SU (cas des urgences neurovasculaires).

Considérant la fréquentation du SU Emile Muller, bien supérieure à celle des autres sites du T12, et les durées moyennes de passage du site, il n'est pas licite de considérer qu'un transfert permette d'améliorer la qualité de prise en charge des patients. Au contraire, de telles pratiques ne conduiraient qu'à un rallongement des durées d'attente des patients, augmentant la morbi-mortalité des patients ainsi transférés.

En sus de cette activité de supervision du service, le médecin d'accueil et d'orientation aura une activité médicale de consultations de courte durée. Celle-ci devra permettre de traiter la petite traumatologie ne nécessitant pas d'actes de petite chirurgie et les consultations de médecine courte. Il sera assisté dans sa tâche par un interne, notamment pour la réalisation des actes de petite chirurgie.

Considérant l'intensité de l'activité des MAO, et afin de leur permettre d'exercer celle-ci de manière optimale et sereine, ceux-ci ne devront plus être responsables de l'accueil des patients en situation d'urgence vitale. En effet, les patients évalués CCMU5 et passant donc par la SAUV du site Emile Muller de Mulhouse ont une durée moyenne de passage de 226 minutes en 2015 (n=351). Ceci ne représente pas l'ensemble des passages par la SAUV, dans la mesure où notre logiciel-métier ne permet pas d'identifier précisément ces patients.

Une réorganisation interne sera par ailleurs réalisée afin d'améliorer encore la fluidité de prise en charge des patients au SU Emile Muller, en révisant les attributions des médecins en poste. Cette réflexion sera détaillée dans le projet de service.

### **Structure mobile d'urgence et de réanimation**

Selon l'article R6123-15 du code de la santé publique, la structure a pour mission :

D'assurer en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé ;

D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

L'équipe d'intervention de la structure comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur (art. D6124-13 du CSP).

Les moyens du SMUR sont des ressources rares, qu'il convient d'engager avec parcimonie. En effet, le SMUR du GHRMSA a effectué 5147 interventions en 2015, réparties sur deux moyens médicalisés et un moyen paramédicalisé. Ce volume positionne notre établissement en seconde position sur l'ensemble des établissements de la région Grand-Est (CHU compris).

L'engagement de ces moyens est décidé par le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels, centre 15, qui a toute autorité sur ceux-ci.

### ***Site Emile Muller***

Les moyens basés sur le site Emile Muller comprennent deux équipes médicalisées, pouvant prendre le départ sur des vecteurs terrestres ou hélicoptés. Ces moyens sont disponibles en permanence, la médicalisation étant assurée par les mêmes équipes que celles de la structure d'urgence.

Outre les missions classiques du SMUR décrites ci-dessus, les équipes de Emile Muller sont chargées :

- D'assurer la prise en charge médicale des patients admis en SAUV en période de soirée (de 18h30 à minuit);
- D'assurer les interventions d'urgence intra-hospitalières, sur le site Emile Muller comme sur les sites périphériques (y compris les centres de soins non-programmés de notre service).
- Les moyens du SMUR peuvent constituer une modalité de réponse aux appels d'urgence émis par les médecins en poste dans les centres de soins non-programmés du GHT, notamment lorsqu'ils sont confrontés à des patients en état de détresse vitale. Ces situations font l'objet d'une attention toute particulière lorsqu'ils sont pris en compte par le SAMU. Il faut enfin rappeler que l'absence d'hélicoptère sur les sites distants de l'établissement support (Altkirch, Thann et St Louis) rallonge dans tous les cas les durées d'acheminement du SMUR, surtout si l'on prend en compte le fait que l'établissement support n'est pas toujours l'établissement recevant le patient, notamment en situation de carence de lits d'aval en unité de réanimation ou de soins intensifs.

## **Antenne SMUR de St Louis**

Un moyen paramédicalisé vient compléter les moyens disponibles pour le GHT12, et est basé sur le site de St Louis. Il est constitué d'une équipe comprenant un infirmier et un conducteur. Quoique ne répondant pas aux caractéristiques réglementaires précisant que l'équipe doit comprendre un médecin (art. D6124-13 du CSP), ce moyen s'est inscrit dans le cadre d'une expérimentation menée en accord avec l'ARS depuis près de dix ans.

Son objectif était de répondre à l'augmentation de la sollicitation du site de Mulhouse par la mise à disposition d'un moyen, tout en considérant les impératifs de terrain notamment en termes de ressources humaines médicales.

Ses missions comprennent :

- Des interventions primaires en avance de phase (« prompt-secours »), réalisées par des IDE agissant auprès des patients grâce à des protocoles de soins et interagissant avec le médecin régulateur lorsqu'un avis médical est requis ;
- Des transferts infirmiers inter-hospitaliers (TIH, art. R6312-28-1 du CSP), au départ du site de St Louis vers d'autres établissements de santé.

Outre les missions de secours pré-hospitalières, les IDE du SMUR de St Louis contribuent au fonctionnement de la structure des urgences du site de St Louis, renforçant leurs collègues lors des périodes d'affluence.

## **Evolutions**

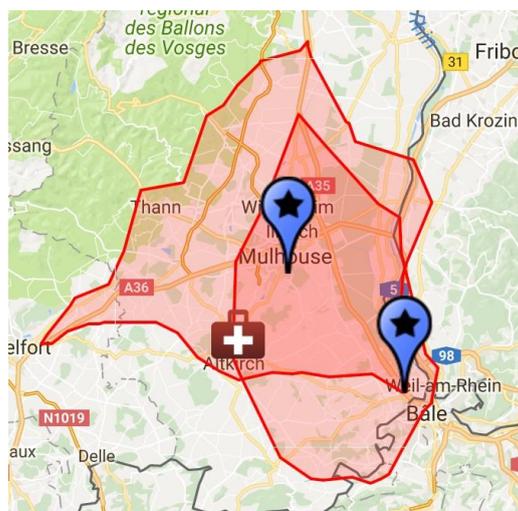
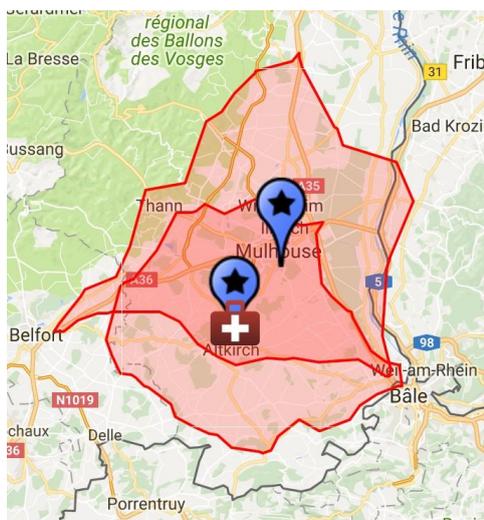
L'analyse comparative des établissements ayant un nombre de sorties équivalent sur la région Grand Est, couplée à l'étude des recommandations de SAMU-Urgences de France, prouve le besoin d'un troisième moyen médicalisé sur le GHT 12. Ce constat est renforcé par la nécessaire mise en conformité réglementaire devant être opérée par le GHRMSA, relative aux moyens humains composant une équipe SMUR.

Cette médicalisation, pourtant nécessaire, ne doit pas faire abstraction pour autant des impératifs de terrain et notamment l'état de la démographie médicale.

La circulaire interministérielle DGOS/R2/DGSCGC n°2015-190 du 5 juin 2015 relative à (...) la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente introduit la notion d'un délai maximal tolérable de trente minutes avant acheminement d'un moyen médicalisé ou paramédicalisé pour l'ensemble des habitants du territoire. La réglementation en vigueur réaffirme ce principe de couverture territoriale, devant présider au choix de l'implantation des SMUR (art. R6123-14 du CSP).

Une étude doit donc être menée sur le positionnement des moyens du SMUR pour prendre en compte les délais d'acheminement en tous points du territoire de santé. Cette étude devra reposer sur l'étude des périmètres isochrones centrés sur les établissements de santé, bornés à 30 minutes de délais routiers.

La réglementation en vigueur précise enfin que l'autorisation de faire fonctionner un SMUR ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner une structure des urgences (art. R6123-2 du CSP). Ceci devra donc, tenant compte des évolutions de l'offre de soins prévisible sur le GHT12, conduire à la mise en œuvre d'une structure rattachée à celle fonctionnant sur le site Emile Muller (une « antenne SMUR »).



Comparaison des périmètres isochrones bornés à 30 minutes de délais d'acheminement routier, entre une association Mulhouse/Altkirch (à gauche) et Mulhouse/St Louis (à droite).

Le SMUR du site Emile Muller doit, par son activité hélicoptérée, comprendre au moins deux moyens SMUR pour autoriser l'engagement simultané d'un moyen terrestre et d'un moyen hélicoptéré. Par ailleurs un SMUR basé sur le site de Thann, s'il permet un accès plus rapide aux vallées de la Thur et de la Doller, coupe totalement l'accès aux populations situées dans les secteurs du Sundgau, du pays des Trois-Frontières et de la bande rhénane, pourtant plus densément peuplées.

La répartition géographique des interventions effectuées en 2015 montre une superposition quasiment parfaite entre les densités de population et les densités d'intervention du SMUR.

L'étude comparative des recouvrements de périmètres isochrones à 30min entre une association Mulhouse/Altkirch et une association Mulhouse/St Louis montre une couverture géographique plus importante pour un positionnement sur le site d'Altkirch.

Un repositionnement de l'antenne SMUR de St Louis sur le site d'Altkirch, assorti de sa médicalisation, devra donc être étudié pour répondre de manière plus pertinente aux besoins de la population.

## **Service d'aide médicale urgente**

Le service d'aide médicale urgente a pour objet, en relation avec les SDIS notamment, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état (art. L6311-1 du CSP). Il organise pour cela la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière, en acheminant des moyens médicaux auprès des personnes exprimant un besoin d'aide médicale urgente auprès du centre de réception et de régulation des appels. Le SAMU traite par ailleurs également les demandes de transferts médicalisés émis par les établissements de santé dont il a la charge.

L'activité du SAMU est organisée par un médecin régulateur, spécialiste en médecine d'urgence. Ce médecin évalue les demandes et apporte la réponse la plus adaptée à l'état du patient. Il décide enfin de l'orientation des patients en fonction de leur état, de leur demande, et de l'offre de soin proposée par les établissements de santé du secteur d'habitation.

Le médecin régulateur du SAMU constitue un élément central dans l'initiation du parcours patient au sein des structures hospitalières, pour ce qui concerne les admissions non-programmées. Une connaissance parfaite et donc réactualisée des établissements et de leurs offres de soins est nécessaire pour parvenir à cet objectif.

Cette offre de soins devra être évaluée sous plusieurs angles pour chaque établissement, impliquant des actions de concertation périodiques avec les responsables des établissements et/ou des structures de soins non-programmés :

- Structure d'urgence ou de soins non-programmés ;
- Capacité d'accueil et moyens humains ;
- SAUV : existence, capacité d'accueil ;
- UHTCD : existence, capacité d'accueil ;
- Limites de saturation et modalités de détournement du flux si possible ;
- Horaires d'ouverture le cas échéant ;

Modalités d'annonce des patients (étant entendu d'emblée qu'un patient présenté par le SAMU ne peut être refusé à l'admission pour les structures disposant d'une autorisation d'activité en médecine d'urgence

– art. R6123-18 du CSP) ;

Autres structures d'urgence :

- Pédiatrie : accueil des urgences médicales et traumatologiques, modalités d'annonce de l'admission, capacités d'accueil et de traitement ;
- Gynécologie-obstétrique : accueil des urgences obstétricales, niveau de qualification de la maternité, capacités d'accueil et de traitement, organisation de la PDSES, modalités d'annonce de l'admission ;
- Filières d'accès direct :
- Cardiologie : accueil des urgences cardiologiques, modalités de réalisation d'une angioplastie en urgence ;
- Neurologie vasculaire : accueil des urgences vasculaires cérébrales, modalités de réalisation des examens d'imagerie par résonance magnétique et de thrombolyse en urgence ;
- Capacités de l'établissement et ressources d'aval :
- Imagerie : tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, échographie, radiographie standard, permanence médicale et réalisation de ces examens en fonction des périodes (journée, nuit, WE/JF) ;
- Soins intensifs et réanimation : capacités, accessibilité, orientations nosologiques ;
- Services conventionnels : nature des spécialités disponibles et limites de prise en charge, organisation de la PDSES.

Notre service s'inscrit dans le travail mené par le réseau des urgences de la région Grand-Est autour du répertoire opérationnel de ressources (art. D6124-25 du CSP), proposant des éléments capacitaires mis à jour en temps réel et directement utilisables par les agents du SAMU.

Une attention toute particulière sera portée sur les demandes issues des centres de soins non-programmés, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas organisés pour accueillir des patients en situation de détresse vitale.

### **Unité d'hospitalisation de très courte durée**

L'unité d'hospitalisation de très courte durée du site Emile Muller est une unité attenante à la structure des urgences et dont la permanence de soins médicale est assurée par les praticiens de l'équipe du service des structures de médecine d'urgence du GHRMSA. Elle est dédiée aux séjours de courte durée, avec des objectifs précis :

- Hospitalisation de patients dont la durée de séjour prévisible est inférieure à 24h ;
- Mise en observation de patients avant orientation définitive ;
- Attente de lit d'hospitalisation conventionnelle disponible (sous réserve que celui-ci ait été clairement identifié) ;
- Admission pour valorisation d'activité.

La réglementation en vigueur propose un calcul de dimensionnement reposant sur les données de fréquentation de la structure d'urgence ou du centre de soins non-programmés auquel cette unité est rattachée, à savoir :

- Entre trois et cinq lits par tranches de 10 000 passages pour une SU ;
- Entre deux et quatre lits par tranches de 10 000 passages pour un CSNP ;
- Pour un dimensionnement minimal de quatre lits et maximal de seize lits.

Ainsi, avec plus de 50 000 passages en 2015 et un volume de quinze lits, l'UHTCD du site Emile Muller est dimensionnée en fourchette basse pour faire face à l'activité du seul site auquel elle est rattachée. **Il est donc inenvisageable d'institutionnaliser en l'état des hospitalisations de patients pouvant pourtant relever de cette unité**, mais pris en charge sur des sites périphériques. Des solutions seront proposées pour chaque site pour faire face à ce besoin.

### **Centre d'enseignement des soins d'urgence**

Le CESU du Haut-Rhin est une unité d'enseignement appendue au SAMU (art. D6311-20 du CSP). Ses missions comprennent (art. D6311-19 du CSP) :

La formation initiale et continue des professionnels de santé, personnels non-soignants et plus généralement de toute personne étant susceptible d'être confrontée à des situations d'urgence dans le cadre de son activité professionnelle ;

La formation aux gestes et soins d'urgence dans le cas spécifique des situations sanitaires exceptionnelles ;

La participation à la recherche en pédagogie appliquée, à la promotion de l'éducation en santé et à la prévention des risques sanitaires.

Cette unité pourra donc être mise à contribution pour la formation ou le recyclage des personnels médicaux et non-médicaux soignants des structures ne disposant pas d'une autorisation d'activité en médecine d'urgence. Ces formations porteront sur la réalisation des gestes et des soins d'urgence réanimatoire, et notamment la réalisation des premières mesures conservatoires en cas de présentation spontanée d'un patient en situation de détresse vitale. Ces formations pourront comprendre, au besoin, une phase d'immersion dans la structure des urgences du site Emile Muller ou au sein du SMUR du GHRMSA.

### **Situations sanitaires exceptionnelles**

La prévision et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles fait partie intégrante des missions du SAMU du Haut- Rhin et du service des structures de médecine d'urgence du GHRMSA.

La position centrale du site Emile Muller, de même que ses capacités opérationnelles (future unité fixe de décontamination hospitalière, filière d'accès directe aux blocs opératoires dans le cadre du volet « damage control chirurgical » du plan AMAVI de l'établissement) le rendent incontournable dans l'établissement des plans de secours pré- et intra-hospitaliers à l'échelle du territoire de santé mais probablement également du département. Ceci pourra d'ailleurs constituer une évolution du présent projet médical partagé en y intégrant les besoins du GHT11.

Le plan AMAVI et le plan blanc du GHRMSA intégreront les modalités de réponse à des situations d'afflux massif de victimes pouvant se présenter dans tous les établissements du GHT12.

### **Unité médico judiciaire**

L'unité médico-judiciaire est une unité fonctionnelle rattachée au service des structures de médecine d'urgence du GHRMSA. Cette unité est chargée de réaliser tout examen médical, clinique ou paraclinique, sur réquisition judiciaire. Les médecins y exerçant leur activité disposent tous d'une qualification ordinaire en médecine légale.

De par son tropisme naturel pour la prise en charge des victimes de violences, cette unité va prochainement évoluer vers l'individualisation d'une unité de victimologie. Celle-ci sera à même d'accueillir toute personne ayant été prise en charge par l'unité médico-judiciaire, et ayant besoin d'un suivi psychologique. Cette capacité devra être étendue à l'ensemble des structures d'urgence et de soins non-programmés du GHT12.

## GHRMSA – SITE ALTKIRCH

### Description

L'hôpital Saint-Morand est un hôpital de proximité, situé sur la commune d'Altkirch et ayant le statut de CH avant son rattachement au GHRMSA le 01/01/2017. Il dispose de services de médecine, de chirurgie ainsi que de gynécologie- obstétrique avec une maternité de niveau 1. Son plateau d'imagerie permet la réalisation d'examen comprenant la tomodensitométrie et les échographies. L'établissement est lié à l'hôpital Emile Muller pour la réalisation des examens biologiques, avec une unité de biologie déportée sur site. Une unité de soins continus de médecine est présente sur site et accueille les patients les plus lourds mais ne relevant pas d'une unité de réanimation médicale.

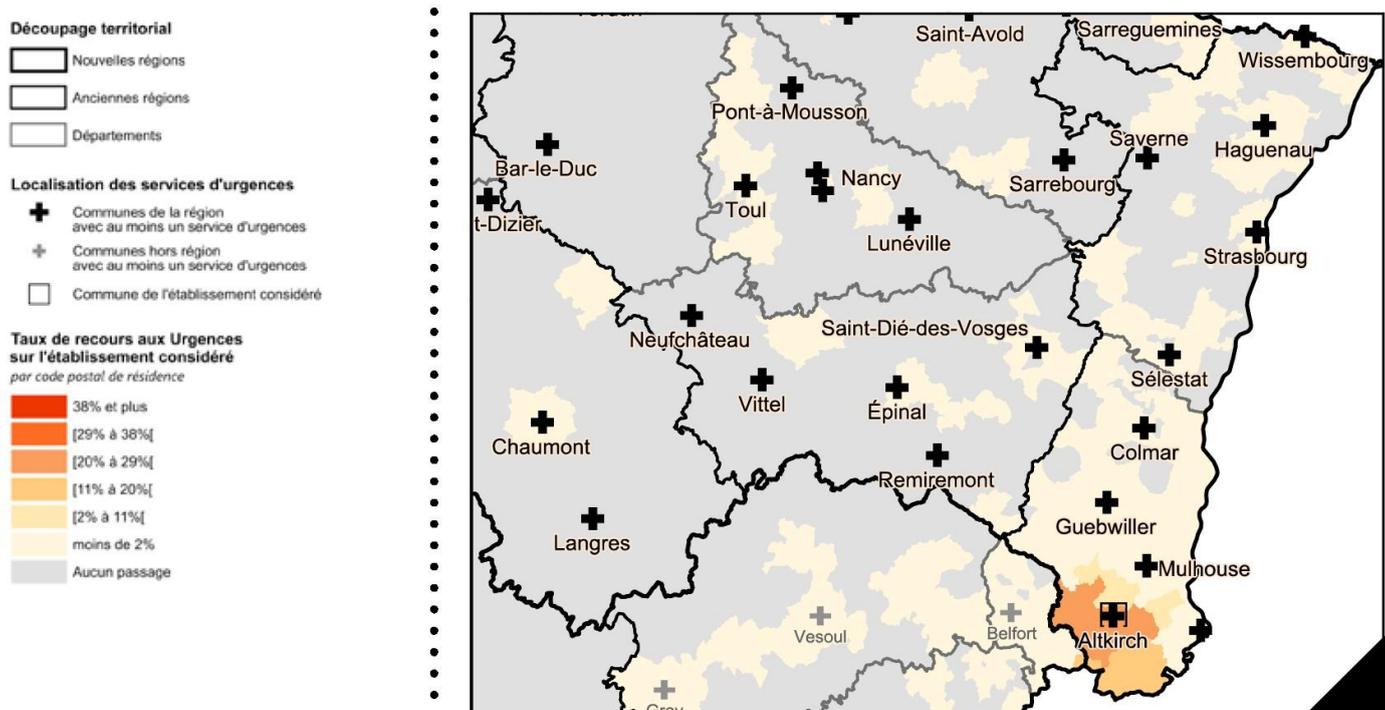
### Structure des urgences

#### Données d'activité

<b>Nbre passages 2015</b>	16 831, soit 46 passages par jour		
<b>Activité par tranche d'âge</b>	21%	64%	15%
	< 18 ans	18-74 ans	> 75 ans
<b>Activité par périodes</b>	78%	13%	9%
	Journée	Soirée	Nuit profonde
<b>Durées de passage</b>	128 min	86 min	89%
	Moyenne	Médiane	Moins de 4h
<b>Modes de sortie</b>	86%	13%	1%
	RAD	Hospitalisation	Transfert

Source : Panorama Urgences Grand-Est 2015

En 2016 et à titre de comparaison, le SU Altkirch a réalisé 16 599 passages (-1,4%), dont 6,5% en nuit profonde. Ceci représentait une fréquentation moyenne quotidienne de 45 passages, dont 3 en nuit profonde.



Source : RPU 2015, INSEE 2012. Exploitation ARS Grand Est - DADS

Le service rendu à la population par le SU Altkirch n'est pas remis en question au vu de sa fréquentation. Son positionnement géographique, idéal au vu du bassin de population pris en charge, le rend incontournable pour les patients résidant dans le Sundgau. Le SU Altkirch a reçu, en 2016, la visite de 662 patients évalués CCMU 4 et 5 (4% du flux global), soit une fréquentation moyenne d'environ 2 patients par jour. Ce fait est probablement expliqué par l'existence sur le site d'Altkirch d'une unité de surveillance continue de médecine, pouvant prendre en charge les patients présentant une détresse vitale sans recours immédiat à des thérapeutiques de réanimation (CCMU 4). - *Taux de recours aux urgences selon le CP de résidence du patient – source Panorama Urgences Grand-Est 2015*

### **Evolutions**

Des impératifs de terrain rendent toutefois les évolutions indispensables, et celles-ci devront être accompagnées pour permettre d'anticiper leurs conséquences sur les patients, les équipes et les ressources hospitalières. Parmi ceux-ci figurent :

- L'impact négatif de l'évolution de la démographie médicale en médecine d'urgence, frappant de plein fouet la structure d'Altkirch (1 ETP médical pour 4,5 ETP ciblés au 01/07/2017) ;
- La faible fréquentation du service, qui pour autant conserve une attractivité pour les patients en tant que structure de proximité mais également pour l'accueil et le traitement des urgences vitales.

Le fonctionnement de la structure des urgences du site d'Altkirch repose pour une part très largement majoritaire sur le recours aux médecins urgentistes remplaçants. Outre la surcharge très importante que représente ce mode de fonctionnement sur les charges de personnel du pôle de médecine intensive, toute démarche d'amélioration collective des pratiques médicales se trouve fondamentalement limitée par la labilité de l'effectif. Cette même labilité a entraîné par ailleurs plusieurs situations critiques en termes de fonctionnement depuis le début de l'année 2017, laissant entrevoir dangereusement une fermeture temporaire de la structure.

Cette fermeture aurait, à n'en point douter, un effet catastrophique sur l'offre en soins hospitaliers non-programmés dans le sud du territoire 12. Le report d'activité sur les structures contiguës, et particulièrement sur le site Emile Muller, ne pourra avoir pour conséquences que de générer une augmentation de la saturation de ces mêmes structures avec les conséquences attendues en termes de morbi-mortalité pour les patients.

L'évolution de cette structure ne pourra donc prendre que trois directions :

- Maintien de la structure en l'état : maintien de l'autorisation d'activité 24h/24, ayant pour avantage de maintenir les acquis et de ne pas modifier les habitudes de la patientèle ni de modifier le mode de financement de la structure, mais fondamentalement dépendant de la capacité de recrutement en médecins urgentistes du service des structures de médecine d'urgence du GHRMSA ;
- Maintien de la structure avec une fermeture nocturne : tenant compte de la faible fréquentation en nuit profonde, cette modification aurait pour avantage de pouvoir fonctionner avec une cible de personnel médical inférieure à celle nécessaire actuellement, tout en maintenant la capacité d'accueil et de traitement des urgences vitales, mais toujours dépendant de la faible démographie des médecins urgentistes ;
- Suspension d'autorisation d'activité en médecine d'urgence : modification en une structure de soins non- programmés, dont l'amplitude horaire devra être précisée, ayant pour avantages d'élargir les capacités de recrutements aux titulaires d'une qualification en médecine générale, mais entraînant une diminution de l'offre de soins en médecine d'urgence de proximité (avec une diminution à prévoir en termes de recrutement pour l'USC de médecine sur le site d'Altkirch).

## **GHRMSA –SITE ST LOUIS**

### **Description**

La structure des urgences de St Louis est une structure rattachée au GHRMSA depuis le 01/01/2016. Elle est issue d'une dynamique de fusion partielle entre l'ancienne clinique des Trois-Frontières, et se repose sur un tissu hospitalier local majoritairement privé. Quoique relevant à présent d'un établissement de santé public, les praticiens y sont encore rémunérés sur un régime libéral. Plusieurs praticiens ont en effet poursuivi leur activité après la fusion, reconduisant leur mode de rémunération.

Le site de St Louis dispose d'un service d'imagerie médicale, proposant une offre de soins comprenant la TDM, l'échographie et les radiographies standard. Il est lié au laboratoire du GCS pour les examens urgents, mais ne dispose pas de biologie déportée. Le GCS privé dispose enfin d'une unité de surveillance continue de cardiologie, prenant en charge la plupart des patients résidant dans le secteur.

### **Structure des urgences**

#### **Données d'activité**

<b>Nbre passages 2015</b>	17 277, soit 47 passages par jour		
<b>Activité par tranche d'âge</b>	22%	67%	11%
	<i>&lt; 18 ans</i>	<i>18-74 ans</i>	<i>&gt; 75 ans</i>
<b>Activité par périodes</b>	71%	18%	11%
	<i>Journée</i>	<i>Soirée</i>	<i>Nuit profonde</i>
<b>Durées de passage</b>	124 min	88 min	91%
	<i>Moyenne</i>	<i>Médiane</i>	<i>Moins de 4h</i>
<b>Modes de sortie</b>	90%	9%	1%
	<i>RAD</i>	<i>Hospitalisation</i>	<i>Transfert</i>

Source : Panorama Urgences Grand-Est 2015

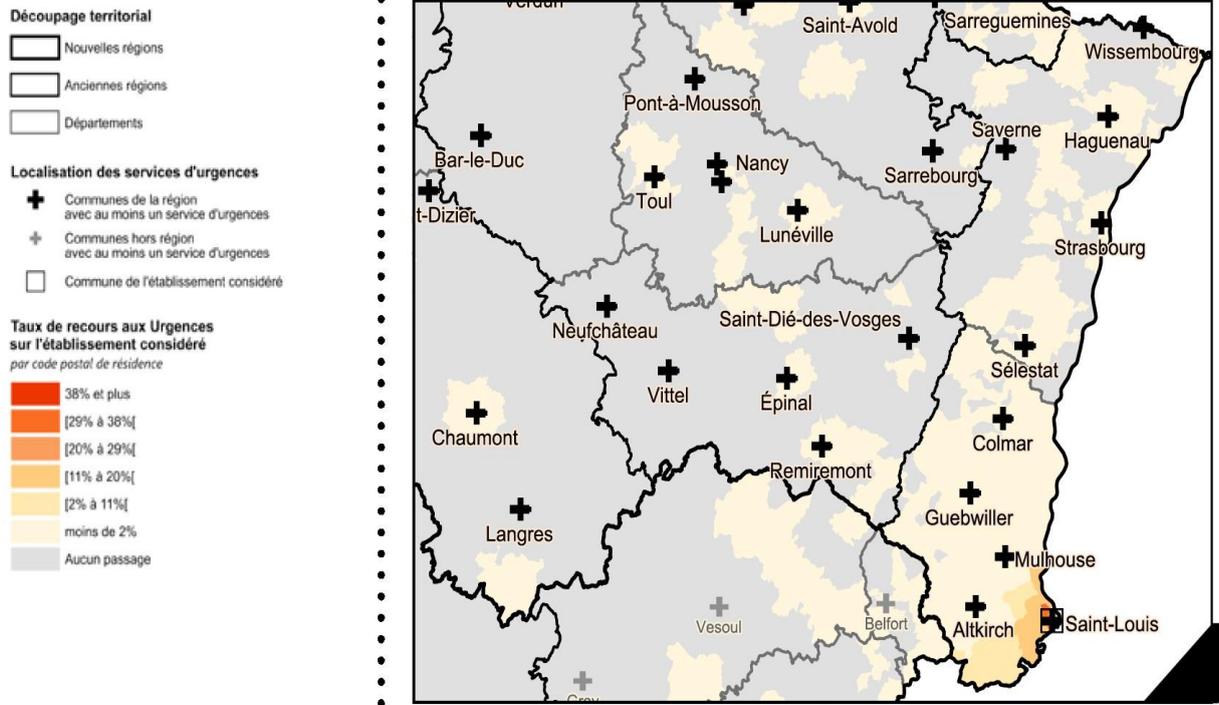
La structure a connu une augmentation d'activité de 3,3% entre 2015 et 2016, avec 17 892 passages sur l'année (soit environ 49 passages par jour en moyenne).

Quoiqu'ayant une fréquentation comparable à celle du SU Altkirch, plusieurs éléments distinguent les deux structures :

Une augmentation d'activité entre 2015 et 2016 pour le SU St Louis, alors qu'elle a régressé sur Altkirch;

Une fréquentation nocturne plus importante (11% en 2015 et 12% en 2016, soit environ 6 patents en moyenne par jour) ;

Un taux d'hospitalisation plus faible, cette donnée trouvant probablement son explication dans une activité de consultation plus importante, mais surtout des difficultés d'hospitalisation liées à un tissu hospitalier local en cours de modification.



Source : RPU 2015, INSEE 2012. Exploitation ARS Grand Est - DADS

## Evolution

Taux de recours aux urgences selon le CP de résidence du patient – source Panorama Urgences Grand-Est 2015

Du fait de difficultés liées à la ressource humaine médicale d'une part, et la mutation de l'activité de la nouvelle clinique des Trois-Frontières d'autre part, une réorganisation de la prise en charge des patients sur site est nécessaire. Celle-ci sera en grande partie réalisée grâce à la mise en œuvre de procédures collaboratives inter-établissements, reposant sur les infrastructures du GHRMSA.

Le mode de rémunération des praticiens est lié à l'histoire de la structure. Des différences de traitement pourraient surgir à terme entre les praticiens de régime public souhaitant avoir une activité sur plusieurs sites et les praticiens exerçant historiquement leur activité sur St Louis. Il ne semble pas licite pour autant de modifier ce mode de rémunération, dans la mesure où ceci constitue un élément fort d'attractivité pour les praticiens « historiques » et qu'un tel changement pourrait aboutir à une mise en danger de la structure.

Les difficultés liées à l'hospitalisation des patients pris en charge sur le site de St Louis doivent être traitées par des procédures communes aux sites périphériques. Celles-ci seront traitées au chapitre 7 du présent document.

Le personnel médical présent régulièrement sur site y réalise la permanence de soins pour un peu plus de 2 ETP. Le taux de recours à l'intérim y était de 40% en début 2017. Ces difficultés, moins importantes que sur le SU Altkirch, sont malgré tout existantes et ne doivent pas être ignorées. Pour autant l'éloignement avec l'établissement support, le bassin de population et le type de pathologies rencontrées ne peuvent permettre d'envisager une modification de son profil d'activité.

Une partie du personnel infirmier est partagé enfin avec le personnel de l'antenne SMUR de St Louis. Une modification récente de la fiche de poste de l'infirmier du SMUR prévoit en effet le renfort des équipes du SU pendant les périodes de pic d'activité, renfort souhaité par l'ensemble de l'équipe d'encadrement. Un changement de positionnement de cette antenne devra donc très probablement conduire à réviser les effectifs en personnel non-médical du site.

### **Unité d'hospitalisation de courte durée**

La structure des urgences de St Louis ne dispose pas d'une telle unité, quoique les recommandations et réglementation actuelles préconisent sa mise en place. Les pratiques du site en la matière révèlent en fait un recours important aux moyens proposés par l'USC de cardiologie et des hospitalisations y sont réalisées pour surveillance de courte durée.

Après échange avec les responsables de la structure et prise en compte des préconisations réglementaires, nous recommandons fortement la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée de quatre lits. Ce dimensionnement autoriserait en effet la réalisation d'hospitalisations courtes, dans les lits du GHRMSA, avec un objectif de DMS inférieur à 24H et sans augmenter pour autant la masse salariale.

## **GHRMSA – SITE THANN**

### **Description**

L'hôpital de Thann a été fusionné avec le GHRMSA au 01/01/2016. Il s'agissait jusqu'alors d'un centre hospitalier général disposant d'une structure d'urgence autorisée. Disposant initialement d'une équipe médicale pleine (4,5 ETP pour 4,5 ciblés), la structure a connu un mouvement de départ quasiment généralisé avec la mutation de 4 ETP vers un autre établissement. Ce mouvement de départs a entraîné des difficultés insurmontables en termes de réalisation du planning de permanence de soins, contraignant à une fermeture temporaire (entre septembre 2016 et début mai 2017), assortie d'une réflexion sur la nature de l'offre de soins proposée à la population.

Le site de Thann propose un plateau technique d'imagerie permettant la réalisation d'échographies et de radiographies standard. Cette capacité se trouve actuellement mise à défaut à nouveau par l'état de la démographie médicale en radiologie, contraignant à la fermeture sporadique de plages existantes.

Il dispose de lits d'hospitalisation complète en médecine polyvalente, en chirurgie traumatologique et viscérale, ainsi qu'en obstétrique. Une convention lie enfin l'établissement aux laboratoires du site Emile Muller pour la réalisation des examens de biologie, avec mise en place d'un laboratoire déporté pour les examens les plus urgents.

Les travaux du comité de pilotage ont abouti à la reconstruction d'un centre de soins non-programmés, ouvert de 8h30 à 21h30 7j/7 et toute l'année, sans autorisation d'activité en médecine d'urgence.

L'activité du SU Thann était en effet relativement atypique, dans la mesure où l'établissement ne permettait pas la prise en charge in situ de patients en détresse vitale. Ne disposant pas de données d'activité, du fait d'une absence de codage, les données n'ont pu être analysées qu'au terme de recoupements avec les données du SAMU. Celles-ci mettaient en évidence un nombre de transferts vers des USI/USC et réanimation correspondant à environ 0,5% de l'activité globale du service. Par ailleurs la fréquentation du service en nuit profonde (environ 4 patients par jour) permettait d'envisager un report sur les structures voisines sans pour autant générer un transfert d'activité trop important.

L'ensemble de ces données ont permis d'accompagner les travaux du COPIL dans la sérénité, et de rassurer également la population des vallées impactées.

## **Polyclinique**

### ***Données d'activité***

Depuis sa réouverture le 09/05/2017, la polyclinique de la Thur et de la Doller connaît une fréquentation stabilisée à hauteur de 36 passages par jour. Du fait de la suspension d'autorisation d'activité en médecine d'urgence, le service ne dispose plus d'une salle d'accueil des urgences vitales et ne peut donc plus prendre en charge les patients évalués CCMU 4 et 5. Des procédures internes ont donc été mises en place afin :

D'exclure toute présentation par le SAMU d'un patient en état de détresse vitale potentielle ou avérée ;

De traiter les patients se présentant spontanément dans de tels états, notamment par l'acheminement prioritaire de moyens du SMUR.

La structure est pilotée par un responsable de site, médecin urgentiste, accompagné par des médecins libéraux spécialistes en médecine générale ayant pour l'heure un statut de remplaçants. Une évolution à terme vers une contractualisation doit être envisagée, de même que la réalisation de fractions d'activité multi-site pour les praticiens du service des structures de médecine d'urgence.

### ***Evolutions***

Le COPIL ayant très logiquement cédé sa place à un comité de suivi, l'activité de la polyclinique Thur-Doller est observée finement pendant les prochains mois. Ce comité de suivi, piloté par l'ARS, placera notamment les questions de service rendu à la population et de financement de la structure au cœur des réflexions.

Des évolutions sont d'ores et déjà envisagées, notamment pour ce qui concerne le personnel non-médical en place sur le site. Les maquettes prévisionnelles d'activité ont été étudiées en prenant en considération l'activité précédente, tout en évoquant le risque que cette analyse soit d'emblée biaisée du fait :

D'une activité saisonnière, les vallées de la Thur et de la Doller étant fréquentées par de nombreux touristes en saison estivale ;

D'une modification des périodes d'ouverture, les effectifs étant dimensionnés pour fonctionner en continu sans rush lié à l'imminence de la fermeture.

Une capacité de renforcement est déjà mise en place grâce à l'intervention de l'équipe de direction, par un basculement de personnel entre deux unités, en cas de besoin. Le COSUI devra prendre en considération ces éléments pour analyser objectivement la situation et le dimensionnement des équipes.

Quoique ne souffrant pas de difficultés importantes liées à l'hospitalisation des patients pris en charge sur le site, des transferts peuvent être rendus nécessaires du fait de l'absence de spécialité sur site. La structure s'inscrira donc dans la démarche globale du PMP pour ce qui concerne les transferts de patients. Il en est de même pour les examens d'imagerie lourds et les échographies lorsqu'ils ne peuvent être réalisés sur site.

## **CH PFASTATT**

### **Description**

La polyclinique du CH Pfastatt est la seule structure de soins non-programmés du GHT12 n'étant pas rattachée au GHRMSA. Cette structure accueille les patients du secteur nécessitant une prise en charge courte, sur des plages d'ouverture définies comme suit :

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h30 ;

Le samedi matin, de 8h30 à 12h30.

Cette structure a reçu 13 160 patients en 2015 et 13 307 patients en 2016, soit une augmentation d'activité de 1,1%. Cette activité se répartit entre les premières consultations (à hauteur de 66% de l'activité) et les reconvoctions et consultations externes (à hauteur de 33%). Le taux d'hospitalisation en sortie de la structure est de 0,5% avec environ 60 hospitalisations par an.

Il reçoit une part largement majoritaire de consultations de médecine et de petite traumatologie. Les patients pris en charge peuvent pourtant parfois nécessiter le recours à une structure hospitalière, notamment lorsqu'il est nécessaire de réaliser une intervention chirurgicale (fractures complexes).

Le CH Pfastatt propose des lits d'hospitalisation complète en médecine polyvalente et en addictologie, ainsi qu'un plateau d'imagerie permettant la réalisation de radiographies standards.

### **Evolutions**

Les patients pris en charge sur la polyclinique du CH Pfastatt doivent pouvoir bénéficier du même traitement que ceux pris en charge en tous points du territoire, et notamment en ce qui concerne les hospitalisations dans des services de spécialités absentes sur le CH Pfastatt et la réalisation d'examens d'imagerie avancée.

Les procédures proposées aux structures des sites externalisés du GHRMSA seront donc proposées également à cette structure.

## **PARCOURS PATIENTS INTER-ETABLISSEMENTS**

### **Hospitalisations et avis spécialisés**

Tout patient nécessitant une hospitalisation dans des services de spécialités absentes des sites locaux doit pouvoir être orienté directement dans le service de spécialité receveur. Il n'est en effet pas licite de considérer, comme démontré ci-avant, que ces patients pourraient être adressés dans la structure d'urgence du site support du GHT alors qu'il a déjà été pris en charge médicalement sur un autre site, le tout dans le seul but de lui trouver un lit d'hospitalisation. Ceci serait en effet à l'origine d'une augmentation de la durée d'attente des patients, elle-même générant une augmentation considérable de la morbi-mortalité du fait d'un maintien prolongé sur un brancard. Par ailleurs ceci engendrerait une augmentation de la fréquentation du SU Emile Muller, source de saturation et de blocage dans les prises en charge et donc de risques l'ensemble des autres patients pris en charge par cette même structure.

Un annuaire précis et réactualisé des services du GHRMSA, ainsi que les coordonnées téléphoniques des médecins d'astreinte dans le cadre de la PDES sera donc mis à disposition des équipes des structures centrale et périphériques. Cet annuaire sera étendu à l'ensemble des sites du GHRMSA (comprenant donc les services des sites de proximité).

La réalisation du transfert pourra se faire par l'intermédiaire du SAMU lorsque le patient nécessite une surveillance continue médicalisée ou paramédicalisée. Ceci sera évalué lors d'un échange avec le médecin régulateur du SAMU après appel au centre de réception et de régulation des appels.

Une amélioration du service pourra par ailleurs être étudiée pour les transferts ne nécessitant pas l'intervention du SAMU (transferts sans surveillance). Ceci passera notamment par des négociations avec les sociétés de transporteurs sanitaires du secteur, afin de disposer de vecteurs dédiés à l'activité de transfert.

Les avis spécialisés pourront être demandés par téléphone grâce à l'annuaire transmis quotidiennement. Ceux-ci pourront déboucher sur une hospitalisation ou un rendez-vous de consultation de spécialité dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire.

### **Examens d'imagerie avancée**

Tout patient nécessitant la réalisation d'un examen d'imagerie avancée doit pouvoir être transféré sur le site central lorsque sa réalisation est impossible sur le site de proximité.

Une procédure de traitement est en cours de rédaction en collaboration avec le pôle d'imagerie du GHRMSA, afin de fluidifier les demandes d'examens auprès des médecins spécialistes en imagerie médicale. Ceux-ci seront transférés sur le site central après accord du médecin radiologue, et mis en situation d'attente dans les locaux de la structure d'urgence du site Emile Muller, sans pour autant qu'ils soient revus par l'équipe médicale du site et sous réserve qu'ils ne nécessitent pas de surveillance médicale.

Dans les cas où ces patients présenteraient des pathologies nécessitant une surveillance particulière, le praticien du site périphérique prendra également attache avec le médecin organisateur de l'accueil du site Emile Muller pour annoncer le patient et organiser sa surveillance. Cette modalité particulière fera l'objet d'une procédure inter-établissements spécifique, autorisant par ailleurs le recours à d'autres établissements en cas de situation de tension hospitalière sur le site Emile Muller.

Au terme de la réalisation de l'examen d'imagerie, le médecin spécialiste en imagerie médicale prend contact avec le médecin prescripteur pour lui transmettre les résultats. Celui-ci organise son retour en prenant contact avec l'accueil des urgences du site Emile Muller.

Dans les cas où le résultat de l'examen serait anormal et nécessiterait une hospitalisation dans un service du site Emile Muller, le médecin prescripteur organisera la prise en charge en aval. Celle-ci pourra être organisée prioritairement sur le site Emile Muller, et le cas échéant le médecin prescripteur prendra contact avec le médecin d'accueil et d'orientation pour l'informer du devenir du patient et des décisions prises avec le médecin spécialiste sollicité.

Un dossier médical standardisé sera conçu pour accompagner le patient lors de ces transferts. Il portera l'ensemble des données médicales nécessaires à la réalisation de l'examen (comprenant les résultats des examens de biologie), ainsi que toutes les données utiles pour poursuivre la prise en charge sur le SU Emile Muller en cas de nécessité

Parallèlement aux actions proposées dans le cadre du projet médical partagé de la filière urgences, une action de concertation avec les établissements sanitaires et sociaux et les médecins libéraux sera engagée. Ces actions auront pour but de préciser les contours d'une prise en charge dans une structure du GHT12, et les capacités de chaque site. Elles préciseront également l'éventail des options possibles au terme des prises en charge, et rappelleront celles qui ne peuvent être attendues d'une structure d'urgence, dans le respect des données réglementaires et des recommandations des sociétés savantes.

### **TABLEAU DE BORD**

Le tableau de bord est un document faisant l'objet d'une procédure spécifique pour en définir les modalités de remplissage et de transmission. Il est réalisé quotidiennement et propose une analyse reproductible de critères quantitatifs reflétant le taux de charge des unités fonctionnelles. Une synthèse est réalisée annuellement et transmise aux praticiens du service pour information. Cette analyse annuelle est complétée par une analyse de structure comprenant les critères qualitatifs proposés par la SFMU.

## Filière Gériatrie

La loi santé N° 2009-879 du 21/07/2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a modifié en profondeur la perception que les acteurs de santé peuvent avoir de leur mission. Traditionnellement tournés vers leurs services au sein de leur établissement, l'instauration des groupements hospitaliers de territoire les oblige, à présent, à mener une réflexion sur des parcours patients optimisés au sein des groupements hospitaliers qui font que les établissements, anciennement partenaires dans ce parcours, deviennent des collaborateurs du quotidien, d'implication égale et obligatoire. Les jugements qualité sont désormais partagés : un mauvais parcours n'est pas le fait d'un service ou d'un établissement mais résulterait d'une organisation inadéquate de l'ensemble des acteurs.

Dès lors, un projet médical partagé de quelque spécialisation que ce soit se devra, au-delà des recherches d'efficacité et de cohérence, d'intégrer une conceptualisation des parcours commune, reposant sur un ensemble de valeurs partagées, évaluées dans leur application au même titre que l'efficience.

Dans ce contexte, il est apparu adapté à la communauté médicale gériatrique du groupement hospitalier de territoire n° 12 d'inscrire le projet médical partagé dans :

### **Une promotion des valeurs fondamentales soutenant le prendre soin des personnes âgées comme :**

- la bientraitance et la patience
- le respect et la dignité
- l'humanité
- l'aide aux aidants

La gériatrie est la spécialité médicale qui concerne les patients polypathologiques présentant un risque de perte d'autonomie et de décompensation. La prise en charge medico psycho sociale est le fondement de la pratique pluridisciplinaire de la gériatrie.

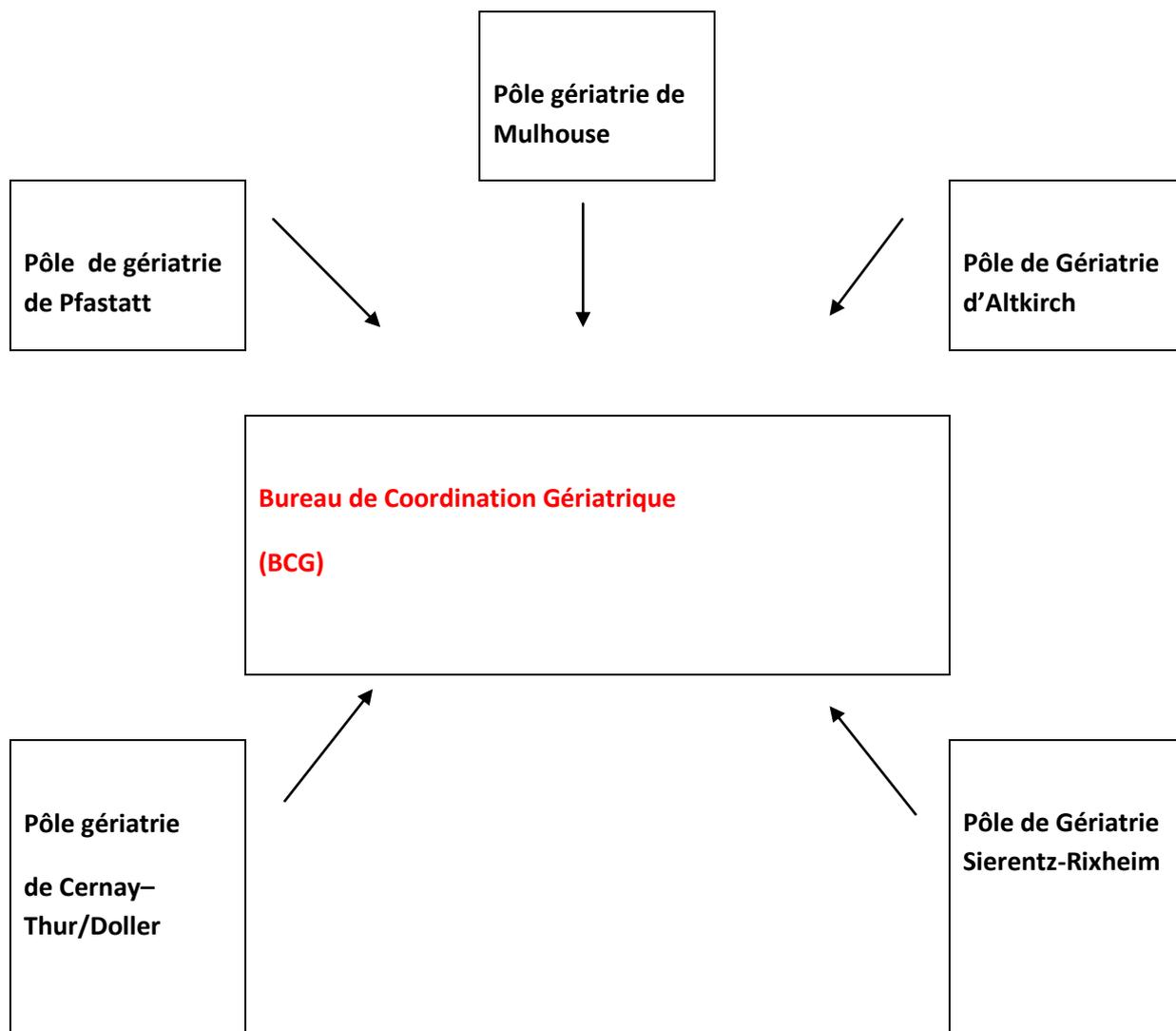
- l'exigence à l'égard des institutions de disposer des ressources nécessaires pour mettre en place un cadre de travail adapté aux prestations de soins à délivrer.
- l'adaptation des modes de prise en charge aux spécificités des publics accueillis.

### **La poursuite des actions en faveur des améliorations des pratiques professionnelles et de la gestion des risques**

Les équipes des différents pôles se sont engagés dans des démarche qualité à divers niveaux : indicateurs, CREX , RMM ... qui seront à pérenniser et à mutualiser .

**L'engagement du GHT dans une démarche d'amélioration du parcours de soins** de l'amont jusqu'au-delà de l'étape hospitalière intégrant les domaines médico-sociaux élargis. A la suite du rapport de la Haute autorité pour l'avenir de l'assurance maladie, un parcours de soins adapté est considéré comme une priorité pour promouvoir la qualité des soins. « au grand âge, la présence très systématique d'un nombre élevé de pathologies, le plus souvent chroniques, rend tout à fait prioritaire l'articulation entre les soins techniques, cliniques et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Quand la filière de soins gériatriques concerne le passage du patient d'une structure à l'autre, Le parcours de soins décrit la trajectoire du patient à partir de son domicile entre les différents professionnels, organisations (coordination, réseau) et les établissements (sanitaires et médico sociaux). La démarche de prévention de l'institution devrait aboutir au retour à domicile.

## Un schéma d'organisation partagé entre les différents sites



### ***Composition (proposition)***

La composition du bureau des pôles est la suivante :

Les directeurs médicaux et les chefs de service de chacun des pôles.

Les cadres de pôle

Les directeurs délégués référents en gériatrie

Membres invités : les assistants de gestion ou personne ayant des fonctions similaires.

Le BCG se réserve la possibilité d'inviter d'autres personnes ressources en fonction de l'ordre du jour.

### ***Organisation***

Chaque pôle de gériatrie organise alternativement la réunion du BCG. Il est prévu une réunion tous les trois mois.

L'ordre du jour est organisé par l'équipe locale qui assurera l'animation de la réunion ainsi que le secrétariat. Chaque pôle prévoit un archivage des documents élaborés et diffusés.

Les réunions se dérouleront entre 12 heures et 14 heures ou après 18 heures. La date du bureau de coordination à venir est fixée à chaque réunion.

## Les missions

Assurer la représentation des membres du bureau de coordination gériatrique aux différents groupes de travail ou groupes décisionnels internes et externes en lien avec les activités gériatriques territoriales

Définir et mettre en œuvre le chapitre gériatrique du projet médical du GHRMSA et du GHT 12.

Mettre en place une gestion commune des appels à projets

Assurer le suivi des indicateurs d'activités gériatriques, des indicateurs qualité des pôles favoriser les projets ou proposer des orientations de chaque site

Assurer le suivi des plans d'action certification et évaluation externe du secteur gériatrique

Mettre en place une politique qualité commune (EPP, RMM, revues de pertinence, CREX, parcours et programmes de soins)

Harmoniser l'organisation des soins à l'échelle de l'ensemble des sites gériatriques.

## Des objectifs d'optimisation du parcours de soins.

### 3.1 Réévaluation de l'offre de soins interne : une filière gériatrique identifiée.

La filière des soins gériatriques est le passage du patient d'une structure sanitaire à l'autre qu'elle soit du même établissement ou non. Le projet médical commun gériatrique est l'opportunité d'évaluer le périmètre de cette filière à travers des objectifs concernant des segments de la filière les plus adaptatifs qui vont permettre d'identifier des points d'achoppement :

Description du service rendu actuel des éléments de la filière gériatrique de façon à le confronter aux besoins de la population en tenant compte de la nécessité de proximité de l'offre gériatrique.

Organisation du parcours patient de façon à diminuer les durées de séjour du fait du défaut d'aval ou d'accès à un plateau technique.

L'équipe mobile de gériatrie. Elle doit couvrir tout le GHT 12. Evaluation des fonctionnements actuels et perspectives.

SSR : les pôles de gériatrie comportent tous du SSR. Il est proposé de décrire tous les SSR (SSR spécialisés, SSR Personnes âgées) pour avoir une évaluation des populations accueillies et d'évaluer les marges de progrès possibles. Des travaux communs peuvent être menés pour améliorer les pratiques : P3i, plan personnalisé de santé, documents de sortie.....

HDJ : fonctionnements de Mulhouse, Cernay, Altkirch, Pfstatt et évolution.

CS gériatriques : description des accès au CS gériatrique du GHT 12 et besoins évolutifs.

Description des plateaux techniques gériatriques et organisation de leur accès.

Description de filières spécialisées : oncogériatrie, néphrogériatrie, diabète de la personne âgée. Un parcours est à décrire plus particulièrement celui des personnes présentant des troubles cognitifs tant en ce qui concerne la prise en charge que sanitaire que médico-sociale, en décrivant finement les ressources mobilisables (CMR, UCC, UHR, PASA, HDJ, Psychiatrie).

EHPAD, organisation de la continuité des soins.

La méthodologie proposée est d'établir une cartographie fine des éléments de la filière et d'évaluer leur fonctionnement et leur coordination.

## **3.2 Le parcours de soins**

### **Repérage de la fragilité**

La fragilité est un syndrome clinique se définissant comme une baisse des capacités physiologiques de réserve qui altèrent les mécanismes d'adaptation au stress.

Les personnes âgées fragiles sont prises en charge par tous les services d'adultes du GHRMSA. L'institution génère de la dépendance chez les personnes âgées fragiles si elle n'est pas prise en compte dans les soins. Il est prouvé que le repérage précoce de la fragilité par les équipes de soins permet d'éviter des décompensations et une perte d'autonomie. Il est du rôle de l'hôpital de permettre de repérer ces patients grâce à des outils simples utilisables par les soignants.

Le repérage de la fragilité des personnes âgées à domicile permet de mettre en œuvre des mesures de prévention secondaire aboutissant à un retour possible à un vieillissement réussi. L'institution sanitaire doit avoir sa place dans cette démarche.

Modélisation du repérage de la fragilité dans le GHT et des modalités de soins à mettre en œuvre.

Modélisation du service rendu du GHT à la population dans le repérage et la mise en œuvre de prévention de la fragilité.

### **Ruptures du parcours de soins**

L'organisation de l'articulation avec le domicile et le secteur médico-social permet d'éviter les ruptures de soins fréquentes à l'admission et à la sortie du malade et d'obtenir une meilleure fluidité ainsi que d'anticiper les parcours à risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Les modalités de passage aux urgences des personnes âgées en provenance des EHPAD et de la ville.

Intégration des partenaires dans le cadre du guichet intégré des MAIA (SAD, SSIAD, Pôles gérontologiques, RAG, plateforme de répit, ESA,).

Recours à l'HAD.

Intégration dans le groupe de travail-sorties complexes du GHRMSA.

Déclinaison locale des travaux du groupe parcours personnes âgées du PRS 2018.

Utilisation de la télémédecine en EHPAD et à domicile.

## **3.3 Harmonisation des organisations et pratiques**

### **Mutualisation des groupes de travail**

Une des richesses des pôles de gériatrie est d'avoir développé et maintenu en activité plusieurs groupes de travail associant des personnels médicaux et paramédicaux autour de thématiques prégnantes.

Ces groupes permettent d'avoir une réflexion globale sur un thème précis qui peut être étudié en fonction des préoccupations pratiques des soignants.

Ils permettent de rédiger et de valider des protocoles de soins ou des documents communs, qui pourront également révisés à l'occasion de publications de nouvelles recommandations ou en cas d'évolution des pratiques.

Actuellement seul le groupe de travail sur le thème de la nutrition est commun entre le pôle de Mulhouse et celui d'Altkirch ; il pourrait être élargi aux 2 autres pôles

les autres groupes de travail en vigueur au sein des pôles pourraient également être mutualisés comme par exemple les groupes sur la gestion de la douleur, les soins palliatifs et la fin de vie, les plaies chroniques.

Le groupe de réflexion éthique en place au CH d'Altkirch pourrait être étendu aux autres pôles de gériatrie.

## Formation et échanges de pratiques

Organisation de réunions d'échange clinique, par exemple en étendant aux services devant intégrer prochainement le groupe les réunions déjà existantes comme celles de bibliographie, de neuro-cognition ou de neuro-urologie

Développement d'axes communs de formation des personnels médicaux et non médicaux :

- les Formations d'Adaptation à l'Emploi, formations sur des thématiques gériatriques proposées 2 fois par an aux agents du pôle de Mulhouse, pourraient être ouvertes aux agents des autres pôles.
- les séances de formation des internes du pôle de Mulhouse pourraient être mutualisées

de l'ensemble du personnel

## Des objectifs Qualité

- Systématiser le courrier de sortie d'hospitalisation dans le délai de 8 jours
- Améliorer la prestation repas en EHPAD (aide au repas, et plan alimentaire)
- Assurer le suivi des évaluations internes et externes annexées au CPOM
- Assurer le suivi des enquêtes ANAP sur les ESMS
- Mettre en place une politique commune d'harmonisation des règles de gestion des CVS au sein des EHPAD pour une meilleure représentation des USAGERS

## Soins Palliatifs

### Synthèse du projet

La mise en place par le législateur de groupements hospitaliers de territoire s'accompagne de l'élaboration d'un projet médical partagé entre les diverses structures de soins constituant le groupement hospitalier.

Le champ couvert par un projet médical partagé en soins palliatifs est large ; en raison de sa transversalité il doit s'attacher :

- à faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs partout où un accompagnement de patient en fin de vie expose les soignants à la gestion de signes d'inconfort ;
- à recourir aux ressources adaptées tant humaines par leurs compétences que techniques par leurs spécificités pour soulager et accompagner dignement les patients en fin de vie ;
- à permettre l'accès par tout professionnel de soins à la culture palliative ;
- à impulser la réflexion territoriale sur l'accès et le développement des soins palliatifs dans un contexte économique contraint tel que le connaît la société française depuis quelques années ;
- à fixer avec lucidité, des objectifs consensuels, de nature à faire progresser la démarche palliative mais aussi capables de donner une information transparente sur l'utilisation des ressources publiques dévolues à la mise en place des soins palliatifs au sein du territoire de santé.

L'ensemble des points de cette liste non exhaustive, devra se décliner en thématiques fortes, capables de fédérer les professionnels du soin pour autoriser l'élaboration d'un programme de travail de nature à faire progresser la démarche palliative au sein du GHT.

#### **1. Action sur les projets de soins des pôles d'activité clinique**

Les projets de pôle, pour les pôles et UF qui sont en charge de soins auprès de personnes en fin de vie, comportent, en principe, des références, des actions à mener et des procédures d'évaluation de celles-ci dans le domaine des soins palliatifs.

Le changement de dimension induit par le GHT peut être l'occasion d'établir une réflexion sur l'uniformisation des pratiques au sein du GHT, l'écriture de procédures communes, la mise en place d'évaluations de pratiques professionnelles porteuses, intrinsèquement, d'un projet d'amélioration des pratiques et non de comparaison jugeante.

Ces projets, écrits sous la responsabilité des chefs de pôle, devront intégrer la place des structures aidantes extérieures comme les EMSP et préciser les projets de patients destinés auxquels il est proposé un transfert en USP ou dans les unités disposant de lots identifiés de soins palliatifs.

Il paraît important d'introduire une transparence accrue dans ces procédures, à la fois pour répondre aux exigences d'évaluation de l'utilisation des fonds publics pour des moyens destinés à la pratique des soins palliatifs mais aussi pour permettre d'anticiper dans la sérénité des parcours - patient spécifiques vécus dès lors positivement par les patients concernés ainsi que par leur famille. Pour ce faire, les responsables de pôles et cadres soignants doivent disposer d'informations adaptées sur les structures aidantes dans le domaine des soins palliatifs, accepter le principe d'un débat contributif avec celles-ci afin de construire un modèle de collaboration gagnante et s'engager à l'organisation d'une évaluation séquentielle reposant sur des procédures validées par la HAS.

## **2. Référents en soins palliatifs**

Pour consolider la démarche palliative au sein des pôles cliniques et des unités fonctionnelles, la convention constitutive du GHT N° 12 a inscrit comme prioritaire la mise en place de référents en soins palliatifs selon un maillage représentatif des besoins. Il est souhaitable que les fiches de missions des référents soient homogènes au sein du GHT et s'inscrivent dans l'esprit de la circulaire du 19/02/2002.

## **3. Une transparence dans l'utilisation des lits identifiés de soins palliatifs**

Le principe du maintien des autorisations en LISP repose sur une juste utilisation de ce dispositif en faveur de patients en fin de vie. Il appartient aux législateurs de transmettre les grilles d'évaluation qui permettent de s'assurer de la bonne adéquation mais il revient aux acteurs de soins promoteurs des soins palliatifs au sein du GHT d'anticiper ces analyses en recommandant une démarche spécifique contractualisée. Le maillage territorial de référents en soins palliatifs servira d'appui logistique. Un rapport d'activité annuel sera une première étape standardisée dont le modèle actuel est donné en annexe.

## **4. La consolidation de la consultation en soins palliatifs**

Positionnée sur le site E.MULLER du GHRMSA elle enrichit la palette des propositions d'évaluation et de prestations de soins, disponibles pour les patients, tout au long de leur parcours. Des moyens spécifiques de diffusion d'information à l'adresse des professionnels du GHT devront être mis en place pour leur permettre de proposer des rendez-vous de consultation, invitant les acteurs à une démarche anticipative pour les patients dont ils ont la charge.

## **5. L'adaptation de l'USP aux besoins croissants**

L'USP comporte actuellement 9 lits. L'ouverture de 3 lits supplémentaires pour pouvoir répondre aux besoins croissants des demandes d'hospitalisations devra être étudié.

## **6. La diffusion de la culture palliative**

### **A. Au niveau des professionnels de santé**

Directement sur le terrain **les EMSP** sont les premières concernées par la diffusion de leurs connaissances, autant dans le domaine du savoir-faire, que du savoir-être envers les soignants des différentes unités fonctionnelles où elles interviennent.

Pour être efficace, ce transfert des savoirs nécessite néanmoins des conditions optimales pour faciliter l'appropriation par les équipes demandeuses, notamment une disponibilité reconnue et organisée par les encadrants, un temps d'échange interdisciplinaire, une capacité et une acceptation d'inscrire les recommandations des EMSP dans le projet de soins personnalisé du patient dès lors conjointement suivi. L'évaluation annuelle de ces échanges, des projets de soins personnalisés et de leur inscription dans les rapports d'activité seraient de nature à s'assurer de leur intégration.

### **B. Au niveau de grand public**

Il importera de poursuivre et d'accompagner l'intérêt du grand public pour la démarche palliative, de participer au débat contradictoire dans la presse, et les médias en général se font l'écho, à défendre les valeurs éthiques inhérentes à la démarche palliative, pour permettre l'émergence de choix lucides individuels et non influencés par des dogmes partisans. D'organiser, comme nous le faisons tous les ans des journées à thème type « Journée Mondiale de Soins Palliatifs » ou soirée-cinéma débat.

### **INTRODUCTION**

La mise en place par le législateur de groupements hospitaliers de territoire s'accompagne de l'élaboration d'un projet médical partagé entre les diverses structures de soins constituant le groupement hospitalier.

Dans le domaine des soins palliatifs, le principe d'un partage des procédures et du projet est d'autant plus aisé dans le territoire n° 12 que les échanges entre les professionnels concernés sont anciens, que le découpage des responsabilités fonctionnelles est historiquement établi depuis plus de 20 ans, et que les acteurs de soins concernés et porteurs des projets sont en nombre restreints et collaborent avec efficacité.

L'évolution législative des dernières années a grandement facilité la mise en place des bases légales et des attendus en soins palliatifs, rendant obligatoire au sein des prestations délivrées par les unités de soins conventionnelles, celles promues depuis plusieurs décennies par les sociétés savantes des spécialités concernées dans le domaine de la gestion et de la maîtrise des signes d'inconfort en situation de soins palliatifs. Leur ignorance par les professionnels est considérée comme de la non bienveillance, exposant le service et par extension, l'établissement de soins, à une mesure d'écart négatif lors des procédures d'évaluation préalables à la certification de l'établissement.

Le champ couvert par un projet médical partagé en soins palliatifs est large ; en raison de sa transversalité il doit s'attacher :

- à faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs partout où un accompagnement de patient en fin de vie expose les soignants à la gestion de signes d'inconfort ;
- à recourir aux ressources adaptées tant humaines par leurs compétences que techniques par leurs spécificités pour soulager et accompagner dignement les patients en fin de vie ;
- à permettre l'accès par tout professionnel de soins à la culture palliative ;
- à impulser la réflexion territoriale sur l'accès et le développement des soins palliatifs dans un contexte économique contraint tel que le connaît la société française depuis quelques années ;
- à fixer avec lucidité, des objectifs consensuels, de nature à faire progresser la démarche palliative mais aussi capables de donner une information transparente sur l'utilisation des ressources publiques dévolues à la mise en place des soins palliatifs au sein du territoire de santé.

## LE CADRE LEGISLATIF

- La loi N°2009 – 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Circulaire du 26 octobre 1986 dite « Circulaire Laroque »

Elle reste un des textes de référence pour la mise en place des soins palliatifs en France en jetant les bases de leur organisation et en leur donnant une reconnaissance officielle.

- **Circulaire du 08/03/2008 sur la mise en place des lits identifiés de soins palliatifs**  
*«Les LISP se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs ; l'individualisation des LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent des soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches »*
  - **Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121>  
Depuis la création de la loi du 9 juin 1999, toute personne nécessitant des soins palliatifs a le droit d'accéder à ces soins.  
Les établissements et les professionnels de santé ont le devoir de faire respecter ce droit.  
**(Article L1110-5 du code de santé publique** «...Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »).  
**Article L.1112-4 du code de santé publique** « Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. »)
- **Référentiel d'accréditation des structures de soins palliatifs de la Société française**  
**Référentiel d'accréditation des structures de soins palliatifs de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)**  
Version Mai 2000. Document réalisé par la commission d'accréditation de la SFAP.
- **Circulaire DHOS /02/DGS/SD5D/ n°2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.** Chapitre III concernant les soins palliatifs en établissement de santé, une pratique qui concerne tous les services, la démarche palliative  
<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-12/a0121073.htm>
- **LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé( loi Kouchner)**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>  
La Loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la Santé Publique).
- **Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement - Avril 2004.**  
Document réalisé dans le cadre de Comité de suivi Soins Palliatifs et accompagnement 2002/2005  
[http://www.sfap.org/system/files/guide\\_bonnes\\_pratiques\\_soins\\_pal\\_ministere.pdf](http://www.sfap.org/system/files/guide_bonnes_pratiques_soins_pal_ministere.pdf)
- **Circulaire DHOS/02 n° 2004-257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs**  
<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-28/a0282079.htm>
- **Décret no 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/2/6/SANA0620163D/jo/texte>
- **Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs**  
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_099\\_250308.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf)

La circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, établit clairement pour chaque structure de soins palliatifs, leur mission, leur organisation et les moyens de fonctionnement nécessaires.

- **Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012**  
[http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_de\\_developpement\\_des\\_soins\\_palliatifs\\_2008\\_2012.pdf](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf)
- **Arnoux Sylvie, « Un groupe de référents en soins palliatifs : au-delà des frontières d'un service et du cloisonnement institutionnel », *Jusqu'à la mort accompagner la vie* 3/2012 (n° 110), p. 89-94**  
[www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2012-3-page-89.htm](http://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2012-3-page-89.htm)
- **Manuel de certification des établissements de santé version Janvier 2014, critère 13a : prise en charge et droits des patients en fin de vie**  
[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201403/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201403/manuel_v2010_janvier2014.pdf)
- **Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie**  
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215\\_-\\_plabe56.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf)
- **Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite loi « Léonetti »**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>  
Refus de l'obstination déraisonnable  
Autonomie du patient  
Directives anticipées  
Personne de confiance  
Procédure collégiale pour un arrêt de traitement chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté
- **La loi Leonetti Claeys Loi n°2016-87 du 02.02.2016**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>  
Renforce les droits précédents – personne de confiance et directives anticipées  
Introduit un droit nouveau- la sédation profonde et continue dans 3 circonstances précises.
- **Les textes de mis en place des Groupements hospitaliers de Territoire**  
La loi N° 2016 – 41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé crée les groupements hospitaliers de territoires par l'article 107, en remplacement de la communauté hospitalière de territoire.

Dispositif obligatoire pour les établissements publics de santé mais facultatif pour les services et établissements publics médico-sociaux, les groupements hospitaliers de territoire s'appuient sur l'établissement d'une convention constitutive et sur un projet médical partagé qui ont pour objectif de garantir une offre de soins de proximité ainsi que l'accès à une offre de soins de référence et de recours. L'établissement support, désigné dans la convention, assure un certain nombre de fonctions définies dans la loi, pour le compte des établissements faisant parti du groupement, notamment dans le domaine des systèmes d'information, de la fonction achat, de la coordination des instituts et écoles de formation paramédicales ainsi que dans le domaine des programmes de formation et du développement professionnel continus des personnels.

Dossier de presse du 13/12/2016 à l'adresse des professionnels de soins qui rappelle que la loi N° 2016- 87 du 02/02/2016 créant de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie, permet de mieux répondre à la demande d'une fin digne et accompagnée, notamment par une meilleure prise en charge de la souffrance et une clarification de l'usage de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, lorsque le pronostic vital est engagé à court terme. Elle également de conforter la place et l'expression de la volonté du patient dans le processus décisionnel, et en particulier de ses « volontés précédemment exprimées »

- **Décisions du Comité stratégique du GHT 12 (thématiques prioritaires et nomination des pilotes-rapporteurs) – Fiches de missions des pilotes.**

## ETAT DES LIEUX - LES MOYENS ET DOTATIONS ACTUELS AU SEIN DU GHT 12

### A. L'UNITE DE SOINS PALLIATIFS

Elle couvre tout le territoire de santé correspondant aux limites géographiques du GHT12. Elle comporte 9 lits de MCO.

### B. LES LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS

Leur répartition apparaît dans le tableau ci-dessous

GHRMSA	Hôpital E. Muller	Oncologie	6
		Pneumologie	6
		Gérontologie MCO	2
		Gérontologie SSR	3
		Hépatologie	6
		Hématologie	1
	Site Hasenrain	Gynécologie-onco	1
	CH Altkirch	Médecine MCO	4
	St-Louis	Médecine MCO	4
	Cernay	SSR	3
Sierentz	SSR	2	
Thann	Médecine	3	
CH Pfastatt	CH Pfastatt	SSR	5
Total			46

### C. LES EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS

#### 1. Leur fonctionnement

Le groupement hospitalier de territoire comporte 2 équipes mobiles de soins palliatifs qui depuis leur création ont opté pour une répartition de leur secteur d'activité en fonction de l'âge.

Ainsi l'EMSP du centre hospitalier de Pfastatt, créée en 1996, s'est depuis son autorisation de mise en place, orientée vers la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans, incluant les secteurs d'hébergement médico-sociaux, les domiciles privés et les secteurs gériatriques des établissements de santé publics et privés de l'ancien territoire de santé N° 4, correspondant aux limites géographiques de l'actuel GHT N°12

L'EMSP du GHRMSA, créée en 2000 de l'actuel établissement support s'était orientée vers les services cliniques de l'hôpital E. MULLER et sur le site du Hasenrain, avant les fusions successives qui ont défini la nouvelle entité intitulée GHRMSA.

Le souhait des professionnels, investis dans le projet médical partagé en soins palliatifs est de maintenir cette différence d'activité et d'exercice en fonction de l'âge.

Cette spécialisation est apparue au fil du temps comme particulièrement adaptée en raison :

- De la spécificité des expressions cliniques des symptômes d'inconfort et de la gestion particulière des médicaments qui les atténuent avec l'avance en âge ;

- De la connaissance nécessaire des recours sanitaires et médico-sociaux propres à la prise en charge des personnes âgées, davantage investis vers les filières gériatriques, en mesure de prendre en charge la polypathologie associée ;
- Des demandes différenciées de l'environnement familial des patients âgés en fin de vie par rapport à un public plus jeune ;
- De l'appui technique indispensable mais davantage nécessaire encore aux professionnels des établissements médico-sociaux, qui acceptent de garder les personnes âgées en situation de soins palliatifs, mais dont les charges de travail globale ne cessent de croître ;
- A l'inverse l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs du GHRMSA dans les services accueillant des patients en fin de vie, de profil non gériatriques, apparaît depuis plusieurs années comme un défi à relever qui justifie amplement que les moyens humains disponibles pour cette activité soient concentrés sur ces services (cf chapitre IV)
- De plus pour les deux équipes mobiles, dans leur configuration actuelle, l'adossement dont elles disposent sur les unités d'hospitalisation ou d'alternative à l'hospitalisation au sein de leur Pôle d'activité, vient utilement compléter la palette des réponses de prise en charge qu'elles peuvent offrir.

Dès lors les parcours de soins et de prises en charge apparaissent cohérents, engageant les professionnels soignants dans une logique de continuité et permettant aux professionnels des secteurs extra-hospitaliers d'être réellement épaulés jusqu'au niveau des compétences techniques qui leur sont apportées, en rajoutant une éventuelle solution, par anticipation, de prise en charge hospitalière, sans passages intermédiaires complexes lorsqu'ils ne sont ni souhaités ni souhaitables.

## **2. La répartition des activités**

### **→ L'EMSP du GRHMSA**

- L'ensemble des services cliniques du GHRMSA quel que soit l'âge des patients en dehors des services de gériatrie
- Les patients de moins de 60 ans en ambulatoire, incluant les publics spécifiques en domicile communautaire.

### **→ L'EMSP du centre hospitalier de Pfastatt**

- Les services de gériatrie du GHRMSA et du centre hospitalier de Pfastatt
- Les établissements médico-sociaux accueillant un public de personnes âgées du territoire
- Les patients âgés en domicile privatif sur l'ensemble du territoire du GHT 12.

## **D. LA CONSULTATION DE SOINS PALLIATIFS**

Mise en place depuis 2014, elle est organisée en une demi-journée par semaine et située à l'hôpital E.MULLER du GHRMSA.

## ***IDENTIFICATION DES PROBLEMATIQUES ET LEUR INTEGRATION DANS LE PROJET MEDICAL PARTAGE***

Si le fait palliatif est depuis plusieurs années bien établi, sa déclinaison selon les lieux du mourir et son appropriation par les acteurs de santé restent perfectibles.

Les expériences des équipes mobiles de soins palliatifs évoquées lors des rencontres préalables à la rédaction du projet médical partagé font état :

- de situations d'inconfort persistant chez des patients en fin de vie,
- de difficiles identifications des situations de soins palliatifs par manque de définition des niveaux de soins,
- de souffrance de soignants face à l'inconfort des patients en fin de vie,
- de parcours non anticipés et non préparés de patients en situation de soins palliatifs,
- de difficultés à trouver des solutions d'hébergement hospitalières ou médico-sociales pour des patients en fin de vie,
- d'une impuissance des familles à revendiquer un accompagnement digne de leur proche en fin de vie.

Si l'accompagnement idéal est une utopie et reste de l'ordre du théorique, il appartient aux professionnels en charge de cette réflexion et exerçant un mandat de soins d'ouvrir suffisamment la réflexion et le débat pour :

- assurer la diffusion de la culture palliative,
- intégrer les acteurs de santé en responsabilité de la prise en charge sanitaire mais aussi médico-sociale susceptibles d'aboutir au décès,
- aider les équipes soignantes, au sein des unités fonctionnelles ou des pôles de compétence, à mettre en place des procédures de prise en charge respectueuses des attentes réglementaires en matière de soins palliatifs en intégrant les modalités de soutiens extérieurs aux personnels confrontés à des situations de vie éprouvantes,
- et, en structurant les évaluations, améliorer les pratiques professionnelles par une participation active aux diverses étapes de la certification ou des rendus du compte qualité.

L'ensemble des points de cette liste non exhaustive, devra se décliner en thématiques fortes, capables de fédérer les professionnels du soin pour autoriser l'élaboration d'un programme de travail de nature à faire progresser la démarche palliative au sein du GHT.

## **LES MOYENS A METTRE EN ŒUVRE**

Les soins palliatifs ne peuvent s'exercer seul et en un seul endroit. La fin de vie est plurielle, l'accompagnement des personnes en fin de vie n'est l'exclusivité d'aucun professionnel de soin, chacun peut être confronté à la survenue de la fin de vie.

Pour une facilité de lecture du projet médical partagé, il paraît adapté de distinguer, en fonction du lieu d'exercice des soins en fin de vie, les positions qui sont de nature à répondre aux exigences réglementaires attendues au sein du GHT.

### **A. Une action sur les projets de soins des pôles d'activité clinique**

Les projets de pôle, pour les pôles et UF qui sont en charge de soins auprès de personnes en fin de vie, comportent, en principe, des références, des actions à mener et des procédures d'évaluation de celles-ci dans le domaine des soins palliatifs.

Le changement de dimension induit par le GHT, les attentes du législateur concernant les parcours de soins, peuvent être l'occasion d'établir une réflexion sur l'uniformisation des pratiques au sein du GHT, l'écriture de procédures communes, la mise en place d'évaluations de pratiques professionnelles porteuses, intrinsèquement, d'un projet d'amélioration des pratiques et non de comparaison jugeante.

Ces projets, écrits sous la responsabilité des chefs de pôle, devront intégrer la place des structures aidantes extérieures comme les EMSP et préciser les projets de patients destinés auxquels il est proposé un transfert en USP ou dans les unités disposant de lots identifiés de soins palliatifs.

Il paraît important d'introduire une transparence accrue dans ces procédures, à la fois pour répondre aux exigences d'évaluation de l'utilisation des fonds publics pour des moyens destinés à la pratique des soins palliatifs mais aussi pour permettre d'anticiper dans la sérénité des parcours - patient spécifiques vécus dès lors positivement par les patients concernés ainsi que par leur famille.

Pour ce faire, les responsables de pôles et cadres soignants doivent disposer d'informations adaptées sur les structures aidantes dans le domaine des soins palliatifs, accepter le principe d'un débat contributif avec celles-ci afin de construire un modèle de collaboration gagnante et s'engager à l'organisation d'une évaluation séquentielle reposant sur des procédures validées par la HAS.

### **B. Le maillage par des référents en soins palliatifs**

Pour consolider la démarche palliative au sein des pôles cliniques et des unités fonctionnelles, la convention constitutive du GHT N° 12 a inscrit comme prioritaire la mise en place de référents en soins palliatifs selon un maillage représentatif des besoins. Il est souhaitable que les fiches de missions des référents soient homogènes au sein du GHT et s'inscrivent dans l'esprit de la circulaire du 19/02/2002. La nomination des référents devrait se fonder sur la base du volontariat mais une attention particulière des projets de formation des pôles cliniques auxquels ces référents sont attachés devra s'exercer en direction des acquis de connaissance mais également de participation actions transversales portées par les porteurs des projets transversaux en soins palliatifs au sein du GHT.

### **C. Une transparence dans l'utilisation des lits identifiés de soins palliatifs**

Mis en place par le législateur depuis 2008, avec un objectif d'aide à la mise en place des soins palliatifs dans des services ou unités fonctionnelles amenés à accompagner plus fréquemment des patients en situation de fin de vie, les lits identifiés en soins palliatifs sont distribués sur le GHT en fonction des différentes autorisations accordées par les tutelles qui, elles-mêmes, reposent sur les demandes de moyens nouveaux par les services concernés.

Le principe du maintien des autorisations en LISP repose sur une juste utilisation de ce dispositif en faveur de patients en fin de vie. Il appartient aux législateurs de transmettre les grilles d'évaluation qui permettent de s'assurer de la bonne adéquation mais il revient aux acteurs de soins promoteurs des soins palliatifs au sein du GHT d'anticiper ces analyses en recommandant une démarche spécifique contractualisée. Le maillage territorial de référents en soins palliatifs servira d'appui logistique. Un rapport d'activité annuel sera une première étape standardisée dont le modèle actuel est donné en annexe.

### **D. La consolidation de la consultation en soins palliatifs**

Positionnée sur le site E.MULLER du GHRMSA elle enrichit la palette des propositions d'évaluation et de prestations de soins, disponibles pour les patients, tout au long de leur parcours. Des moyens spécifiques de diffusion d'information à l'adresse des professionnels du GHT devront être mis en place pour leur permettre de proposer des rendez-vous de consultation, invitant les acteurs à une démarche anticipative pour les patients dont ils ont la charge.

### **E. L'adaptation de l'USP aux besoins croissants**

L'USP comporte actuellement 9 lits. L'ouverture de 3 lits supplémentaires pour pouvoir répondre aux besoins croissants des demandes d'hospitalisations devra être étudiée.

## ***LA DIFFUSION DE LA CULTURE PALLIATIVE***

### **A. AU NIVEAU DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

Elle ne relève pas exclusivement des seuls professionnels engagés dans cette orientation spécifique du soin mais la particularité du sujet ne laisse aucun professionnel du soin indifférent à cette étape de la prise en charge des patients et les attentes des acteurs de santé sont importantes.

Directement sur le terrain les EMSP sont les premières concernées par la diffusion de leurs connaissances, autant dans le domaine du savoir-faire, que du savoir-être envers les soignants des différentes unités fonctionnelles où elles interviennent.

Pour être efficace, ce transfert des savoirs nécessite néanmoins des conditions optimales pour en faciliter l'appropriation par les équipes demandeuses, notamment une disponibilité reconnue et organisée par les encadrants, un temps d'échange interdisciplinaire, une capacité et une acceptation d'inscrire les recommandations des EMSP dans le projet de soins personnalisé du patient dès lors conjointement suivi. L'évaluation annuelle de ces échanges, des projets de soins personnalisés et de leur inscription dans les rapports d'activité seraient de nature à s'assurer de leur intégration.

Si le compagnonnage entre soignants au lit du malade est très opérant pour les soignants, le transfert des responsabilités des prescriptions médicales est souvent plus délicat à mettre en œuvre. Les médecins des équipes mobiles font et devront continuer à faire des propositions, mais les médecins en charge des patients restent les décideurs ultimes de leur application.

### **B. AU NIVEAU DU LE GRAND PUBLIC**

Il importera de poursuivre et d'accompagner l'intérêt du grand public pour la démarche palliative, de participer au débat contradictoire dans la presse, et les médias en général se font l'écho, à défendre les valeurs éthiques inhérentes à la démarche palliative, pour permettre l'émergence de choix lucides individuels et non influencés par des dogmes partisans. D'organiser, comme nous le faisons tous les ans des journées à thème type « Journée Mondiale de Soins Palliatifs » ou soirée-cinéma débat.

## ***LE NIVEAU RECHERCHE, DEVELOPPEMENT, DE FORMATION ET D'EVALUATION***

La formation des professionnels de santé élargie en charge de patients en situation de fin de vie est inscrite dans les différents dispositifs réglementaires par l'intermédiaire des plans de formation. Le projet médical partagé devra faire évoluer ceux-ci :

- en déclinant les différents prérequis réglementaires,
- en recensant les besoins exprimés par les soignants, en s'appuyant sur les relais que constituent les référents en soins palliatifs
- en intégrant les éventuelles mesures d'écart issues de l'évaluation des pratiques professionnelles lors des démarches de certification

# Cancérologie

## Synthèse du projet

### **Etat des lieux :**

L'activité de cancérologie au sein de la GHT 12 est de fait concentrée dans les structures du GHRMSA pour la cancérologie non chirurgicale – Pour la radiothérapie, la situation est relativement simple car l'activité se concentre sur le site de Mulhouse dans un seul service du pôle de cancérologie –

Pour les traitements systémiques, la situation est plus complexe : la prise en charge devenant depuis la création du GHRMSA monocentre toute en restant multi site . La modification récente des périmètres de l'établissement impose d'intégrer les différentes entités dans un ensemble organisé

Par contre la chirurgie carcinologique se répartit selon les secteurs d'activité entre le privé : clinique de Diaconat en particulier et les structures hospitalières publiques avec nécessité d'une prise en charge d'aval de ces patients dans les structures du GHRMSA.

L'intégration de cette filière privée d'aval dans un parcours de soins cohérents est également un enjeu majeur pour le projet médical de cancérologie du GHT.

Le projet médical de cancérologie du GHT 12 repose sur une mise en cohérence du parcours de soin du patient au sein d'une filière de cancérologie – commune malgré une prise en charge multi site et multi établissement en intégrant une réflexion de lien ville hôpital d'aval pour une aide au diagnostic et un réflexion d'amont pour une prise en charge de l'après cancer ( soins de support – surveillance ) ou de l'accompagnement de la phase métastatique du cancer : prise en charge thérapeutique et accompagnement de fin de vie ( enjeux des soins palliatifs précoces et terminaux) .

Une organisation commune de ce parcours de soins est une garantie d'homogénéité des pratiques donc d'efficacité et de sécurité pour les patients tout en valorisant l'activité.

Pour le moment, l'ensemble des activités de cancérologie – soumises à autorisation se retrouve au sein du GHRMSA sous différentes modalités.

## Le projet :

### Enjeux organisationnels

- **Organisation spécifique :**

L'activité qui est la plus impactée par le changement de périmètre est celle qui repose sur l'autorisation de chimiothérapie.

la question primordiale se résume à se demander s'il faut maintenir une chimiothérapie de proximité à Altkirch et/ ou à St Louis en prenant en compte les enjeux politiques, la plus-value réelle apportée aux patients et les difficultés médico économiques actuelles

- **Accessibilité aux soins :**

L'accessibilité pour tout patient doit être améliorée. Ce travail rejoint celui déjà évoqué au sein de la CHT avec la mise en place d'une filière de cancérologique.

- **Accessibilités aux innovations :**

- Biologiques et moléculaires :

L'évolution des thérapeutiques en cancérologie impose pour avoir une prise en charge correcte un accès facilité aux techniques de laboratoires de biologie moléculaire et de génétique. Il ne peut donc être construit de projet de cancérologie sans une description des accès à ces techniques.

- Techniques :

Le projet cancérologique de la GHT 12 doit intégrer les évolutions technologiques quel que soit la nature de l'activité.

- **Accessibilité à la recherche clinique**

La cancérologie a toujours été portée par les progrès thérapeutiques. A la base est la recherche industrielle et institutionnelle.

Le GHRMSA est un acteur important dans cette recherche particulièrement en hématologie et en pneumologie.

La recherche clinique nécessite de renforcer le partenariat avec les services medicotechniques de l'anatomopathologie et de la plateforme de biomoléculaire pour accéder aux études plus facilement. Mais cela nécessite surtout un temps médical dédié à la prise en charge des patients en étude thérapeutique.

Les liens avec la recherche industrielle dans notre région ont toute logique d'être renforcée.

### Enjeux structurants

#### Qualité et sécurité des soins :

- Respect des critères qualités liés à chaque référentiel
- Respect des critères INCA.
- Intégration d'une politique qualité au sein même des activités avec en particulier :

#### Mise en adéquation des moyens aux objectifs :

Aucun des points de ce projet ne pourra prendre véritablement sa valeur si en parallèle de l'analyse fonctionnelle et de la structuration il n'est pas fait un effort particulier sur

- Les effectifs médicaux :

Les effectifs médicaux en cancérologie sont un point de fragilité bien mis en évidence dans toutes les planifications. .

- Effectifs soignants :

Toute organisation rationnelle et positive pour la qualité et la sécurité des soins doit voir ce chapitre étudié avec rigueur. Ceci doit bien entendu être en cohérence avec les impératifs de l'établissement mais aussi en cohérence avec ceux des organisations.

## Parcours du patient et filière détaillée

### Etat des lieux :

L'activité de cancérologie au sein du GHT 12 est de fait concentrée dans les structures du GHRMSA pour la cancérologie non chirurgicale – Pour la radiothérapie, la situation est relativement simple car l'activité se concentre sur le site de Mulhouse dans un seul service du pôle de cancérologie – Pour les traitements systémiques, la situation est plus complexe : la prise en charge devenant depuis la création du GHRMSA monocentre toute en restant multi site . La modification récente des périmètres de l'établissement impose d'intégrer les différentes entités dans un ensemble organisé

Par contre la chirurgie carcinologique se répartit selon les secteurs d'activité entre le privé : clinique de Diaconat en particulier et les structures hospitalières publiques avec nécessité d'une prise en charge d'aval de ces patients dans les structures du GHRMSA.

L'intégration de cette filière privée d'aval dans un parcours de soins cohérents est également un enjeu majeur pour le projet médical de cancérologie du GHT .

Le projet médical de cancérologie du GHT 12 repose sur une mise en cohérence du parcours de soin du patient au sein d'une filière de cancérologie – commune malgré une prise en charge multi site et multi établissement en intégrant une réflexion de lien ville hôpital d'aval pour une aide au diagnostic et un réflexion d'amont pour une prise en charge de l'après cancer ( soins de support – surveillance ) ou de l'accompagnement de la phase métastatique du cancer : prise en charge thérapeutique et accompagnement de fin de vie ( enjeux des soins palliatifs précoces et terminaux)

Une organisation commune de ce parcours de soins est une garantie d'homogénéité des pratiques donc d'efficacité et de sécurité pour les patients tout en valorisant l'activité.

Pour le moment, l'ensemble des activités de cancérologie – soumises à autorisation se retrouve au sein du GHRMSA sous différentes modalités.

### Activités de cancérologie –présentes –au GHRMSA

La prise en charge carcinologique ne concerne que la population adulte – de plus de 18 ans – Le GHRMSA est établissement associé au HUS pour la prise en charge des enfants ( à préciser si c'est seulement HUS ou aussi Besançon).

- **CHIRURGIE**
  - **Activité soumise à autorisations**
    - Digestive
    - Gynécologique
    - Mammaire
    - Thoracique
    - Urologique
    - ORL et maxillo-facial
  - **Activité non soumise à autorisation**
    - Dermatologique
    - Reconstruction
  - **Chirurgie non autorisée**
    - Neurochirurgie : site présent à Colmar et HUS
    - Pédiatrique

- **CHIMIOThERAPIE :**

GHRMSA site de Mulhouse : 1 autorisation

- GHRMSA Site Altkirch 1 centre associé
- Nouvelle clinique des 3 Frontières 1 autorisation en cours de transformation en centre associé.

Au GHRMSA les activités de chimiothérapie sont réalisées par :

- Pôle de cancérologie et hématologie :
  - service d'oncologie : Unité conventionnelle et hôpital de jour
  - service d'hématologie : Unité conventionnelle et hôpital de jour
- Pôle Pathologies Digestives et Urologiques
  - Service de gastroentérologie : Unité conventionnelle et hôpital de jour
- Pôle Cœur Poumon Vaisseaux
  - Service de pneumologie : Unité conventionnelle et hôpital de jour
- Pôle REMEDIA
  - Service de dermatologie. : Unité conventionnelle et hôpital de jour

- **Radiothérapie :**

GHRMSA 1 autorisation dans le service de radiothérapie sur le site de Mulhouse au sein du pôle de cancérologie et hématologie.

- **Curiethérapie :**

Pas d'autorisation, patients adressés à Strasbourg seul centre Alsacien

- **Sources non scellées :**

GHRMSA site de Mulhouse :1 autorisation dans le service de médecine nucléaire au sein du pôle d'imagerie

### **Les activités transversales**

- **Soins palliatifs et prise en charge de la douleur**

Ce chapitre fait partie d'un volet propre dans le contexte d'une activité qui est partagée. Pour ce qui concerne le service présent au GHRMSA il est intégré dans le pôle de cancérologie et Hématologie. Pour autant cette activité ne peut pas se restreindre à la cancérologie.

- **SSR spécialisé en cancérologie-hématologie**

Une structure autorisée sur le site de Thann. Elle est intégrée dans le pôle de cancérologie et hématologie. Cette activité se doit d'être consolidée en faisant la part entre les besoins de SSR proprement dit et de soins palliatifs de long séjour.

- **Soins de support**

Une coordination des soins de support est en place avec une vocation territoriale, intra et extra hospitalière en collaboration étroite avec le 3C.

- **Centre de coordination en cancérologie-3C**

Cette structure à une vocation d'organisation et de contrôle qui s'étend à tout le secteur sanitaire avec une emprise sur les établissements publics et privés.

Les RCP sont en particulier communs et toutes les actions de contrôle et d'améliorations se font avec cet objectif global.

Activité transversale en relation avec le réseau territorial RODA et « régional » : CAROL

- **Unité de recherche clinique centralisée**

- Autres activités transversales
  - **Oncogénétique** - possibilité d'une prise en charge locale
  - **Oncogériatrie** : 1 médecin avec compétence d'oncogériatrie – besoins non couverts – médecins en cours de formation
  - **CECOS** : sans unité reconnue de plateforme clinicobiologie de préservation de la fertilité - HUS – à vérifier

### Les chiffres :

Activités/Années	2013	2014	2015	2016
Chimiothérapie	13606	12896	13154	17133
Chirurgie digestive	181	166	185	190
Chirurgie gynécologique	62	69	72	70
Chirurgie mammaire	181	207	260	256
ORL	43	54	50	51
Chirurgie thoracique	73	61	57	81
Chirurgie urologique	132	156	158	176
Radiothérapie	22114	25172	24001	24430

L'ensemble des activités respecte les seuils d'autorisation.

Certaines activités sont en forte et constante augmentation ce qui va peser dans la construction du projet afin de répondre aux besoins et de consolider les organisations.

### Activités de Altkirch et de St Louis

#### Le projet :

#### Enjeux organisationnels

- **Organisation spécifique :**

L'activité qui est la plus impactée par le changement de périmètre est celle qui repose sur l'autorisation de chimiothérapie.

la question primordiale se résume à se demander s'il faut maintenir une chimiothérapie de proximité à Altkirch et/ ou à St Louis en prenant en compte les enjeux politiques, la plus-value réelle apportée aux patients et les difficultés médico économiques actuelles

Si le maintien est opérant dans une ou dans les 2 structures, l'organisation à privilégier est de conforter le rôle de centre de référence du site autorisé de Mulhouse – et de préciser le rôle de centre associé : pour Altkirch et pour St Louis. Il apparaît cohérent dans un projet qualité de concentrer les moyens médicaux dans le centre autorisé et de déléguer un temps médical en fonction des besoins dans le centre associé – en gérant un temps d'ouverture des hôpitaux de jours respectifs selon l'activité réelle de chimiothérapie – la permanence de soins étant assurée par l'équipe prenant en charge la patient au centre de référence.

Si la solution d'un traitement délégué est retenu soit confier un patient à un médecin de la structure du centre associé - il est impératif

- Respecter les critères d'autorisation pour les structures que ce soit pour la structure de référence et les centres associés.
- Etablir une organisation commune intégrant toutes les étapes de la prise en charge : phase initiale, réévaluation, changement de stratégie, et surveillance post thérapeutique en réfléchissant sur un dossier commun permettant une mutualisation des décisions en temps réel

- **Accessibilité aux soins :**

L'accessibilité pour tout patient doit être améliorée. Ce travail rejoint celui déjà évoqué au sein de la CHT avec la mise en place d'une filière de cancérologique.

Ceci comprend la description et l'optimisation de chaque étape :

- Diagnostic
- Traitement
- Surveillance
- Soins de support
- Réinsertion
- Soins palliatifs

Pour chaque point devra être évalué les organisations, les optimisations puis les moyens qui devront être attribués après arbitrage.

- **Accessibilités aux innovations :**

- Biologiques et moléculaires :

L'évolution des thérapeutiques en cancérologie impose pour avoir une prise en charge correcte un accès facilité aux techniques de laboratoires de biologie moléculaire et de génétique. Il ne peut donc être construit de projet de cancérologie sans une description des accès à ces techniques. Pour certaines elles devront faire l'objet de recours à une plateforme. Pour d'autres elles devront être assurées localement. Il faudra donc établir en lien avec le pôle de biologie une cartographie des techniques et établir des organisations en regard.

- Techniques :

Le projet cancérologique de la GHT 12 doit intégrer les évolutions technologiques quel que soit la nature de l'activité.

Ceci concerne particulièrement l'activité de radiothérapie dont la lourdeur des investissements oblige à tenir compte avec anticipation des opportunités et des virages technologiques (radiothérapie stéréotaxique, radiothérapie 4D).

- **Accessibilité à la recherche clinique**

La cancérologie a toujours été portée par les progrès thérapeutiques. A la base est la recherche industrielle et institutionnelle.

Le GHRMSA est un acteur important dans cette recherche particulièrement en hématologie et en pneumologie.

Cette activité doit être développée volontairement au niveau des structures repérées comme en difficulté avec discussion d'un partenariat possible entre les services d'oncologie de Mulhouse et de Colmar pour faciliter l'accès aux études par un accroissement potentiel du recrutement patient.

La recherche clinique nécessite de renforcer le partenariat avec les services medicotechniques de l'anatomopathologie et de la plateforme de biomoléculaire pour accéder aux études plus facilement. mais cela nécessite surtout un temps médical dédié à la prise en charge des patients en étude thérapeutique.

Les liens avec la recherche industrielle dans notre région ont toute logique d'être renforcée.

La participation à des projets institutionnels est prédominante en radiothérapie et l'avancement des projets en stéréotaxie et en radiothérapie 4D permettra de rejoindre des groupes de travail que nous avons été contraints d'ignorer faute d'accès aux techniques requises.

## Enjeux structurants

### Qualité et sécurité des soins :

- Respect des critères qualités liés à chaque référentiel
- Respect des critères INCA.
- Intégration d'une politique qualité au sein même des activités avec en particulier :
  - Structuration et facilitation des déclarations d'évènements indésirables
  - Structuration des CREX
  - Structuration des RMM
  - Analyse de processus et analyse de risque a priori lors de la mise en place de toutes nouvelles techniques.

Ceci se fera en lien étroit avec la direction qualité de l'établissement

### Mise en adéquation des moyens aux objectifs :

Aucun des points de ce projet ne pourra prendre véritablement sa valeur si en parallèle de l'analyse fonctionnelle et de la structuration il n'est pas fait un effort particulier sur :

- Les effectifs médicaux :

Les effectifs médicaux en cancérologie sont un point de fragilité bien mis en évidence dans toutes les planifications. Pour la GHT 12 il existe un sous-effectif classique sur les effectifs d'oncologues et de fragilité en radiothérapie. Une difficulté est également visible en hématologie et dans les autres structures du GHRMSA.

La pyramide des âges laisse augurer le renforcement des difficultés. Si une politique ambitieuse de recrutement n'est pas mise en place en parallèle avec les modifications organisationnelles cela fragilisera ou au pire annulera tous les efforts.

- Effectifs soignants :

Toute organisation rationnelle et positive pour la qualité et la sécurité des soins doit voir ce chapitre étudié avec rigueur. Ceci doit bien entendu être en cohérence avec les impératifs de l'établissement mais aussi en cohérence avec ceux des organisations.

## Gynécologie-Obstétrique

### Pourquoi un PMP en Périnatalité ?

- Pour une prise en charge commune et graduée du patient sur le territoire de Haute Alsace en obstétrique, en gynécologie et en néonatalogie
- Pour assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité
- Pour préciser des filières de soins lisibles
- Pour définir la nature des soins en centres de proximité, de référence et de recours
- Pour améliorer la prise en charge de la vulnérabilité et de la précarité
- Pour renforcer la prévention en gynécologie et en obstétrique

### Comment ?

- En définissant des filières de soins et des parcours patients ;
- En précisant la nature des soins offerts en centres de proximité, de référence et de recours ;
- En poursuivant les mutualisations et les complémentarités ;
- En rendant lisible l'offre de soins selon les sites.

### Objectifs

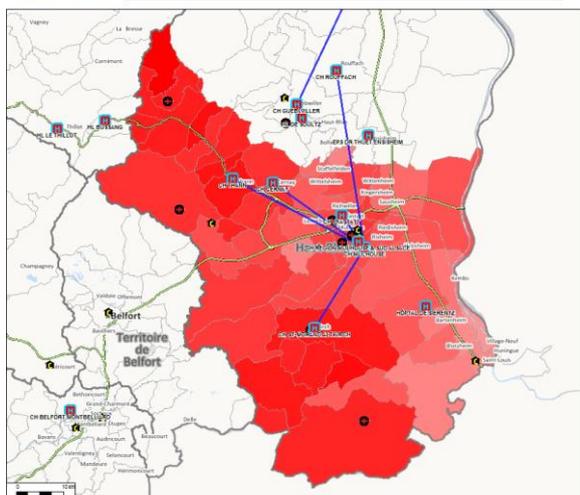
- Définir des filières de soins et des parcours patients
- Rendre lisible l'offre de soins graduée selon les sites
- Développer les collaborations, les mutualisations, les complémentarités

### Etat des lieux

Les établissements du GHRMSA prennent en charge 67.1% des séjours d'obstétrique, pour un taux de fuite de 3.1%.

Le nombre de naissance s'est par ailleurs élevé en 2016 à 3529, réparties de la façon suivante :

 Part de marché du GHT (zone principale d'influence)



PMSI 2015 - Abth, BDHF-FHF

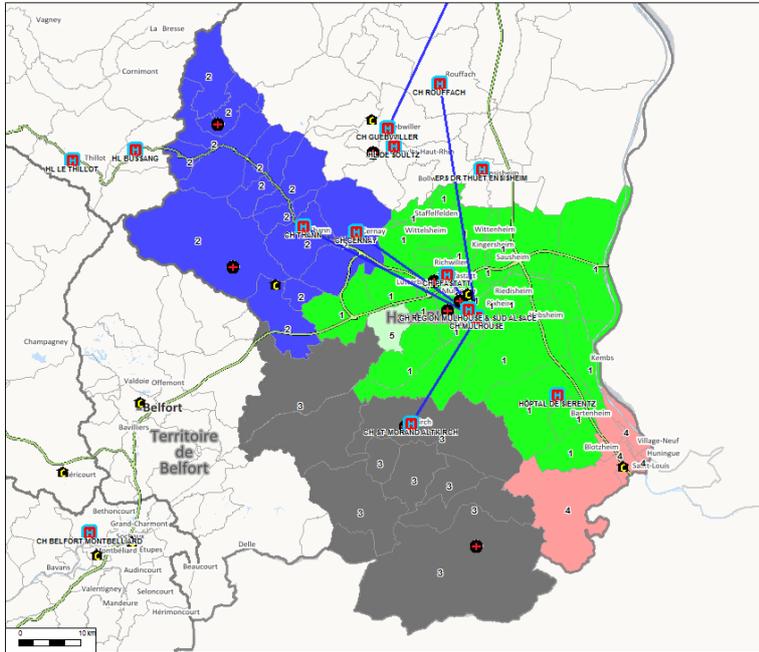
Nombre de naissances	
Mulhouse	<b>2746</b>
Altkirch	<b>406</b>
Thann	<b>377</b>

Part de marché du GHT

	31.2% (pdm mini sur la zone : 68128 VILLAGE NEUF)
	74.1% (pdm 68100 MULHOUSE)
	100% (pdm maxi sur la zone : 68820 KRUTH)

Les différentes structures du GHRMSA sont implantées dans leur territoire.

**FHF Leader par zone géographique**

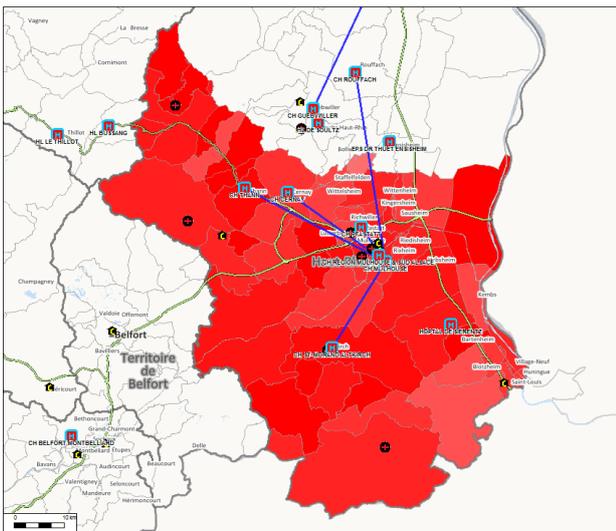


- Etablissement leader
- 1 : GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL DU HASENRAIN\*\*
  - 2 : GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL DE THANN\*\*
  - 3 : CTRE HOSPIT ST-MORAND ALTKIRCH
  - 4 : NOUVELLE CLINIQUE DES TROIS FRONTIERES
  - 5 : CLIN ST SAUVEUR MULHOUSE

PMSI 2015 - Aih, BDHF-FHF

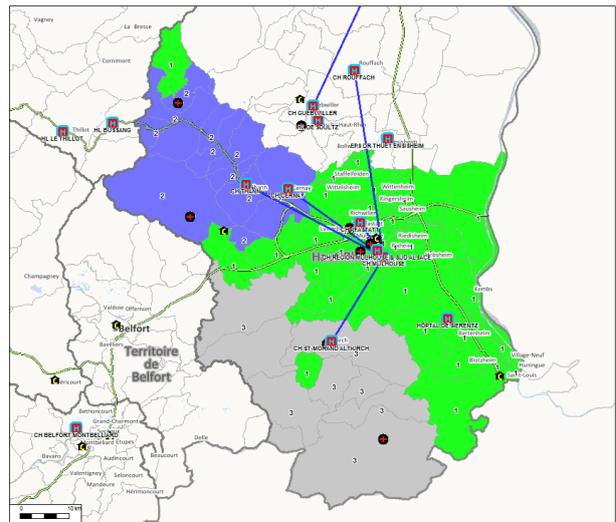
En obstétrique, pour les séjours sans nuitée, les parts de marché du GHRMSA s'élèvent même à 84.1%, avec un taux de fuite de 4.9%.

**FHF Part de marché du GHT (zone principale d'influence)**



PMSI 2015 - Aih, BDHF-FHF

**FHF Leader par zone géographique**

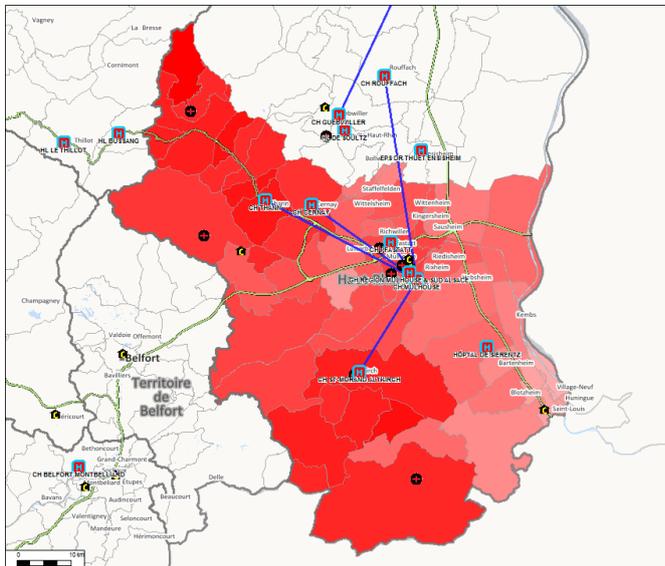


PMSI 2015 - Aih, BDHF-FHF

- Etablissement leader
- 1 : GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL DU HASENRAIN\*\*
  - 2 : GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL DE THANN\*\*
  - 3 : CTRE HOSPIT ST-MORAND ALTKIRCH

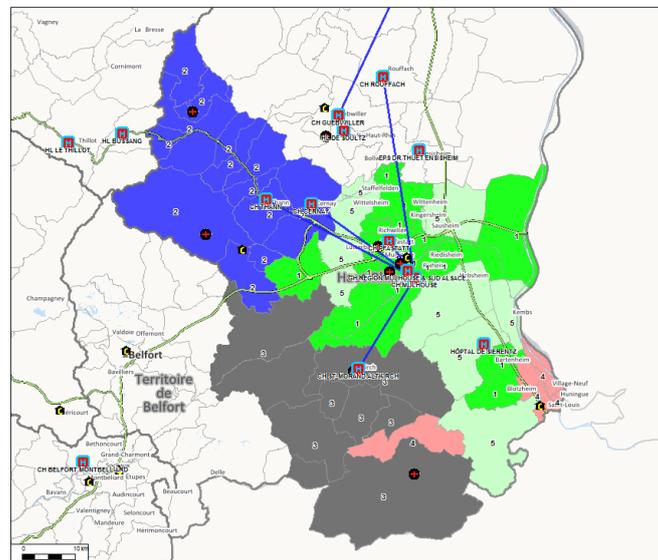
En obstétrique, avec nuitées, le taux de recours aux structures du GHRMSA redescend à 63.1%.

**FHF** Part de marché du GHT (zone principale d'influence)



PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

**FHF** Leader par zone géographique



PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

Etablissement leader

- 1: GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL DU HASENRAIN\*\*
- 2: GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL DE THANN\*\*
- 3: CTRE HOSPIT ST-MORAND ALTKIRCH
- 4: NOUVELLE CLINIQUE DES TROIS FRONTIERES
- 5: CLIN ST SAUVEUR MULHOUSE

**Focus sur les différentes maternités du GHRMSA**

**1. Maternité de Thann - type I**

**Les points forts**

- Le niveau des compétences médicales (obstétriciens, anesthésistes, pédiatres)
- Salle de bloc opératoire dédiée contiguë à la salle d'accouchement (avril 2016 cf certification)
- Offre diversifiée de l'activité externe: prénatales, entretien prénatal, échographies, adolescentes, planification, orthogénie, rééducation, Consultation avancée en cancérologie, préparation naissance, anesthésie, vulnérabilité, etc...
- Présence du Réseau ville-Hôpital Thur-Doller
- Bloc opératoire opérationnel pour la chirurgie

**Les faiblesses**

- Démographie médicale : Gynécologue-Obstétricien, anesthésiste et pédiatre
- Pédiatre néonatalogie d'astreinte à distance
- Délai césarienne en urgence 30'
- Difficultés pour gérer 2 urgences simultanément (obstétricales et/ou gynécologiques chirurgicales)

- ambulatoire
- Respect de la proportion des indications en chirurgie ambulatoire
- Culture de la gestion des risques: EPP, CREX, RMM, accréditation GO

## **2. Maternité d'Altkirch - type I**

### **Les points forts**

- Le niveau des compétences médicales, la solidarité médicale
- La volonté des équipes de maintenir une activité gynécologique et obstétricale
- Une permanence des soins assurée sans discontinuité avec recours ponctuel aux PH de Mulhouse (Gynécologues et Pédiatres)
- Une salle de bloc opératoire dédiée contigüe à la salle d'accouchement
- Une activité de consultations externes développée sauf pour les consultations avancées
- Respect de la proportion des indications en chirurgie ambulatoire
- PRADO développé (80%)
- La disponibilité du chirurgien viscéral
- Une attractivité récemment plus large (Belfort)
- Acheminement rapide du sang

### **Les faiblesses**

- Démographie médicale : Gynécologue-Obstétricien, anesthésiste et pédiatre
- Pédiatre néonatalogie d'astreinte à distance
- Chirurgie en HC classique, conventionnelle.

## **3. Maternité de Mulhouse - type III**

### **Les points forts**

- Le niveau des compétences médicales avec sur-spécialisations
- Attractivité médicale: type 3, Plateaux techniques, recrutement potentiel d'assistant de CHU
- Le GHRMSA ( ressources humaines et équipement)
- Projet EM3
- Un bloc opératoire dédié avec un personnel performant e adapté à la spécialité
- césarienne urgente : délai inférieur à 15 mn
- Un bloc de césarienne contigu à la salle de naissance avec possibilité de réaliser 2 césariennes simultanément
- EFS à proximité (site du Hasenrain)
- Offre diversifiée de l'activité externe: consultations prénatales, entretien prénatal, échographies obstétricales: adolescentes, planification, orthogénie, rééducation, infertilité, cancérologie, troubles de la statique pelvienne, préparation naissance, anesthésie, vulnérabilité
- Clinique du sein
- Projet de filière pour les cancers pelviens
- Antenne du CPDPN (diagnostic prénatal)
- Don du sang placentaire

### **Les faiblesses**

- Age moyen des gynécologues et anesthésistes élevé
- Dispersion de l'équipe sur 4 sites
- Vétusté des locaux (attente ouverture d'EM3)

- Un fort engagement dans la chirurgie ambulatoire
- Culture de la gestion des risques: EPP, CREX, RMM, accréditation HAS des GO

### **Propositions pour une offre de soins de qualité et sécuritaire**

- Sécuriser les prises en charge en tenant compte des problématiques de démographie médicale,
- Développer l'activité externe et ambulatoire pour assurer une offre publique sur l'ensemble du territoire afin de garantir une égalité d'accès aux soins et conforter l'offre de proximité.
- Organiser un accueil de jour pour les consultations non programmées dans les maternités
- Maintenir et développer les relations ville-Hôpital (Réseau)
- Maintenir les relations avec le CHU
- Favoriser le retour rapide à domicile : PRADO & HAD
- Culture commune de la gestion des risques
- Devenir un hôpital d'expérimentation de l'Accouchement ambulatoire
- Développer des filières de cancérologie et fertilité

## Filière Handicap

### Synthèse du projet

En référence à la LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le système de santé doit pouvoir proposer aux personnes en situation de handicap, l'accès aux soins sans restriction.

Cependant, l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap peut parfois relever d'un parcours périlleux, voire impossible selon les domaines de consultation.

Afin que l'accès aux soins soit mieux identifié et donc plus lisible pour toutes les personnes en situation de handicap, la filière Handicap se positionne comme une ressource indispensable éclairante, facilitante et accompagnante (sur l'ensemble du GHT).

La mise en place d'une telle filière doit permettre de repérer les besoins spécifiques de la personne à tous les niveaux de l'organisation du GHT et en particulier en amont de la prise en charge pour que l'accès aux soins soit organisé auprès du professionnel de santé accueillant.

Les portes d'entrées dans le parcours de soins sont identifiées par 3 portails principaux que sont les urgences, les consultations et les hospitalisations programmées. De ce point de départ dépendra la prise en soins, l'orientation et l'accompagnement de la personne vers les différents relais pressentis. Un numéro de téléphone unique d'accès à cette filière paraît indispensable avec prise des informations protocolisées.

Un état des lieux indispensable: c'est en ayant une connaissance des capacités (architecturale, des ressources matérielles et humaines) des structures d'accueil que pourra se développer une organisation cohérente du parcours du patient dans la filière handicap. D'un point de vue organisationnel, l'identification de locaux accessibles et équipés ainsi que la possibilité de recourir à du matériel adapté identifié pour réaliser les actes nécessaires est prioritaire. La possibilité de recours à de l'accompagnement humain, aussi bien en soignant qu'en professionnel de la communication (ex langage des signes, interprètes, pictogramme,...), doit également être identifié.

Du personnel formé : des professionnels formés aux handicaps doivent pouvoir identifier les besoins organisationnel, matériel et humain lors de la demande de rendez-vous. De cette préparation dépendra le bon déroulement de toute la prise en soins de l'accueil (locaux accessibles, matériel adapté à disposition, plage horaire élargie, soignant supplémentaire, accompagnant familial, interprète, ...) à l'orientation vers les structures spécialisées et les structures relais. Ces professionnels de terrain pourront soit être confronté à une personne non enregistrée dans la filière handicap ( ex de l'accès par les urgences) et agir dans l'immédiateté, soit intervenir en amont de l'accueil avec un rôle d'organisation depuis le lieu de vie (besoins spécifiques matériels, lieux, temps,...) et d'accompagnement lors du passage dans la structure de soins.

File active patient : L'identification des personnes handicapées entrant dans cette « filière handicap » permettra également des transmissions efficaces des besoins spécifiques pour son accueil aux différents niveaux de son parcours de soins.

Les besoins spécifiques émergeront de l'état des lieux et de la déclinaison sur le terrain de cette filière handicap. Des secteurs, déjà identifiés au niveau national, sont particulièrement touchés par la difficulté d'accès aux soins pour les pH : gynécologie, soins dentaires par exemple. D'autres secteurs sont confrontés à des difficultés techniques par absence ou méconnaissance de matériel adapté (aides techniques) qui pourront également être identifiés et faire l'objet d'acquisition. Dans tous les cas, une adaptation du temps de consultation est indispensable soit pour des besoins fonctionnels de mobilisation/déshabillage/habillage, durée du soin, soit pour apporter des explications permettant la compréhension pour le patient en situation de handicap et ses aidants.

### Des moyens nouveaux pour la filière handicap :

Une coordination de cette filière est indispensable pour mener à bien sa mise en place et sa pérennisation.

Une équipe d'organisation coordinatrice d'accès aux soins (locaux, consultations regroupées pluri praticiens, gestion de la durée, besoin en matériel spécifique, communication,...), de gestion de matériels, d'accompagnement, de prise de relais est à mettre en place afin d'assurer le fonctionnement d'une filière handicap.

A terme, la filière Handicap doit permettre de créer un réseau de structures partenaires pouvant répondre à l'accès aux soins depuis le lieu de vie de la personne vers les professionnels de santé libéraux ou des structures sanitaires médico-sociales et sociales. Ainsi, les personnes en situation de handicap pourront profiter d'un parcours coordonné limitant la multiplication d'actes par manque de lisibilité sur leur état, en ayant identifié les personnes « expertes ». La centralisation des informations à travers une « filière handicap » unique doit également permettre au plus grand nombre de personnes en situation de handicap, de trouver une réponse (prévention, soins et suivis) à leurs besoins sans que certaines spécialités relève de l'urgence.

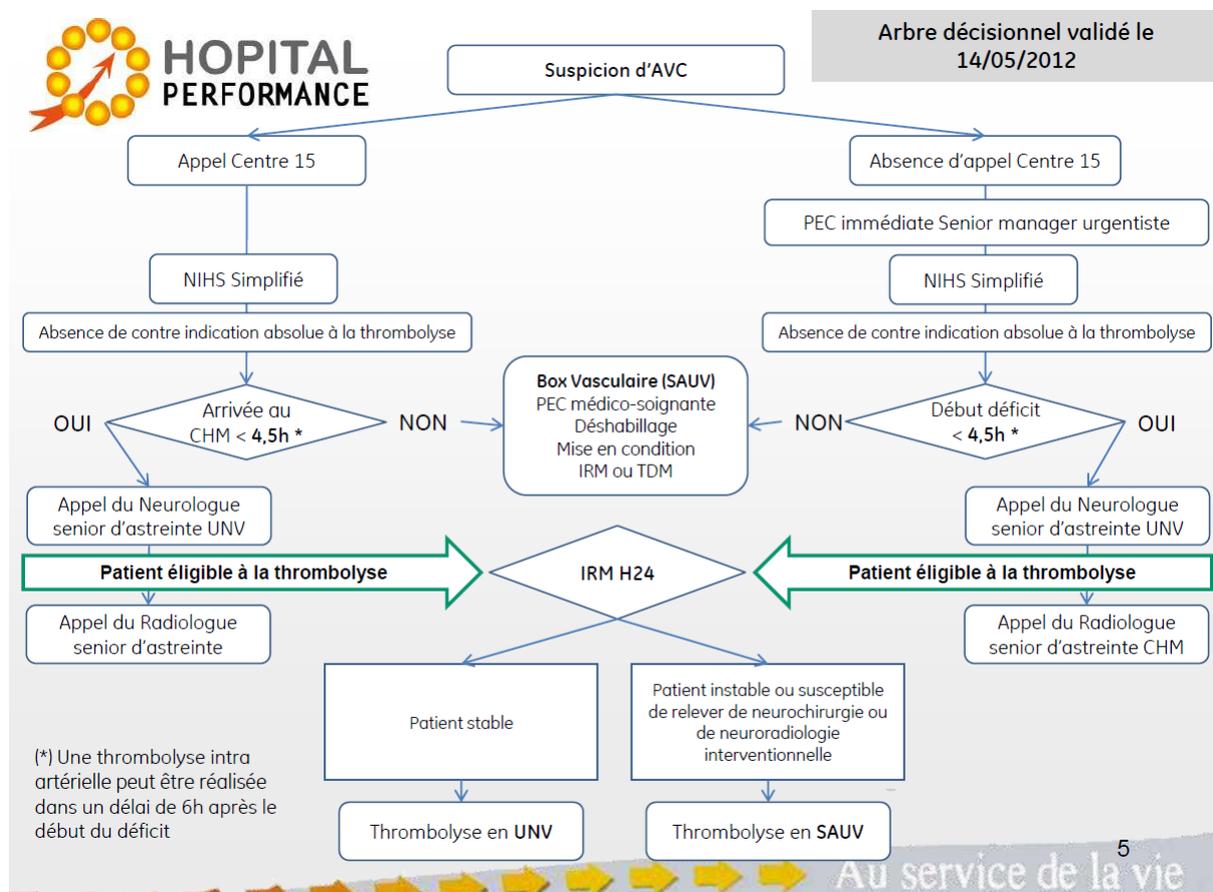
Cette filière handicap renforcera la mise en place d'accompagnement personnalisé, et donc de projet de vie pour les personnes en situation de handicap, par une meilleure lisibilité d'accès aux ressources spécifiques liées à leurs besoins.

## Filière AVC

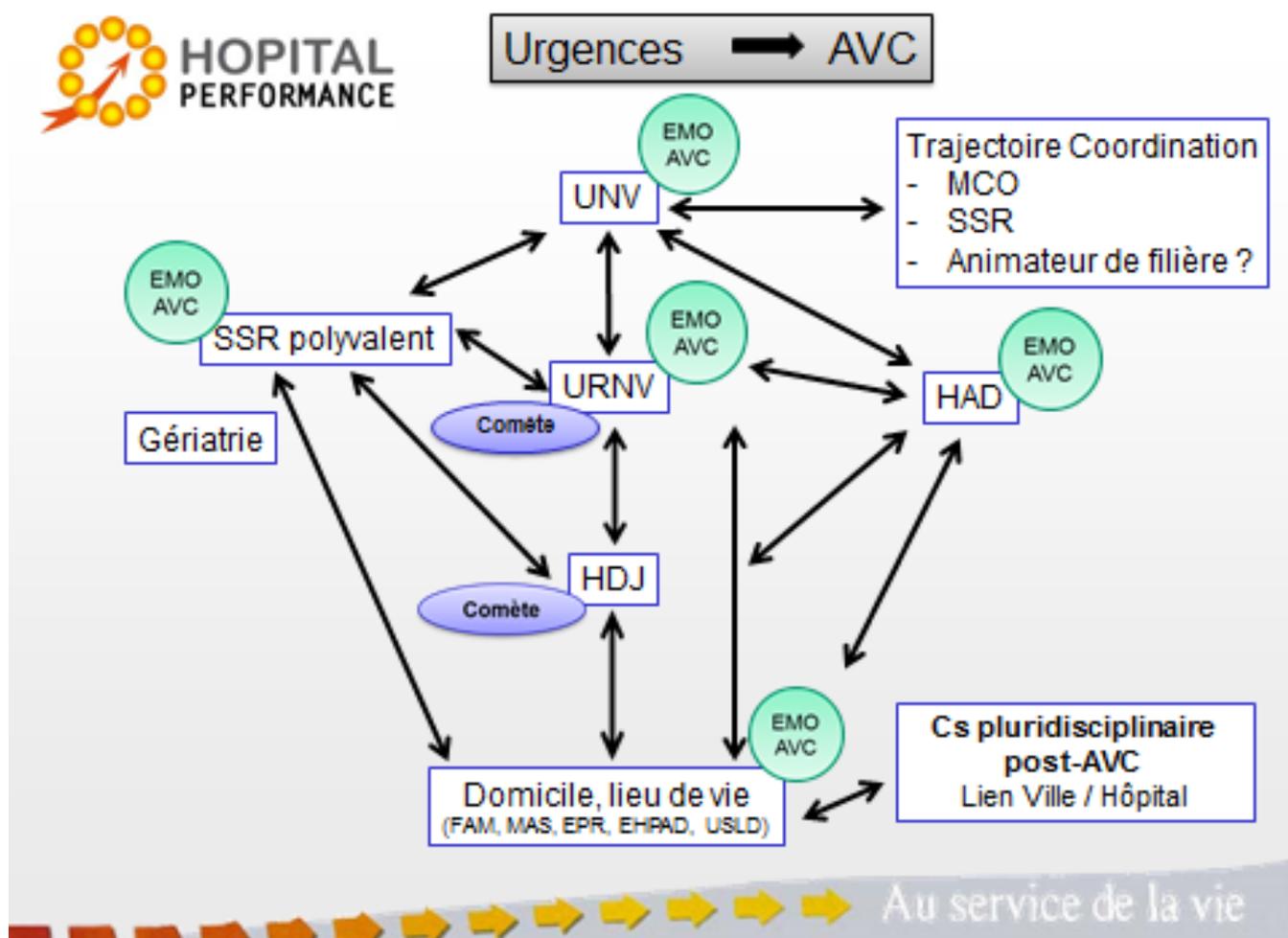
### Synthèse du projet

**Objectifs de la filière AVC :** Améliorer la prise en charge et faciliter l'accès aux soins

**Parcours de soins :** dynamique du préhospitalier au lieu de vie



En UNV, l'orientation des patients vers les autres structures est faite selon les critères de la SOFMER 2011.



### Propositions :

1° mise en place d'un animateur de filière

2° mise en place d'un comité de pilotage de la filière AVC: suivi des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, définition et suivi des axes prioritaires d'amélioration

3° créer un répertoire opérationnel des ressources « ROR »: recensements des moyens et des compétences disponibles en temps réel.

## Parcours et filière détaillée

### **Améliorer la prise en charge des patients victimes d'AVC et l'accès aux soins sur le territoire du GHT 12**

1° augmenter le nombre de patients pouvant bénéficier d'une thrombolyse en facilitant la fluidité de la filière (disponibilité en lits UNV)

2° faire bénéficier au patient des soins qui lui sont le plus adaptés : « le bon patient, au bon endroit, au bon moment »

3° améliorer la fluidité du parcours de soins depuis la phase pré-hospitalière jusqu'à son lieu de vie : faciliter l'accès aux soins

### **Ressources et compétences au sein du GHT12:**

Le GHT 12 est l'acteur principal incontournable dans la prise en charge des patients victimes d'AVC au sein de son territoire de rattachement de par la diversité des compétences et des modes de prise en charge :

- Unité neurovasculaire
- Pôle MPR-Douleur-Rhumatologie du site de Mulhouse et de Saint-Louis
- SSR et EHPAD du Pôle de Gériatrie du site de Mulhouse
- SSR et EHPAD du site d'Altkirch
- SSR et EHPAD du Pôle de Gériatrie Thur-Doller (SSR et EHPAD de Cernay, EHPAD de BLT-Cernay et Thann)
- SSR et EHPAD du CH de Pfastatt
- SRR et EHPAD du site de Sierentz
- EHPAD du site de Rixheim

### **D'autres établissements ou structures hors GHT12 participent également à la prise en charge des AVC :**

- Le centre de réadaptation de Mulhouse (unité des cérébro-lésés)
- Un service d'hospitalisation à domicile
- Le SSR de Jungholz
- Le SSR de Sentheim
- Le SSR de Masevaux

### **Hors GT12 :**

- Neurochirurgie du CH de Colmar
- Neuroradiologie interventionnelle du CH de Colmar

### **A - Une unité neurovasculaire :**

Le GHT 12 dispose d'une unité neuro-vasculaire depuis septembre 2004 comportant 4 lits de soins continue neuro-vasculaire et 11 lits neuro-vasculaires.

Un avis neurovasculaire est mis à disposition 24h/24h et 7j/7 pour tout patient suspect d'AVC.

Une procédure a été mise en place avec le SAMU et le service des urgences et la radiologie.

Une possibilité de télétransmission des images est possible avec le service de neuroradiologie et de neurochirurgie du GHT11.

Nombres de thrombolyses IV en 2016 : 109 (en 2015 : 88 )

### **B - Le Pôle MPR-Rhumatologie-Douleur :**

Le Pôle MPR-Rhumatologie dispose des ressources et des compétences nécessaires pour accompagner les patients victimes d'AVC depuis la phase subaiguë jusqu'à la phase de réinsertion sociale et professionnelle. Il peut se décliner en plusieurs entités :

- Un secteur d'hospitalisation complète : unité d'éveil, unités de soins conventionnelles spécialisées en rééducation neurologique (unité de rééducation neuro vasculaire), SSR polyvalent, Unité SSR dédiée aux états végétatifs et pauci-relationnels.

- un secteur d'hospitalisation de jour

- un Centre d'accompagnement médico-social des patients en situation de handicap après cérébro-lésion.

- une Maison d'Accueil Spécialisé

- un Centre d'information et conseil en aides techniques(CICAT)

- un programme d'éducation thérapeutique ciblé (spasticité...)

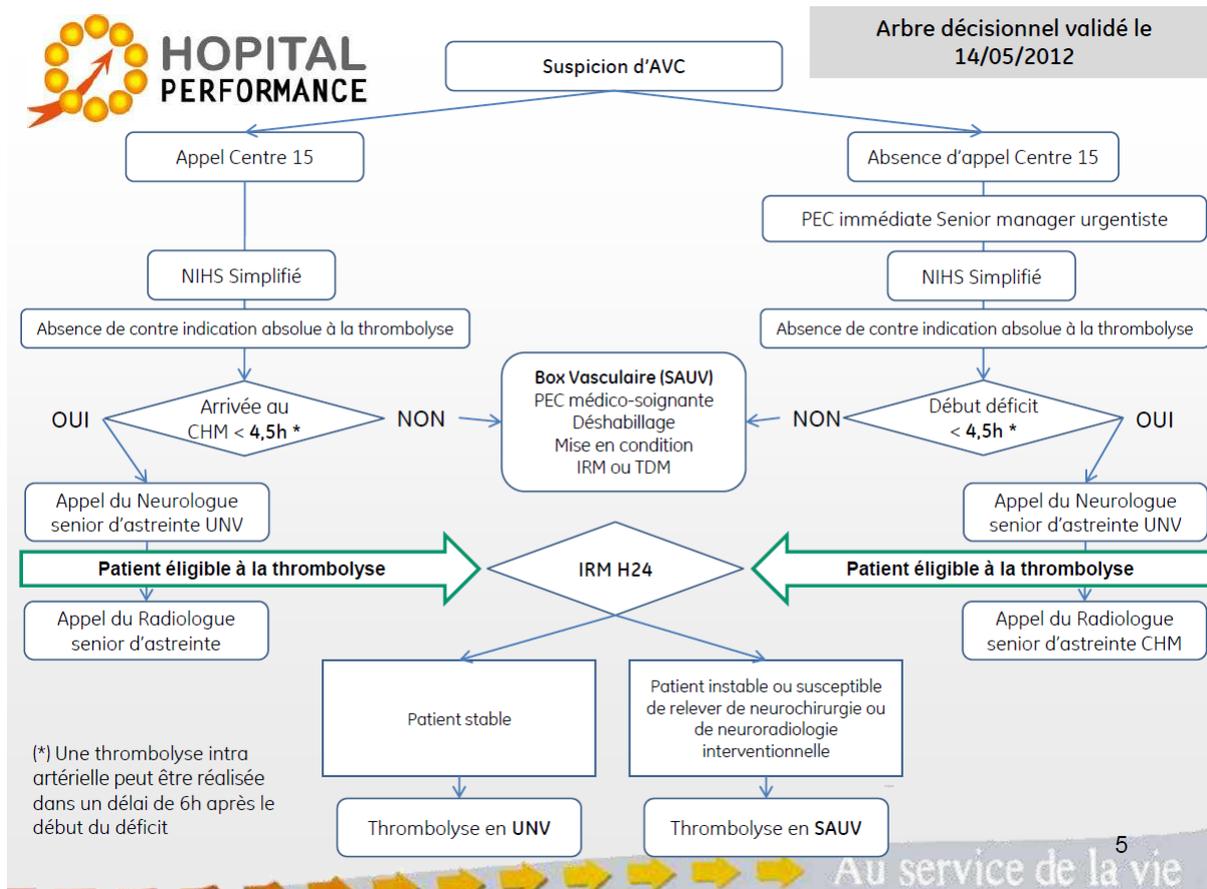
- en lien également avec une HAD avec possibilité de rééducation à domicile

- une Antenne Comète : accompagnement précoce pour le retour à l'emploi

**Le pôle est en lien avec des dispositifs extérieurs médico-sociaux de maintien à domicile hors GHT12 :** SAMSAH, SAVS, SAVA, appartements grande dépendance, maisons des 4, accueil de jour.

**Description des moyens de chaque site du GHT12 :** à compléter par chaque acteur de chaque site concerné

### C - Parcours de soins : dynamique du préhospitalier au lieu de vie :



L'arbre décisionnel validé par l'ARS reste d'actualité, il convient de rajouter que les indications de la thrombectomie mécanique qui était limitée en 2013, suite aux études publiées en 2015 et 2016, ont conduit à retenir comme éligible de nombreux patients ; Toutefois le nombre de bénéficiaires est réduit en raison de structures neuro-interventionnelles insuffisantes sur l'ensemble du territoire national comme sur les GHT 11 et 12.

A partir de l'UNV, le triage des patients se fait à partir des critères de la Société Française de Médecine Physique et Réadaptation définis dans le document « **parcours de soins en MPR : le patient après AVC** » A.P. Yelnick et al. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 54 (2011) 506-518

Ces critères tiennent compte du potentiel de récupération, de l'état cognitif, de l'aptitude à l'effort et de l'environnement humain et architectural du patient.

Catégories de patients	Catégorie I	Catégorie II	Catégorie III	Catégorie IV
Déficiences	Une déficience autonomie de marche aphasie motrice ou déficit brachio-facial ou HLH ou ataxie discrète	Plusieurs déficiences (Hplégie et/ou aphasie et/ou NSU et/ou dysphagie..) ou déficit de la marche	Plusieurs déficiences Dont au moins des troubles cognitifs et: ou tbles du comport.	Plusieurs déficiences LIS EVC EPR
Type d'AVC	AVC unilatéral	AVC unilatéral	AVC hémisphérique total ou bilatéral ou multiples	AVC bi-hémisphériques ou du tronc cérébral
Pronostic d'autonomie	Autonome	Autonomie probable	Autonomie partielle ou impossible	Autonomie impossible
Type de PEC Variable selon des facteurs personnels et environnementaux	Libérale ou HDJ SSR spécialisé ou HC SSR spécialisé	HC (1 à 4 mois) SSR spécialisé puis HDJ SSR spécialisé ou HAD rééducation ou libéral + EMO +/- SAMSAH ou SSR polyvalent ou SSR gériatrique	HC (2 à 6 mois) en SSR spécialisé ou SSR polyvalents (à la place ou après le SSR spécialisé) ou SSR gériatrique	SRPR puis SSR spécialisé puis RAD ou FAM ou MAS ou EHPAD

Une orientation est faite par le neurologue référent et/ou le MPR selon la situation et les besoins : SSR spécialisé Unité de Rééducation Neurovasculaire du Pôle MPR-D-R ou SSR polyvalent proche du lieu de vie du patient ou retour à domicile avec HAD, voire sortie directe en HDJ de rééducation si les besoins et l'environnement le permettent.

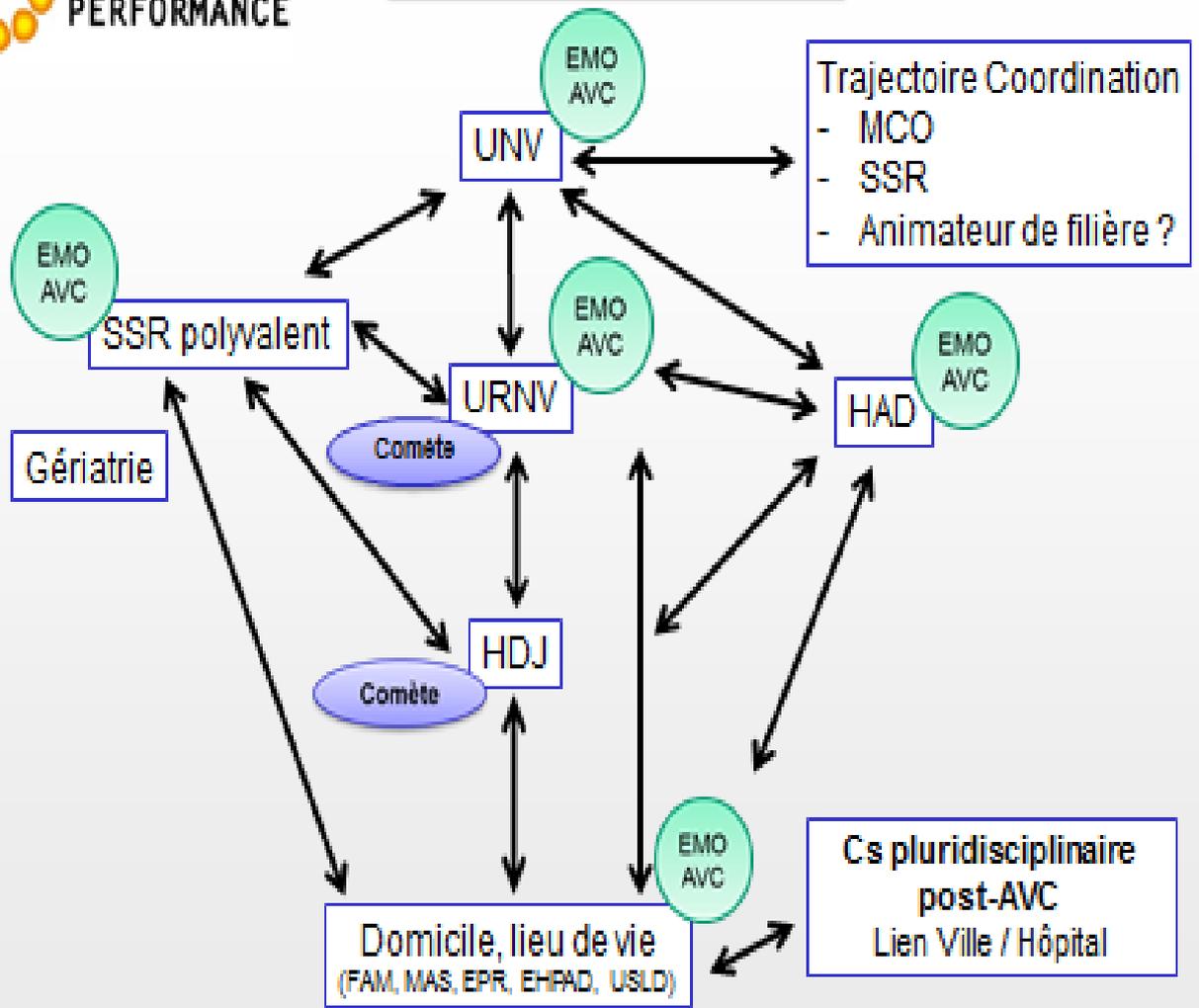
Selon l'évolution et les besoins en rééducation, le patient pourra dans un deuxième temps être réorienté de l'URNV vers les SSR polyvalents proches du lieu de vie ou l'inverse si le patient nécessite une rééducation plus intensive.

A partir des SSR spécialisé URNV ou polyvalents, la sortie est organisée vers le lieu de vie habituel ou EHPAD, USLD, MAS, FAM en tenant compte des besoins et souhaits du patient, de la famille.

Les patients qui le nécessitent pourront bénéficier d'une hospitalisation de jour afin de poursuivre une rééducation pluridisciplinaire.

Enfin, tous les patients seront revu à distance de l'hospitalisation en consultation spécialisée post-AVC mises en place depuis septembre 2016 afin d'évaluer la maladie vasculaire, d'assurer la meilleure prévention secondaire et d'établir un pronostic fonctionnel et cognitif.

Urgences → AVC



Au service de la vie

## **D - Propositions :**

1° mise en place d'un animateur de filière : personne (médical ou paramédical [de l'Equipe Mobile AVC ?]) formée en MPR dont les missions peuvent être les suivantes :

- lien entre les structures de soins, médico-sociales, acteurs libéraux, association de patients
- cartographie des lits dédiés AVC dans les structures (SSR spécialisés et polyvalents du GHT 12)
- diffusion de protocoles et documents utiles lors des différentes étapes du parcours de soin
- suivi des indicateurs, analyse des circuits, des séjours long, identification des patients hors filières
- formation des personnels des structures accueillants des patients
- participer à la mise en place de campagnes d'information
- rendre compte de ses actions au COPILAVC

2° mise en place d'un comité de pilotage de la filière AVC, COPILAVC, composé par des représentants de l'ensemble des acteurs de la filière depuis le pré-hospitalier au lieu de vie :

- proposition d'améliorations, veille à l'harmonisation des pratiques au sein de la filière (rédaction de protocoles, documents d'information, ...)
- organisation de la permanence de soins au sein de la filière et de sa lisibilité,
- supervision du répertoire opérationnel des ressources, participe à la répartition des moyens au sein de la filière,
- suivi des indicateurs et du recueil de données
- définir les campagnes d'éducation thérapeutique, campagnes d'information (prévention, ...) en concertation avec les associations de patients

3° créer un répertoire opérationnel des ressources « ROR »:

- disponibilité des lits en temps réel,
- recensement des compétences paramédicales permettant d'orienter au mieux le patient en fonction de ses besoins (géré par l'Equipe Trajectoire ?),
- recensement et diffusion des programmes d'éducation thérapeutique

4° création d'une équipe mobile 3R, adossée à l'équipe 2R actuelle

- renfort des compétences paramédicales manquantes dans les SSR polyvalents
- augmentation du nombre de lits dédiés AVC sur le GHT 12
- améliorer la fluidité entre SSR polyvalents et spécialisés

# Douleur

## Parcours et filière détaillée

Dans le cadre de ce projet médical, le patient au cœur des préoccupations et partenaire d'une prise en charge respectueuse.

### **ASPECT GEOGRAPHIQUE ET TOPOGRAPHIQUE :**

La SDC (structure de douleur chronique) recouvre le périmètre géographique du GHT 12, c'est à dire :

- Mulhouse
- Thann
- Cernay
- Altkirch
- Saint Louis
- Pfastatt
- Rouffach

Cette activité multi site est rattachée au GHRMSA et dépend du pôle Médecine Physique Rééducation Rhumatologie et Douleur.

Le centre de traitement de la douleur chronique est situé au sein de l'hôpital du Moenchberg à Mulhouse, dans une unité dédiée.

L'hôpital de Thann est un site périphérique de consultations et permet à l'heure actuelle une activité clinique plus développée que la consultation avancée.

Dans des modalités qui restent à définir, il est prévu de mettre en place des Consultations avancées sur ALTKIRCH et SAINT LOUIS.

Par ce biais il y aurait un maillage du territoire de la GHT et le public pourra donc bénéficier sur l'ensemble du territoire couvert d'une consultation à moins de 20 km.

Sur Mulhouse et Thann, il existe des locaux disponibles de consultations salle de soins, secrétariat...

### **CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE :**

La prise en charge polyvalente de la douleur chronique s'adresse aux patients adultes, recouvre l'ensemble des spécialités hors pédiatrie.

Prendre en charge la douleur chronique du patient telle que définie dans les recommandations professionnelles de la HAS en 2008 implique d'élaborer un diagnostic, une évaluation bio psychosociale, et un traitement.

Cela nécessite une collaboration avec le médecin traitant en l'associant au projet thérapeutique et au suivi du patient.

A ce jour, chaque patient vient dans ce service selon un adressage d'un médecin demandeur auquel il est rendu compte des actions thérapeutiques menées.

Le patient douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur les principes thérapeutiques suivants :

- Assurer selon la complexité et la sévérité de la douleur une approche au moins pluriprofessionnelle voire pluridisciplinaire afin d'appréhender différentes composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une association de thérapeutiques pharmacologiques, physiques, psychologiques voire chirurgicales ;

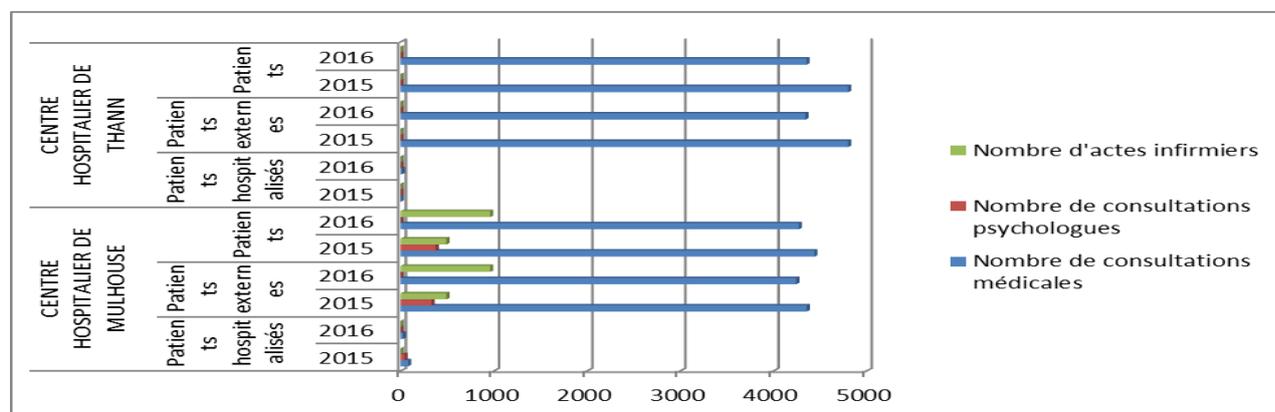
- Décider d'un projet thérapeutique adapté après un bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial
- Favoriser la coopération entre le patient et l'équipe soignante, son adhésion et sa participation au projet thérapeutique,
- Prendre en compte l'environnement familial, culturel, social et professionnel du patient

(Source : définition partagée par le groupe de travail DGOS/SFETD- extrait)

Les tableaux ci-dessous représentent l'activité globale sur les deux sites. Seul le suivi global est de nature à être comparé, les données des professionnels paramédicaux n'étant pas spécifiquement identifiés sur le site de Thann.

<b>GHRMSA - ACTIVITE DOULEUR 2016</b>													
	<b>GHRMSA</b>												
	<b>CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE</b>						<b>CENTRE HOSPITALIER DE THANN</b>						
	Patients hospitalisés		Patients externes		Patients		Patients hospitalisés		Patients externes		Patients		
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	
Nombre de consultations médicales	82	26	4 360	4 249	4 442	4 275	1	13	4 805	4 346	4 806	4 359	
Nombre de consultations psychologues	44	-	334	-	378	-	-	-	-	-	-	-	
Nombre d'actes infirmiers	-	-	493	962	493	962	-	-	-	-	-	-	
File active	36	18	1 180	1 265	1 216	1 275	1	11	765	763	765	770	

*L'activité comprend les actes NGAP + CCAM*



## **ORGANISATION DE L'ACTIVITE DE CONSULTATION ET DE PLATEAU TECHNIQUE :**

Un bouleversement de notre organisation et une redéfinition des structures douleurs chroniques actuelles est lié à la labellisation.

Ceci permettra à terme une révision de l'organisation de soin et l'adaptation de cette organisation pour les personnels médicaux et paramédicaux des consultations avancées au niveau de la GHT 12.

La labellisation couvre deux types de SDC :

**1. Un centre :** sous la responsabilité d'un médecin spécialisé douleur

**2. Des consultations :**

A Thann, une structure intégrée dans un service d'anesthésie, adaptée à la consultation et aux soins.

A Thann et à Mulhouse, il y a possibilité d'une hospitalisation partielle HDJ qu'il conviendra de placer dans les locaux dédiés.

Les consultations avancées :

- D'autres consultations avancées permettront sur les différents sites définis du GHT 12, l'intervention d'un binôme médecin et une infirmière spécialisés douleur dans une logique de proximité domicile patient.
- Des locaux de consultation seront mis à disposition par les établissements supports. Cette consultation de proximité permet la réalisation d'actes techniques, de bilan mais également des actes curatifs, notamment pour les traitements au long cours ou en exacerbation algique. Seuls les soins dispensés dans le cadre d'un HDJ ne pourront pas être réalisés en consultation avancée et nécessiteront un renvoi sur le CTD.
- Une organisation hebdomadaire sur les différents sites va optimiser les prises en charge, notamment avec la **plateforme téléphonique unique** qui tiendra compte de la distance géographique pour le patient.

## **ORGANISATION DES SOINS ET FONCTIONNEMENT :**

Le recrutement externe se fait actuellement par le biais

- de consultations externes,
- de demandes de médecins libéraux
- des admissions aux urgences.

Un réseau de correspondants spécialistes en ville est en place et reste à formaliser.

Le recrutement d'une patientèle interne au GHRMSA existe déjà, mais reste à développer par information des unités de soins. Elle est à étendre à l'échelle du GHT 12

Au sein de la GHT, la prise en charge de ces patients se fera sous forme de consultation inter service où le médecin propose une prise en charge thérapeutique du patient, coordonnées avec orientation si besoin vers le SDC.

Une politique de communication institutionnelle sera définie vis-à-vis des patients et des professionnels en interne et en externe, avec la mise à disposition de l'annuaire des différents sites et modalités de consultations sous forme de plaquettes d'information ainsi que sur le site et les réseaux sociaux de l'établissement.

**Organisation d'une plateforme téléphonique et de la permanence avec :**

- N° appel dédié, permanence téléphonique du lundi au vendredi, à horaires définis
- Modalités de prise de rendez-vous avec comme objectif un délai d'attente de la première consultation médicale le plus court possible -indicateur de performance-
- Possibilité d'une coupe fil pour accélérer la prise en charge rapide d'un patient et accéder à une consultation dans des délais plus courts (à définir).

**ORGANISATION DE L'HOSPITALISATION :**

▪ **En hospitalisation complète**

**Un lit d'hospitalisation secteur MCO** dédié selon les besoins du CETD est à disposition en fonction des lits disponibles au sein du GHRMSA (unité d'hébergement avec UM 6215).

En cas d'hébergement, c'est le médecin du CETD qui reste responsable du patient hospitalisé et qui assure la continuité des soins. Le service hébergeur assure la continuité des soins selon les prescriptions du médecin de la douleur qui aura la responsabilité médicale de son patient.

L'hospitalisation programmée est décidée par le médecin de la douleur...

En cas d'hospitalisation par le biais des urgences pour exacerbation douloureuse, un avis pourra être sollicité dans le cadre d'une consultation interservices du médecin de la douleur.

▪ **En hospitalisation de jour (numéro UF ?)**

Le lieu serait les locaux actuels du CETD à Mulhouse ou le Plateau technique utilisé à Thann .Y seraient réalisés des soins nécessitant une prise en charge hospitalière. L'accès à la prise en charge en HDJ ferait suite aux consultations et aux indications médicales

**MOYENS EN PERSONNEL MEDICAL, SOIGNANT ET AUTRE :**

Personnel médical et non médical	Site de Mulhouse		Site de Thann		PROJET	Rq ou échéance	TOTAL
	Financé	Réalisé 2016	financé	Réalisé 2016			
					Binôme pour csIt avancées		
<b>Médecin</b>		1.4	1.4	0.6	0.5		<b>2.5</b>
<b>IDE</b>	1.5	1.5	1.9	0.8	0.5		<b>2.8</b>
<b>AS</b>			1.6	0.6			<b>0</b>
<b>Psychologue</b>	0.5	0	0,25	0.2	0.5+0.5	Sur l'ensemble du CETD	<b>1</b>
<b>Secrétaire</b>	1	1		0.6			<b>1.6</b>
<b>Kinésithérapeute</b>			0.25		0		<b>0</b>
<b>Psychiatre</b>					Mise en place d'une vacation	A créer en 2018	
<b>Assistante sociale</b>					A la demande	au sein du pôle	

### Objectifs :

- ✓ Remplacement d'un poste de médecin
- ✓ Création d'un poste de psychologue
- ✓ Adaptation de l'effectif des professionnels paramédicaux des compétences

Dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois médicaux, le projet intègre l'arrivée d'un médecin à mi-temps qui pourra coordonner la consultation avancée sur le GHT12 et développer la complémentarité en soins techniques au niveau territorial. Ce mi-temps est amené à être réévalué ultérieurement en fonction de l'activité développée et de la présence médicale .

La démarche de recherche et d'enseignement est à initialiser.

Mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique : une demande d'autorisation d'un programme sur la thématique de l'observance du traitement douleur sera proposée dès la validation médicale.

### **COOPERATION INTER-SERVICE ET INTER-HOSPITALIERE ENVISAGEE :**

#### **partenariat intra hospitalier :**

avec les ressources médicales au sein du GHRMSA et des hôpitaux de la GHT :

- Neurologie, neuro chirurgie
- MPR
- Rhumatologie
- Psychiatrie
- Pharmacologie
- Soins palliatifs
- HAD

(Liste non exhaustive)

Mise en œuvre des consultations pluridisciplinaires :vacations médicales au sein du pôle (neuro chirurgien )

Objectif : pour les cas complexes nécessitant plusieurs spécialités, un avis RCP est demandé

Participation au CLUD

#### **Partenariat inter- établissements :**

Dans le cadre des consultations pluridisciplinaires, une réunion mensuelle douleur avec équipes douleur et neurochirurgie de Colmar GHT11

vidéoconférences mensuelles avec les CETH du CHU Strasbourg et du CH Colmar permettent de traiter les cas les plus complexes sous forme de RCP ;

Le CETD est en lien avec le CLUD de l'établissement et le Réseau RHAPID (interclud) ;

#### **Partenariat avec les associations d'usagers**

Il va falloir envisager un partenariat plus impliqué entre associations d'usagers et le SDC dans un objectif d'intégration dans une filière de soins.

#### **Financement par MIGAC**

Les indicateurs retenus seront ceux demandés par L'ARS dans le cadre du rapport d'activité ;

Leur relevé nécessite une harmonisation des outils informatiques.

## Filière Médecine polyvalente et chirurgie

Les réflexions sur la construction de ces filières dans le projet médical Partagé s'inscrivent dans une double dimension.

Tout d'abord le GHRMSA a été désigné établissement support du GHT 12, dénommé Groupement Hospitalier de Territoire de Haute Alsace. Ce GHT est composé de 3 membres : le GHRMSA, le CH de Rouffach et le CH de Pfastatt ; il dessert un bassin de population supérieur à 480 000 habitants. Leur Projet médical partagé s'inscrit dans une logique de rapprochement de ces établissements dans la construction de parcours et de filières.

La seconde dimension concerne le nouveau périmètre du GHRMSA, suite à l'adhésion des Centre Hospitaliers d'Altkirch, de Sierentz et de l'EHPAD de Rixheim au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

L'ensemble des réflexions et des actions mises en œuvre doivent aboutir au développement des filières de prise en charge et des parcours patients.

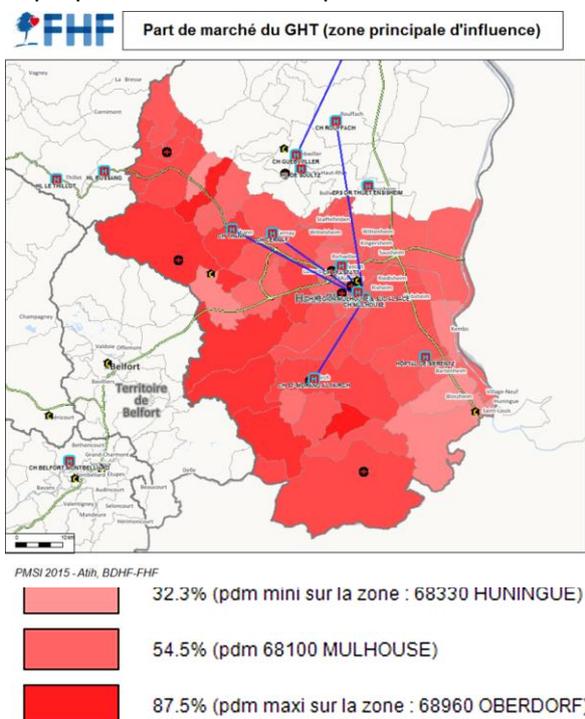
Par ailleurs, les orientations prises dans le cadre du PMP devront être adaptés en dans le respect de celles définies dans le Programme Régional de Santé.

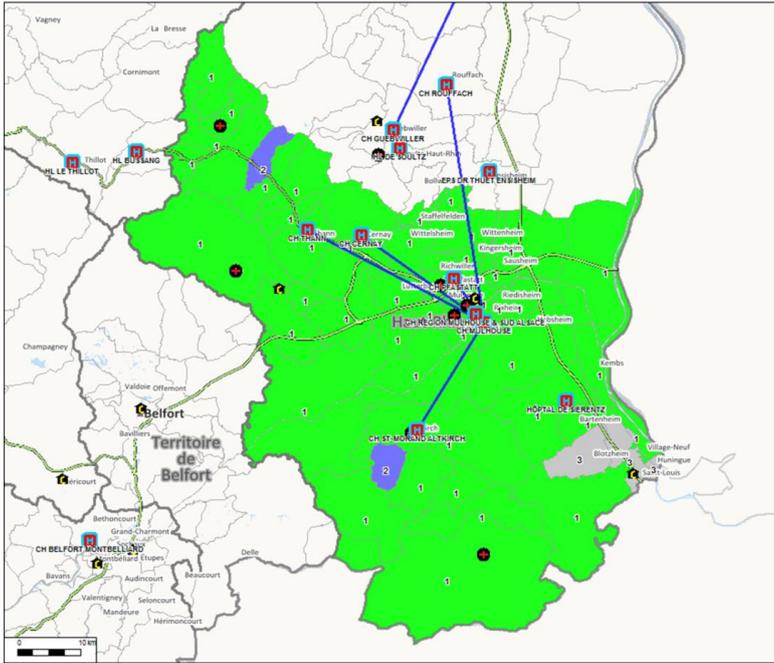
## Médecine

L'activité de médecine est réalisée au GHRMSA, sur les sites du Hasenrain, au centre Hospitalier Emule Muller, au centre Hospitalier de Thann, au Centre Hospitalier de Cernay, au Centre hospitalier d'Altkirch. Cette activité de médecine est également proposée au Centre Hospitalier de Pfastatt.

D'après les données ATIH 2015, les établissements du GHT de Haute Alsace répondent à 55.8% des besoins en médecine, en hospitalisation, comme en HDJ, de la population du territoire.

Le taux de fuite s'élève à 9.1%.





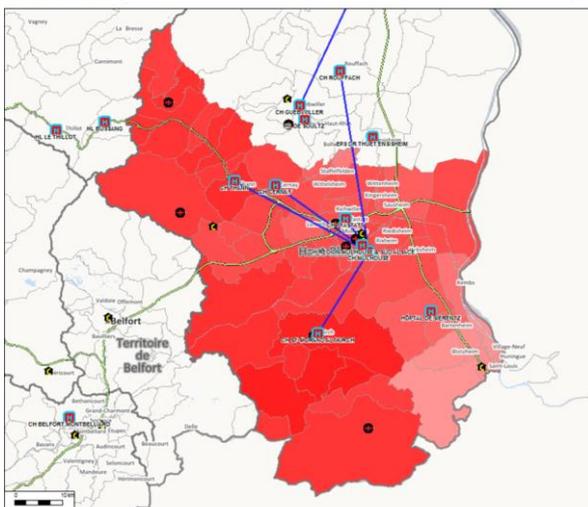
- Etablissement leader
- 1 : GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL EMILE MULLER\*\*
  - 2 : CENTRE DE DIALYSE LA FONDERIE
  - 3 : NOUVELLE CLINIQUE DES TROIS FRONTIERES

L'hôpital Emile Muller est l'établissement leader en médecine dans la quasi intégralité du territoire

PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

### Médecine – Hospitalisation complète

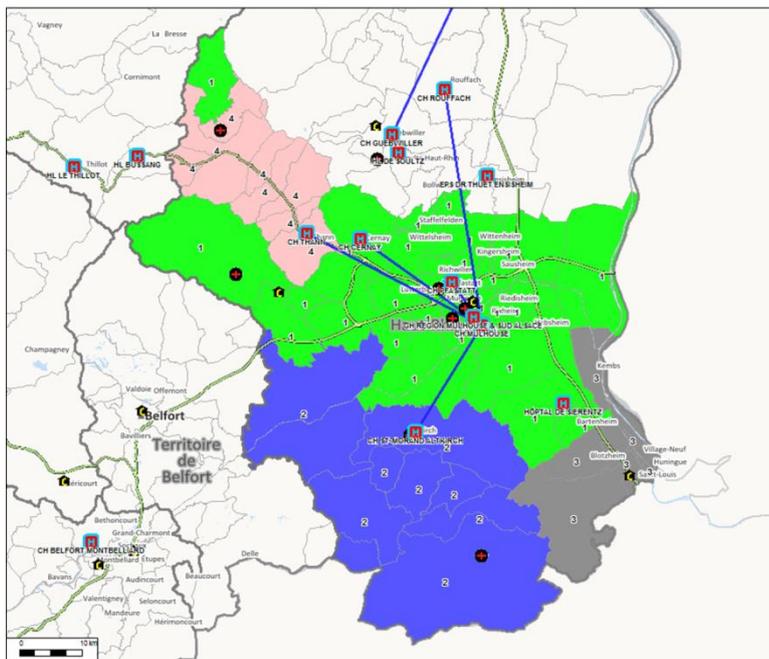
En **hospitalisation complète**, le GHT répond même à 63.7% des besoins, avec un taux de fuite de 10.3%.



- Part de marché du GHT
- 31.6% (pdm mini sur la zone : 68128 VILLAGE NEUF)
  - 66.7% (pdm 68100 MULHOUSE)
  - 86.8% (pdm maxi sur la zone : 68960 OBERDORF)

PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

**FHF Leader par zone géographique**



PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

En Hospitalisation complète, la répartition des séjours se répartit en très grande majorité entre les différents sites du GHRMSA.

Cette carte semble d'ailleurs démontrer que ces établissements proposent une offre de proximité.

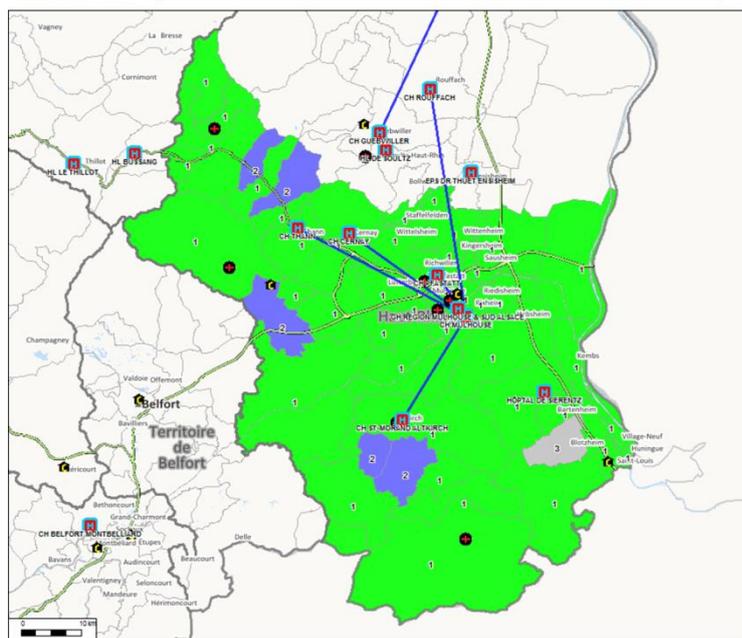
- Etablissement leader
- 1: GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL EMILE MULLER\*\*
  - 2: CTRE HOSPIT ST-MORAND ALTKIRCH
  - 3: NOUVELLE CLINIQUE DES TROIS FRONTIERES
  - 4: GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL DE THAN\*\*

**HDJ de médecine**

La situation est néanmoins différente concernant la prise en charge en ambulatoire des patients relevant d'une activité de médecine.

Les établissements membres du GHT continuent de répondre majoritairement aux besoins de la population (53,0% de parts de marché, pour un taux de fuite de 8.7).

**FHF Leader par zone géographique**



PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

La réponse de proximité apportée par les différents établissements membres du GHT (GHRMSA) en hospitalisation complète disparaît en matière de prise en charge d'HDJ.

Sur l'ensemble du territoire, l'établissement qui répond de façon fortement dominante aux besoins de la population est l'Hôpital Emile MULLER

- Etablissement leader
- 1: GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL EMILE MULLER\*\*
  - 2: CENTRE DE DIALYSE LA FONDERIE
  - 3: NOUVELLE CLINIQUE DES TROIS FRONTIERES

## Réponses aux besoins apportées par les principaux opérateurs du département

Concernant plus précisément la réponse aux besoins de la population, et dans une vision élargie, le tableau donne la répartition de l'activité de médecine entre les quatre principaux opérateurs du département.

2015	Total	GHRMSA	Disconat	HCC	A. SCHWEITZER
17 Digestif	20 837	5 065 24%	7 976 38%	4 449 21%	3 347 16%
<i>Dont endoscopies</i>	11 675	1 636 14%	5 821 50%	1 160 10%	3 058 26%
<i>Dont autre digestif</i>	9 162	3 429 37%	2 155 24%	3 289 36%	289 3%
18 Cathétérismes vasculaires diagnostiques	8 320	1 747 21%	3 803 46%	928 11%	1 842 22%
19 Cardio-vasculaire	8 635	2 429 28%	2 697 31%	1 839 21%	1 670 19%
20 Pneumologie	6 780	2 914 43%	619 9%	3 010 44%	237 3%
21 Activités inter spécialités, ...	6 015	2 971 49%	531 9%	2 003 33%	510 8%
22 Uro-néphrologie et génital	7 279	2 398 33%	1 006 14%	3 772 52%	103 1%
23 Système nerveux	6 073	3 096 51%	143 2%	2 754 45%	80 1%
Autres	24 748	10 510 42%	808 3%	12 854 52%	576 2%
<b>Médecine</b>	<b>109 524</b>	<b>36 195 33%</b>	<b>25 559 23%</b>	<b>36 058 33%</b>	<b>11 712 11%</b>

Il ressort de l'analyse de ce tableau que même si le GHT répond de façon générale à la majorité des besoins de la population de son territoire, il ne répond pas de façon majoritaire à l'ensemble des besoins exprimés.

Les établissements membres du groupement hospitalier de Territoire s'orientent donc ensemble vers l'amélioration des filières, en particulier pour celles dans lesquelles l'offre qu'ils proposent n'est pas suffisante, dans le respect des choix des patients.

## Chirurgie conventionnelle et ambulatoire

L'activité de chirurgie, conventionnelle ou ambulatoire, est exclusivement réalisée par le GHRMSA, sur les sites du Hasenrain, au Centre hospitalier Emile Muller, au Centre Hospitalier D'Altkirch et au Centre hospitalier de Thann.

L'organisation dans le cadre du projet médical partagé des filières chirurgicales est donc extrêmement liée aux réorganisations internes de cet établissement.

Pour un grand nombre de spécialités, les chirurgiens se déplacent déjà sur le site de Thann en réalisant des consultations avancées et des actes chirurgicaux, offre de soins appréciée par la population locale.

Sur le site d'Altkirch, des chirurgiens intervenaient préalablement à la fusion et continuent leur activité multi-sites (orthopédie-traumatologie, urologie,...). L'enjeu pour ces sites de proximité est le développement de la chirurgie ambulatoire, tout en développant les consultations avancées du centre de référence sur ces sites.

Au sein de chacune des filières, le rôle de chaque site (y compris St Louis) doit encore être affiné, notamment en prenant en compte les critères de qualité/sécurité des soins, évolution prévisible de la démographie médicale, niveau d'activité et d'attractivité, équilibre financier.

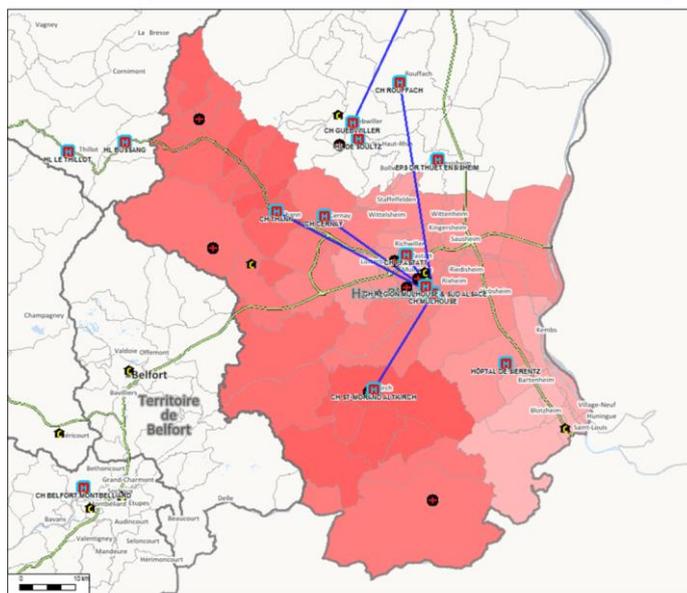
A l'inverse de l'activité de médecine, les établissements membres du GHT ne répondent pas de façon majoritaire aux besoins de la population en matière de prise en charge chirurgicale, conventionnelle comme ambulatoire.

Le GHT ne répond qu'à 36.6% des besoins de prise en charge, pour un taux de fuite de 12.6 %.

### Part de marché du GHT

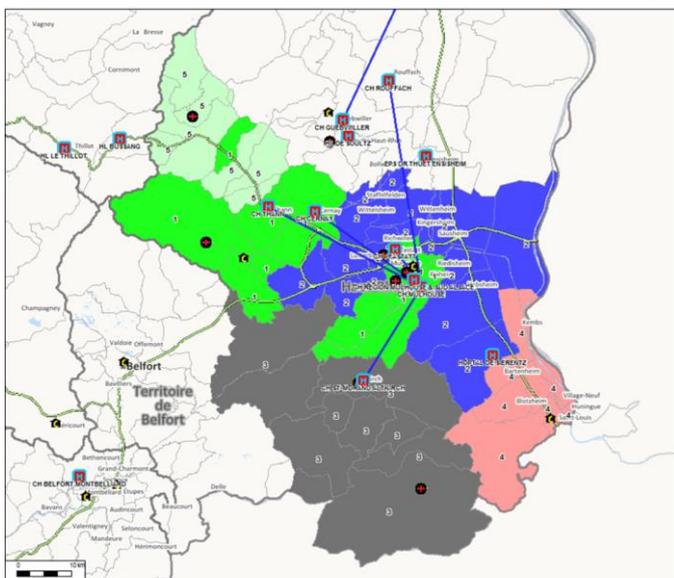
- 15.8% (pdm mini sur la zone : 68730 BLOTZHEIM)
- 36.7% (pdm 68100 MULHOUSE)
- 56.9% (pdm maxi sur la zone : 68620 BITSCHWILLER LES THANN)

### FHF Part de marché du GHT (zone principale d'influence)



PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

### FHF Leader par zone géographique



PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

Au sein de notre territoire, le Diaconat est l'établissement leader en chirurgie

### Etablissement leader

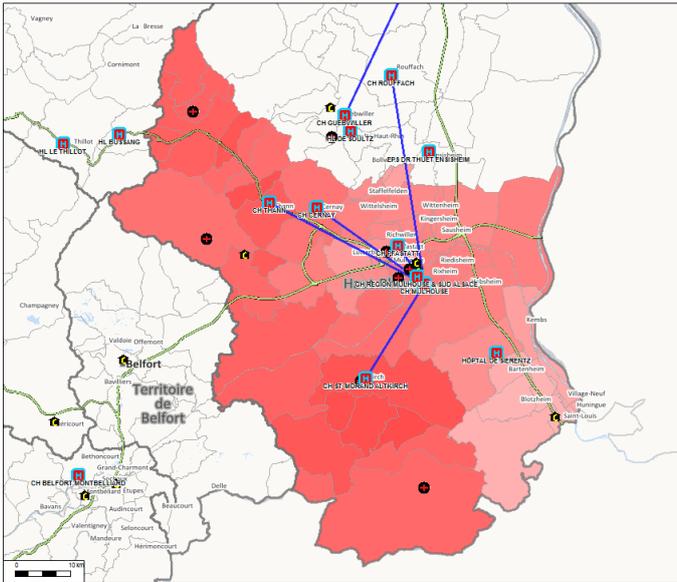
- 1: GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL EMILE MULLER\*\*
- 2: MAISON DU DIACONAT-MULHOUSE
- 3: CTRE HOSPIT ST-MORAND ALTKIRCH
- 4: NOUVELLE CLINIQUE DES TROIS FRONTIERES
- 5: GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL DE THANN\*\*

# Chirurgie conventionnelle

En chirurgie **conventionnelle**, le GHT répond néanmoins à 41.7% des besoins de la population (taux de fuite de 15.1%).



Part de marché du GHT (zone principale d'influence)



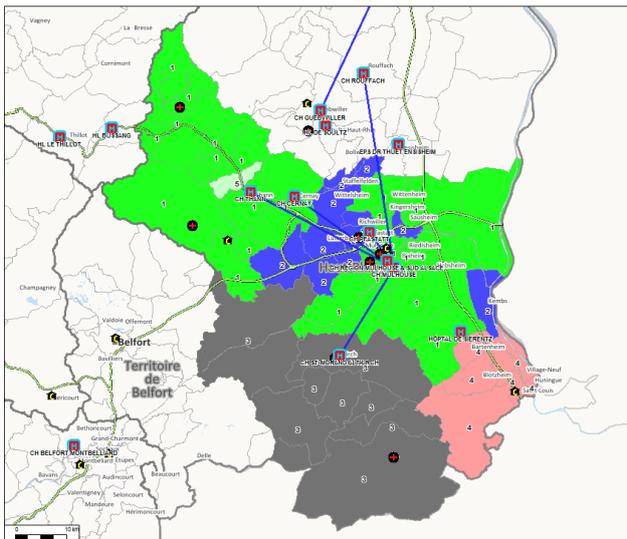
Part de marché du GHT

- 18.2% (pdm mini sur la zone : 68730 BLOTZHEIM)
- 41.3% (pdm 68100 MULHOUSE)
- 65.3% (pdm maxi sur la zone : 68960 OBERDORF)

PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF



Leader par zone géographique



Etablissement leader

- 1 : GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL EMILE MULLER\*\*
- 2 : MAISON DU DIACONAT-MULHOUSE
- 3 : CTRE HOSPIT ST-MORAND ALTKIRCH
- 4 : NOUVELLE CLINIQUE DES TROIS FRONTIERES
- 5 : GRPE HOSP REGION MULHOUSE & SUD ALSACE \*\*HOPITAL DE THANN\*\*

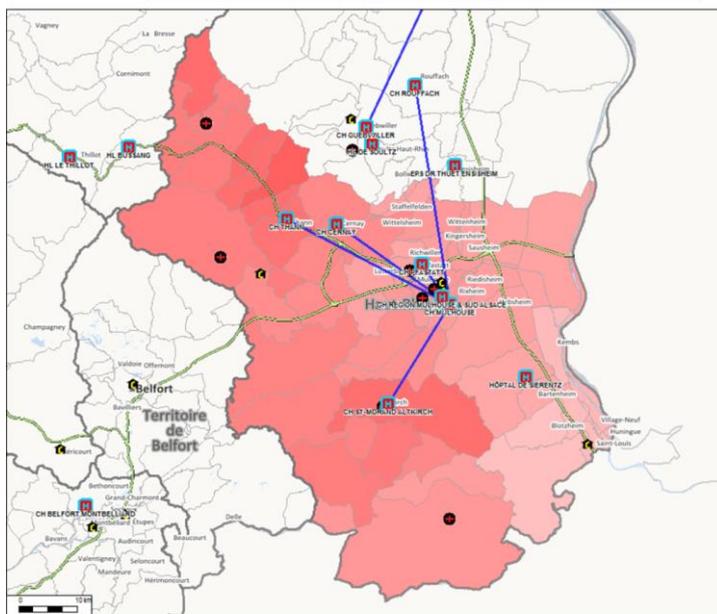
PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

## Chirurgie ambulatoire

En **chirurgie ambulatoire**, la réponse apportée par le GHT n'est que de 30.2 % (taux de fuite de 9.5%)

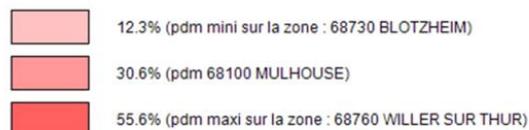


Part de marché du GHT (zone principale d'influence)

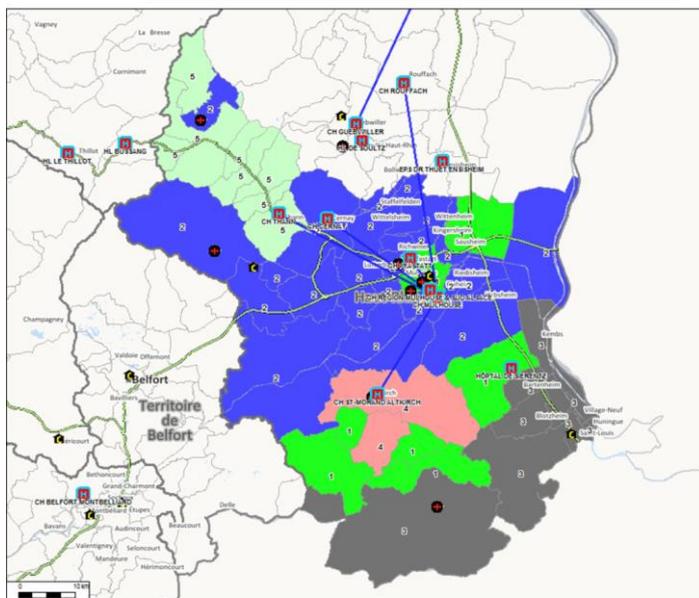


PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

Part de marché du GHT



Leader par zone géographique



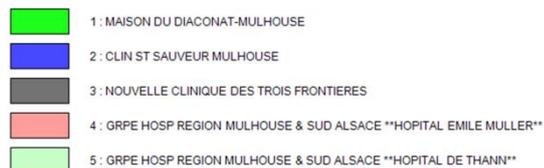
PMSI 2015 - Atih, BDHF-FHF

La clinique Saint Sauveur et la Maison du diaconat sont les établissements leaders en chirurgie ambulatoire.

On peut remarquer que le Centre Hospitalier de Thann joue un rôle en matière de réponse de proximité en chirurgie ambulatoire.

Ce n'est pas le cas pour centre hospitalier d'Altkirch, où l'établissement leader est l'hôpital Emile Muller.

Etablissement leader



## Réponses aux besoins apportées par les principaux opérateurs du département

Le tableau suivant donne la répartition de l'activité de chirurgie entre les quatre principaux opérateurs du département.

2015		Total	GHRMSA		Diaconat		HCC		A. SCHWEITZER	
1	Orthopédie traumatologie	16 757	3 661	22%	6 504	39%	3 436	21%	3 156	19%
2	Ophthalmologie	10 115	2 034	20%	3 894	38%	3 346	33%	841	8%
3	Digestif	7 717	1 787	23%	2 835	37%	2 352	30%	743	10%
4	Cardio-vasculaire	5 229	1 971	38%	1 400	27%	820	16%	1 038	20%
5	Uro-néphrologie et génital	5 817	1 439	25%	1 749	30%	2 596	45%	33	1%
6	Gynécologie - sein	4 401	1 333	30%	1 689	38%	1 156	26%	223	5%
7	ORL, Stomatologie	5 389	857	16%	2 025	38%	1 609	30%	898	17%
8	Tissu cutané et tissu sous-cutané	1 872	802	43%	470	25%	402	21%	198	11%
	Autres	7 342	1 461	20%	2 396	33%	3 081	42%	404	6%
	<b>Chirurgie</b>	<b>63 531</b>	<b>15 345</b>	<b>24%</b>	<b>21 854</b>	<b>34%</b>	<b>18 798</b>	<b>30%</b>	<b>7 534</b>	<b>12%</b>
37	Obstétrique	12 518	5 792	46%	2 331	19%	3 438	27%	957	8%
38	Nouveau-nés et période périnatale	8 113	3 405	42%	1 815	22%	2 070	26%	823	10%
	<b>Obstétrique</b>	<b>20 631</b>	<b>9 197</b>	<b>45%</b>	<b>4 146</b>	<b>20%</b>	<b>5 508</b>	<b>27%</b>	<b>1 780</b>	<b>9%</b>
	<b>Total MCO</b>	<b>175 907</b>	<b>55 672</b>	<b>32%</b>	<b>43 583</b>	<b>25%</b>	<b>55 915</b>	<b>32%</b>	<b>20 737</b>	<b>12%</b>

Il ressort de l'analyse de ce tableau que le GHT ne répond pas suffisamment à certains besoins de la population.

L'activité chirurgicale dans laquelle le GHT est prépondérant au niveau départemental est celle de cardio-vasculaire, activité à laquelle la chirurgie cardiaque est rattachée

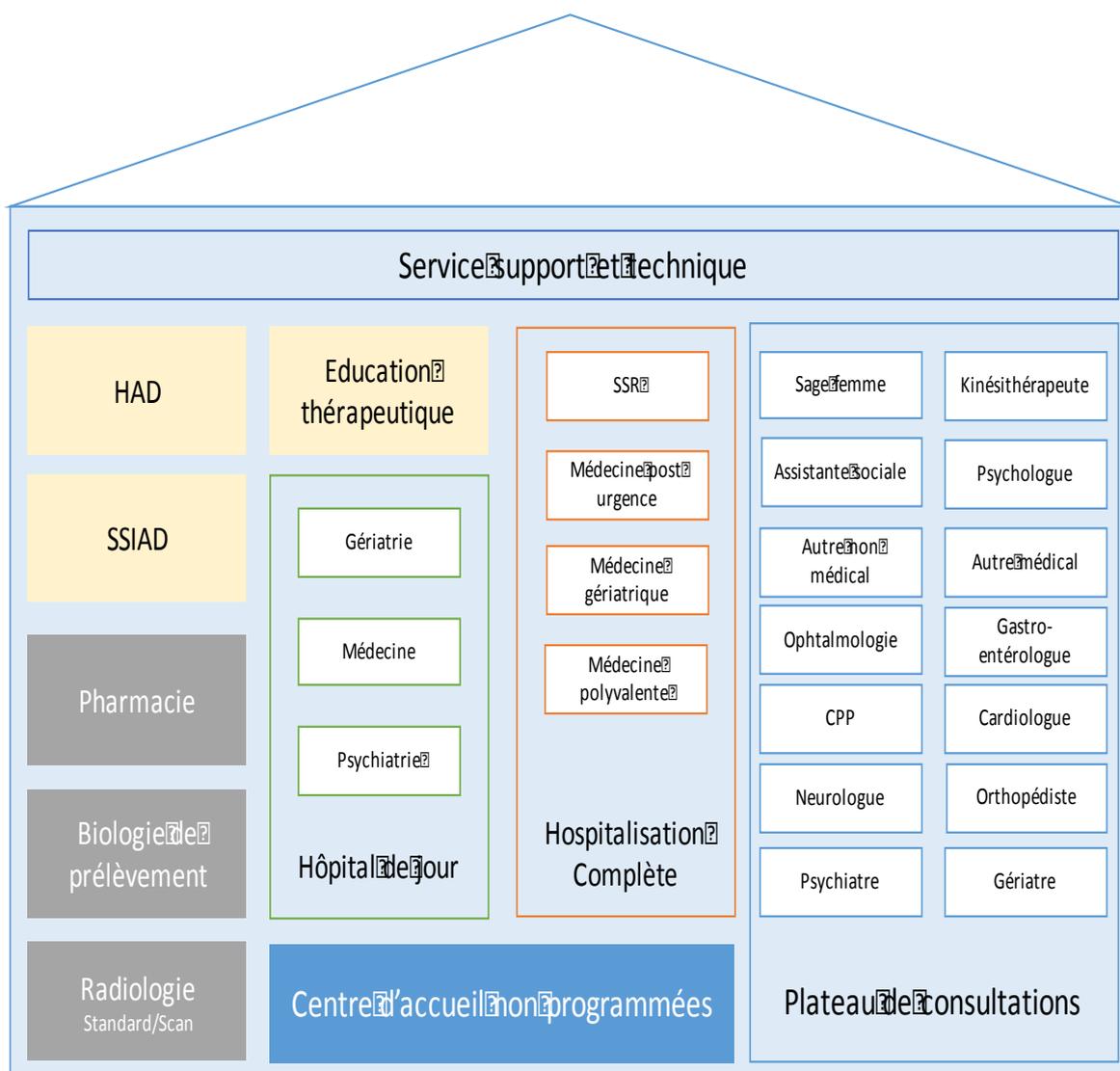
Le site de Mulhouse dispose d'équipes médicales constituées ; à noter néanmoins les difficultés actuelles liées au départ de 4 ORL.

Les établissements membres du groupement hospitalier de Territoire s'orientent donc ensemble vers l'amélioration des filières, en particulier pour celles dans lesquelles l'offre qu'ils proposent n'est pas suffisante, dans le respect des choix des patients.

## La modélisation de l'hôpital de proximité comme réponse à l'amélioration et au renforcement des filières existantes.

Tous les groupements hospitaliers de territoire doivent organiser une couverture en soins qui s'inscrit dans une logique de gradation de la prise en charge. Ce postulat entraîne l'accentuation de la médecine de parcours et de la transformation potentielle de l'offre de soins proposés par les établissements.

D'après les études réalisées par le Cabinet ANTARES, il est désormais possible de modéliser l'offre de soins proposée par un hôpital de proximité de façon à répondre aux besoins de la population.



Ce modèle de l'hôpital de proximité repose sur un nombre important de consultations avancées, un plateau technique en imagerie et biologie et un curseur à placer en termes de chirurgie ambulatoire.

Il s'appuie sur une forte connexion entre l'hôpital de proximité et les acteurs environnants, en particulier l'hôpital de recours, pour favoriser le maintien ou le retour à domicile, collaboration diversifiée entre ville et hôpital, recours à télémédecine, etc.

En effet, des études ont démontré que, pour être rentable, un hôpital doit rayonner sur un bassin de population d'au moins 400 000 habitants ; la viabilité des sites MCO ne peut donc se concevoir qu'en adaptant leur mode de fonctionnement à un parcours patient fluide constitué de filières de soins clairement identifiées. La construction de ce projet médical partagé est donc l'opportunité d'adapter les organisations en place et de garantir une prise en charge adaptée à la population.

Cette modélisation type permet de s'inscrire dans une logique de gradation de la prise en charge en intégrant la dimension territoriale.

C'est pourquoi cette modélisation est une source d'inspiration dans la construction de nos filières et parcours de soins.

Elle doit néanmoins être adaptée à notre situation particulière pour répondre:

- Aux besoins de la population,
- Aux problématiques de démographie médicales,
- Aux impératifs de qualité et de sécurité des soins,

qui sont les nôtres.

La transformation des établissements périphériques en hôpital de proximité, suivant un modèle définitif restant à arrêter, permettra la finalisation de l'ensemble des filières.

Cette modélisation s'inscrit d'ailleurs, en grande partie, dans les travaux actuellement menés au sein du GHRMSA : adaptation capacitaire, augmentation de la chirurgie ambulatoire, organisation de consultations avancées,...

La mise en place de parcours, schématisée ci-dessous, décrit les relations cibles entre le GHRMSA et ses partenaires dans la mise en œuvre du GHT de Haute Alsace et de l'aboutissement de la fusion. La mise en œuvre de ces modalités de fonctionnement aura également l'avantage de favoriser la hausse d'activité de l'ensemble des établissements.

