



**PROJET MEDICO-
SOIGNANT
2017-2022**

GHT VOSGES

**VERSION FINALISEE AU 30 JUIN
2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. LES PRINCIPES D'ELABORATION DU PROJET MEDICO-SOIGNANT	5
A. Le diagnostic territorial	5
1. La mise en perspective des besoins et des moyens	5
2. La prise en compte des dynamiques de coopérations	12
B. La phase de construction.....	15
1. Le concept de graduation des soins rapporté au territoire des Vosges	15
2. Le choix des filières de soins	16
3. Le travail de recomposition du système d'acteurs	17
II. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICO-SOIGNANT.....	21
A. Les objectifs médicaux	21
B. Les axes transversaux du projet de soins	29
III. LE PROJET « FILIERES ET ACTIVITES DE SOINS »	35
A. La filière addictologie	35
1. Composition du groupe de travail	36
2. Données PMSI 2016	37
3. Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement.....	38
4. Parcours de soins de la filière addictologie (alcool)	39
5. Analyse SWOT de la filière	40
6. Fiches actions	41
B. La filière cancérologie	45
1. Composition du groupe de travail	45
2. Données PMSI 2016	45
3. Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement.....	47
4. Parcours de soins de la filière sénologie	48
5. Analyse SWOT de la filière cancérologie - sénologie.....	49
6. Fiches actions	50
C. La filière cardiologie	53
1. Composition du groupe de travail	53
2. Données PMSI 2016	54
3. Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement.....	55
4. Parcours de soins de la filière cardiologie	56
5. Analyse SWOT de la filière cardiologie	57
6. Fiches actions	58
D. La filière neurologie/AVC	63
1. Composition du groupe de travail	63
2. Données PMSI 2016 (Source : ARS Grand Est).....	64
3. Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement (<i>données 2015</i>).....	65
4. Parcours de soins de la filière neurologie/AVC	66
5. Analyse SWOT de la filière neurologie-AVC	67
6. Fiches actions	68

E.	La filière gériatrique - Maladie d'Alzheimer et démences apparentées	74
1.	Composition du groupe de travail	75
2.	Données PMSI SSR 2016.....	75
3.	Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement.....	76
4.	Parcours de soins de la filière de la filière gériatrie – Maladie d'Alzheimer et démences apparentées.....	77
6.	Analyse SWOT de la filière gériatrie – Maladie d'Alzheimer et démences apparentées	78
7.	Fiches actions.....	79
F.	La filière « soins critiques »	85
1.	Composition du groupe de travail	85
2.	Cartographie de l'offre de soins.....	86
3.	Parcours de soins de la filière « soins critiques »	87
4.	Analyse SWOT de la filière « soins critiques ».....	88
5.	Fiches actions.....	89
G.	L'activité de prélèvements d'organes et de tissus	92
1.	Composition du groupe de travail	93
2.	Fiches actions.....	94
H.	La filière « urgences »	98
1.	Composition du groupe.....	98
2.	Cartographie de l'offre de soins et données d'activité (<i>données 2015</i>)	98
3.	Parcours de soins de la filière « urgences »	99
4.	Analyse SWOT de la filière « urgences »	100
5.	Fiches actions.....	101
I.	La filière périnatalité	107
IV.	LES PROJETS MEDICO-TECHNIQUES	108
A.	Le projet de biologie médicale.....	108
1.	Composition du groupe de travail	108
2.	Enjeux et perspectives	108
3.	Fiches actions.....	110
B.	Le projet de radiologie conventionnelle.....	112
1.	Composition du groupe de travail	112
2.	Enjeux et perspectives	113
3.	Fiches actions.....	114
C.	Le projet pharmaceutique	117
1.	Composition du groupe de travail	117
2.	Enjeux et perspectives	117
3.	Fiche actions	118
V.	SUIVI ET EVALUATION DU PROJET MEDICO-SOIGNANT.....	122
VI.	TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS.....	123

ANNEXE- COURRIER DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS GRAND EST

La démarche, initiée en 2016, s'inscrit dans la préfiguration des périmètres de travail, par M. le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Grand Est, dans lesquels « *les établissements de santé ont vocation à faire émerger des filières de soins territorialisées répondant aux besoins de santé des patients d'un même territoire* ».

Le projet associe l'ensemble des établissements publics des Vosges, à savoir les Centres Hospitaliers de l'Ouest Vosgien (CHOV), Emile Durkheim (CHED), de Remiremont, de Saint Dié des Vosges (CHSD), de Gérardmer ainsi que les établissements de santé de Lamar-che, du Val de Madon, de Bruyères, de Rambervillers, de Chatel sur Moselle, de la haute vallée de la Moselle, de Raon l'Etape, de Senones et de Fraize.

Il s'inscrit dans les orientations des plans nationaux de santé et du Projet régional de Santé (PRS) de Lorraine et plus particulièrement de son Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-2017, construit autour de quatre priorités :

- **Priorité n°1** : Agir sur les principales causes de mortalité prématurée (tumeurs, maladies cardio-neurovasculaires, les maladies respiratoires et les suicides)
- **Priorité n°2** : Réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, en lien avec les politiques sociales et d'aménagement du territoire
- **Priorité n°3** : Améliorer l'espérance de vie en bonne santé, en maintenant et développant l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- **Priorité n°4** : Préparer les établissements de santé aux défis de l'avenir, par la promotion d'organisations efficaces, privilégiant l'innovation et le développement de collectifs inter-hospitaliers.

Il vise à promouvoir la continuité et la qualité de la prise en charge en tenant compte des besoins de santé de la population, des conditions d'accès aux soins, des exigences de sécurité et d'efficacité.

Il affirme l'ambition collective des établissements de santé d'élaborer un Projet Médical Partagé dans une approche intégrée, prenant en compte toutes les dimensions de prise en charge du patient mais également les perspectives épidémiologiques et l'effet de l'évolution des techniques et des modalités de prise en charge.

A terme, il doit constituer pour les acteurs de santé, un « **référentiel** » de prise en charge coordonnée sur le territoire et un « **traité de subsidiarité** », garant d'une offre de proximité.

INTRODUCTION

Les établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire « Vosges » ont choisi d'élaborer un Projet Médico-Soignant sur la base d'un diagnostic de territoire.

L'exigence de cohérence entre le projet médical et le projet de soins, transposée au GHT, fait du projet de soins la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le projet médical du groupement.

Cette déclinaison, qui porte sur les filières de soins, inclut la prise en charge globale du patient, la qualité, la sécurité et la gestion des risques liés aux soins, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la recherche.

Elaboré pour une période de cinq ans, à compter de la date de publication de la décision d'approbation par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Grand Est, il est le cœur de la stratégie territoriale de l'offre de soins définie par les établissements de santé des Vosges.

Il est construit autour d'un objectif partagé, celui d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Chaque objectif trouve sa justification dans les éléments du diagnostic territorial et les orientations des plans régionaux de santé, en cohérence avec les projets médicaux des établissements parties au Groupement, en particulier avec ceux du Projet Médical Commun Epinal-Remiremont.

Il repose sur un socle de valeurs partagées, respectueuses des missions et de l'autonomie de chaque établissement et du principe de subsidiarité.

Il se doit de répondre à plusieurs impératifs :

- **Préserver l'universalité de la mission publique hospitalière**, au service de tous les patients sans distinction, quels que soient l'état de santé et la situation sociale ;
- **Répondre aux évolutions de la démographie médicale, des nouveaux modes de prise en charge et des progrès techniques ;**
- **Elaborer les solutions dans une logique de complémentarité ;**
- **Promouvoir la performance collective.**

I. LES PRINCIPES D'ELABORATION DU PROJET MEDICO-SOIGNANT

Pierre angulaire du dispositif, le Projet Médico-Soignant a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge graduée du patient au sein du territoire, la garantie d'une offre de proximité et l'accès à une offre de référence et de recours.

Son élaboration comprend deux étapes :

- Une première phase de diagnostic
- Une phase de construction, qui associe les acteurs du territoire.

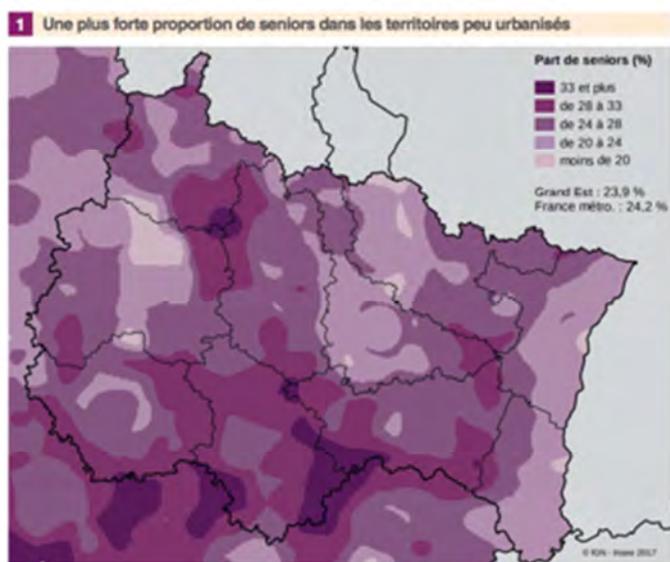
A. Le diagnostic territorial

1. La mise en perspective des besoins et des moyens

a) Les caractéristiques populationnelles

Le cadre de l'évolution sociodémographique a permis de décrire les caractéristiques de la population des Vosges, en comparaison avec l'échelle régionale.

Plus précisément, le département des Vosges, d'environ 377 282 habitants, soit 0,6% de la population nationale, se caractérise par une diminution générale de la population de 0.03% par an depuis 1999, en raison d'un solde migratoire négatif des populations en âge d'étudier et de l'impact sur le taux de natalité.



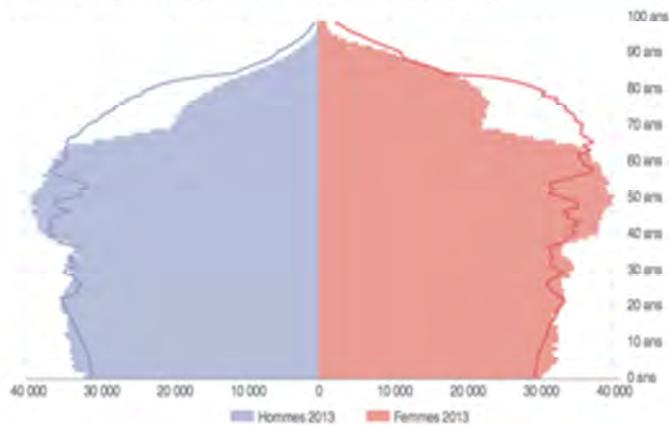
En 2013, dans le Grand Est, 1 328 000 personnes ont plus de 60 ans, soit 23,9 % de la population, tandis que dans les Vosges, la proportion de personnes de plus de 60 ans est de 27,6%.

Le Grand Est pourrait compter 61 900 personnes lourdement dépendantes en 2030, soit 26 % de plus qu'en 2013.

La dépendance légère devrait augmenter plus fortement (+ 40 %), pour atteindre près de 112 600 personnes en 2030.

2 Nette augmentation de la population des seniors à l'horizon 2030

Répartition de la population dans le Grand Est en 2013 et 2030 selon le sexe et l'âge



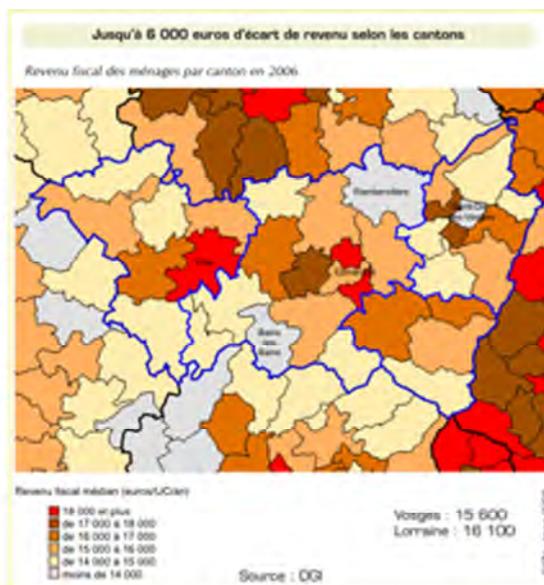
Source : Insee, recensement de la population 2013 et projections à 2030 modèle Orphale.

Les perspectives démographiques à l'horizon 2030 sont de l'ordre de 34,7%, selon le scénario médian.

Seuls les territoires en périphérie d'Epinal et de St Dié des Vosges échapperaient à cette tendance.

Le département présente des revenus plus faibles que le niveau régional avec des zones de pauvreté urbaine et rurale plus marquées concentrées dans un périmètre géographique restreint :

Bruyères, Charmes, Épinal, Gérardmer, Golbey, Le Thillot, Mirecourt, Neufchâteau, Rambervillers, Raon-l'Étape, Remiremont, Saint-Dié-des-Vosges et Thaon-les-Vosges.



Le taux de demandeurs d'emploi, de catégorie A, reste le plus élevé de la région avec une forte proportion de femmes (part des femmes parmi les chômeurs en 2010 de 50.4%).

L'emploi concerne essentiellement la classe ouvrière.

La part des emplois dans les secteurs de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé, et de l'action sociale, représente 31.2%.

Demandeurs d'emploi au 31 décembre 2010 (source INSEE)						
	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
Demandeurs d'emploi	31 324	8 485	47 772	17 507	105 088	2 884 644
Taux de chômage	9,4	10,1	9,9	10,7	9,9	9,3
Bénéficiaires de l'ASS au 31 12 2009	3659	1 133	5 637	3 185	13 614	

b) *Les risques sanitaires et environnementaux*

Outre les risques sanitaires liés aux axes de transport, il existe dans les Vosges des risques relatifs à :

- La présence d'une population saisonnière touristique, notamment sur Gérardmer et la Bresse (traumatismes...)
- Un habitat indigne voir insalubre (potentiellement à l'origine de problèmes allergiques, d'infection des voies respiratoires...), notamment à Mirecourt, Neufchâteau et sur l'agglomération spinalienne

En matière de santé environnementale, les risques sont essentiellement liés à la présence d'eaux impropres à la consommation (présence d'arsenic naturel et de métaux lourds), de radon en lien avec la géologie du territoire montagneux et d'industries réputées polluantes (industries du bois en général) pouvant être à l'origine de nuisances sonores et de rejets atmosphériques.

c) *Les indicateurs de santé*

L'espérance de vie est l'une des plus faibles de France pour les hommes (76.5 ans) comme pour les femmes (83.5 ans).

La mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) est plus élevée que la moyenne régionale, surtout chez les hommes (70% contre 30% pour les femmes) et plus particulièrement en ce qui concerne :

- Les maladies de l'appareil circulatoire qui représentent 28,5% des décès
- Les tumeurs avec 28,3% des décès (en augmentation sur la période 2008-2012 pour les hommes et les femmes)
- Les maladies respiratoires avec 7,8% des décès
- Les causes « externes » (suicides, chutes accidentelles et accidents de transports terrestres) avec 7,6% des décès

Date de début : 2008 Date de fin : 2012 OK

en pour cent mille

Identifiant	Taux de mortalité - Maladies de l'appareil circulatoire - Hommes - Vosges ⁽¹⁾	Taux de mortalité - Suicides - Hommes - Vosges ⁽¹⁾	Taux de mortalité - Maladies de l'appareil circulatoire - Femmes - Vosges ⁽¹⁾	Taux de mortalité - Suicides - Femmes - Vosges ⁽¹⁾	Taux de mortalité - Tumeurs - Hommes - Vosges ⁽¹⁾	Taux de mortalité - Maladies infectieuses et parasitaires - Ensemble - Vosges ⁽¹⁾	Taux de mortalité - Tumeurs - Femmes - Vosges ⁽¹⁾	Taux de mortalité - Sida et infections par le VIH - Ensemble - Vosges ⁽¹⁾
Mise à jour	15/04/2016	15/04/2016	15/04/2016	15/04/2016	15/04/2016	15/04/2016	15/04/2016	15/04/2016
Année	Valeur	Valeur	Valeur	Valeur	Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
2012	247,6	36,7	309,3	8,3	390,1	19,7	247,5	0,3
2011	253,0	46,9	311,5	12,9	341,9	22,3	245,5	0,0
2010	257,9	34,2	322,1	12,8	355,1	19,0	244,5	0,5
2009	274,8	32,5	294,5	12,3	349,1	17,4	225,4	0,3
2008	268,4	34,6	318,3	12,8	326,9	18,7	239,5	0,0

Données INSEE

Les tumeurs de la prostate représentent globalement +28% du Taux Comparatif de Mortalité (TCM) régional avec des taux > 40% sur l'ouest Vosgien et la Déodatie.

Le TCM pour les insuffisances cardiaques est supérieur de 20% sur le centre Vosges et la Déodatie, tandis que celui des maladies hypertensives sont inférieures de 14% au TCM lorrain.

Les causes externes représentent quant à elles la quatrième cause de décès avec un TCM qui dépasse de 21% le TCM régional.

Les principales causes de décès sont :

- **Les suicides : +32% du TCM lorrain** (+43% sur la Déodatie)
- **Les accidents de transport terrestre qui représentent 42 décès par an, soit +71% du TCM lorrain (+75% dans le centre Vosges)**

Le Taux Comparatif de Mortalité (TCM) avant 65 ans dépasse de 7% la moyenne régionale (225/100 000 habitants contre 211 en Lorraine) avec une forte surmortalité entre 15-24 ans (+ 114% de la moyenne régionale sur certains TSP).

La surmortalité est essentiellement liée à la mortalité évitable par une modification des comportements individuels (+16% de la moyenne régionale), tandis que la mortalité évitable par une amélioration du système de soins reste équivalente à la moyenne régionale.

Enfin, la consommation de soins est globalement plus élevée dans les Vosges, que la moyenne régionale.

Le département se distingue notamment par des Taux Comparatifs de patients Hospitalisés (TCH) plus élevés, en ce qui concerne sept pathologies :

- Les accidents de transport terrestre avec un TCH presque deux fois plus élevé que le TCH régional
- Les tentatives de suicide : + 73% du TCH régional
- Les troubles mentaux liés à l'abus d'alcool : +67% du TCH régional
- L'asthme : +63% du TCH régional
- Les tumeurs malignes de la prostate : +28% du TCH régional
- Le mélanome malin de la peau : +25% du TCH lorrain
- Les tumeurs malignes des ovaires : +18% du TCH lorrain

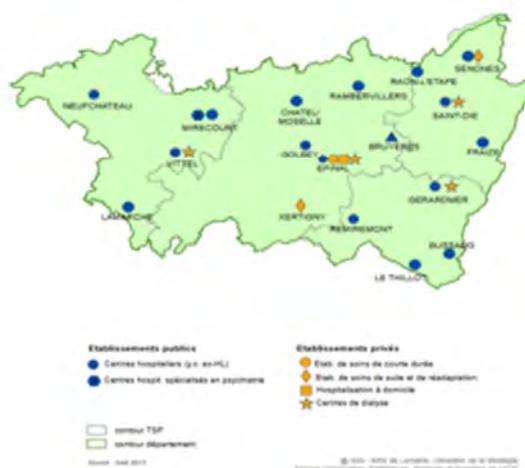
Les données sociodémographiques et épidémiologiques ont été complétées par des informations concernant la répartition de l'offre de soins sur le territoire, associées aux caractéristiques des personnels médicaux et paramédicaux, dont la prise en compte revêt un caractère stratégique, dans un contexte de pénurie.

d) L'offre de soins

En effet, les études menées sur la démographie médicale et paramédicale en Lorraine, mettent en évidence une **fragilité du secteur libéral et hospitalier**, principalement pour les médecins spécialistes, dont la moyenne d'âge est la plus élevée de la grande région, et pour les professionnels paramédicaux et de rééducation, dont la densité est inférieure à la moyenne régionale (-4 points pour les masseurs kinésithérapeutes et -35 points pour les infirmiers au 1er janvier 2013).

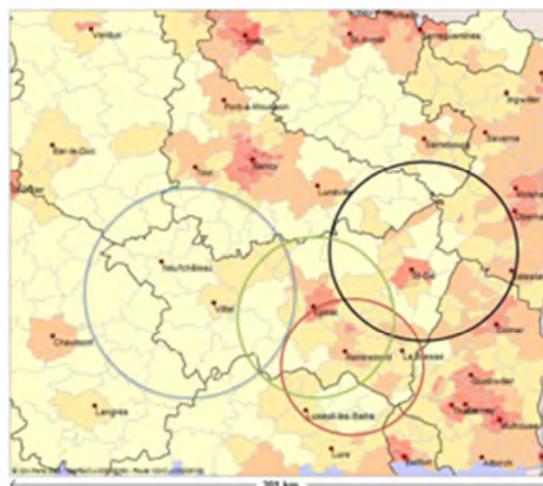
Dans les Vosges, les spécialités les plus marquées sont la cardiologie, la pédiatrie, la radiologie avec de nombreux départs en perspective et des difficultés de recrutement importantes.

L'offre de soins en MCO se caractérise par un maillage territorial globalement satisfaisant. L'activité du secteur public est répartie entre les établissements de l'Ouest Vosgien, Epinal, Remiremont et Saint Dié des Vosges et représente 9,1% des parts de marchés sur la Lorraine.



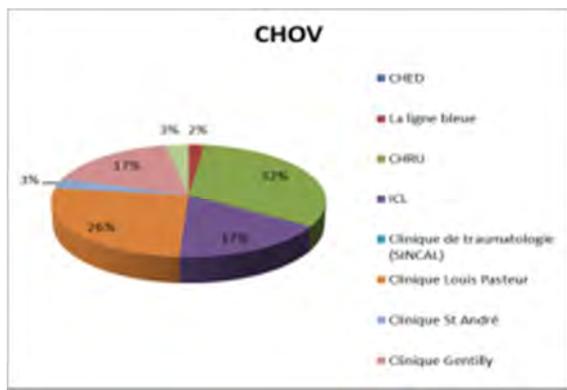
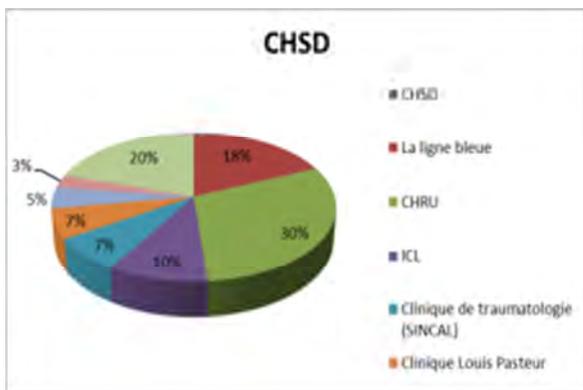
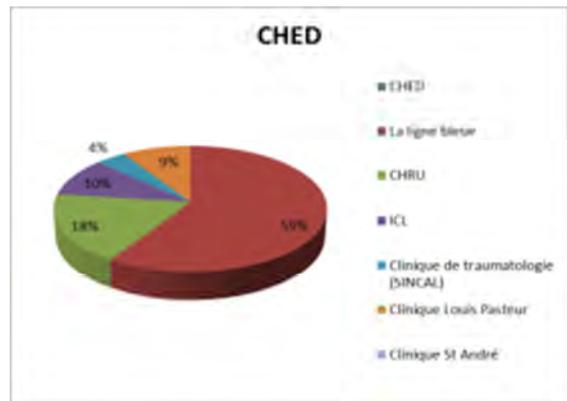
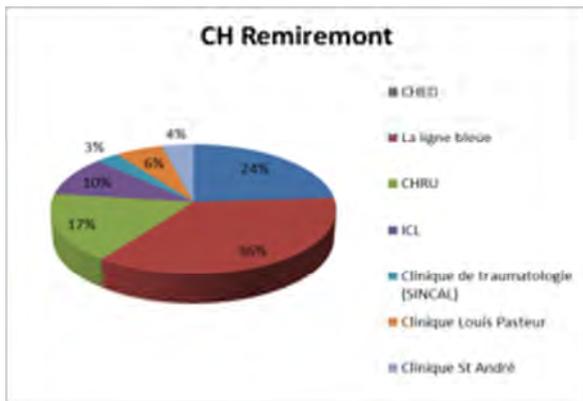
La plupart des établissements MCO se situent à moins d'une heure du CHRU de Nancy.

La zone d'attractivité des établissements de santé couvre l'ensemble du département, voire une partie de la Haute-Marne et de la Haute-Saône pour les territoires de l'Ouest Vosgien et de Remiremont et ses vallées.



La répartition public/privé en nombre de lits sur le court séjour est respectivement de 72.5% contre 27.5% avec toutefois une forte concurrence sur certains segments d'activités, notamment en chirurgie et sur les actes peu invasifs.

Les taux de fuites varient en fonction des établissements, de leur situation géographique, des opérateurs présents sur le bassin de santé et des besoins de recours aux établissements spécialisés.

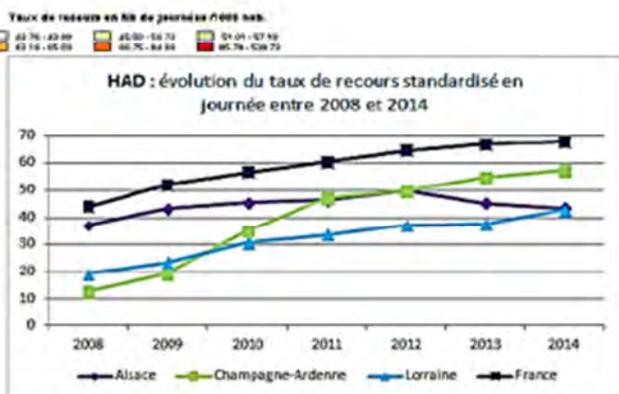
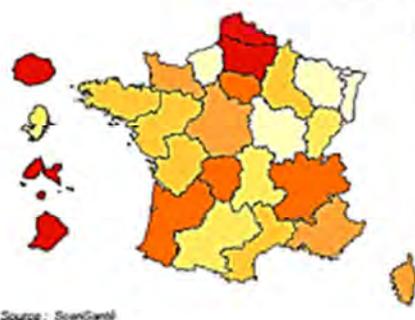


PMSI 2010	Dp54	Dp55	Dp57	Dp88	Région
Séjours > 18 ans					
Nb séjours en HDJ	51 090	8 375	42 654	12 989	115 108
Nb séjours en HC	67 799	14 410	85 681	31 430	199 320
Nb séjours HC + HDJ	118 889	22 785	128 335	44 419	314 428
Part des séjours en HDJ sur le nombre total régional de séjours en HDJ	44.4 %	7.3%	37%	11.3%	100%
Part des séjours en HDJ sur le nombre de séjours (HC +HDJ) par territoire	43%	36.8%	33.2%	29.2%	36.6%

La part des séjours en HDJ demeure inférieure à la moyenne régionale.

Le taux de recours à l'hospitalisation à domicile est particulièrement faible.

Taux de recours HAD en Nb de journées par Région - Année = 2014 - Taux Standardisé
Ensemble de l'Acquie
Taux de recours national : 57,31



A noter, une couverture de l'ensemble du territoire des Vosges relativement, récente qui nécessite de conforter le positionnement de l'HAD dans les filières de soins tant auprès des acteurs hospitaliers, des professionnels libéraux et de la population et la réorientation de l'activité de l'HAD de Gérardmer, initialement obstétricale.

Le taux d'intervention en EHPAD reste faible, malgré l'augmentation constatée ces dernières années.

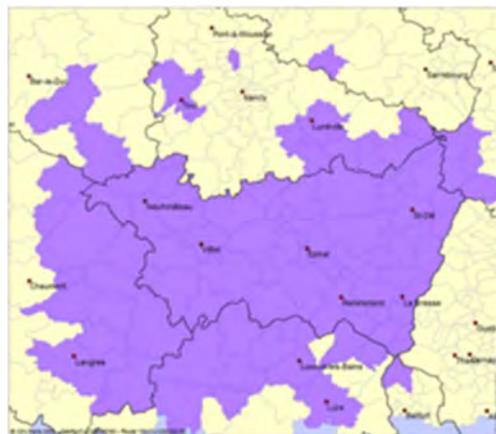


Les activités de moyen et de long séjour sont, quant à elles, inégalement réparties sur le territoire, avec des sous-effectifs en nombre de lits sur Remiremont et ses vallées pour l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et sur la Déodatie, pour les Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

L'offre publique représente 70% des lits installés et 85,6% sont des lits de SSR polyvalents. Les taux d'occupation varient de 62 à 99,26%, selon les établissements.

Les structures ont pour la plupart un rayonnement régional.

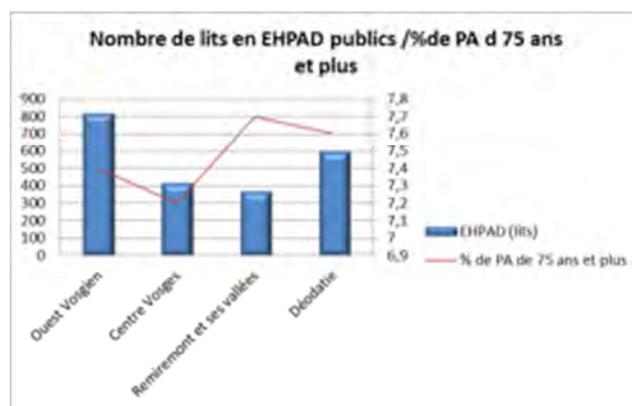
On constate également un développement insuffisant du nombre de places en hospitalisation de jour (0.07), au regard des trois autres départements et du taux moyen régional qui se situe à 0.21.



De manière générale, on relève :

- Des difficultés d'aval avec un engorgement parfois important des lits de SSR ;
- Un défaut de coordination entre SSR spécialisés et SSR polyvalents ;
- Des problématiques liées aux effectifs médicaux et paramédicaux, notamment en ce qui concerne les masseurs kinésithérapeutes majoritairement libéraux, les assistantes sociales et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;
- Des difficultés ciblées sur certaines pathologies liées à des traitements ou des prises en charge trop lourdes (pansements complexes, patients cérébrolésés...).

Concernant l'accompagnement des personnes âgées, bien que le taux d'équipement en nombre de places dans les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et dans les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) soit supérieur à la moyenne régionale, la diversité des structures d'accueil varie en fonction des territoires.



De même, l'offre d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer reste déficitaire, notamment en ce qui concerne les UHR, le nombre de places d'Equipes Spécialisées Alzheimer A Domicile (ESAD) et d'accueil de jour.

S'agissant des soins spécialisés en psychiatrie, si le taux d'équipement est inférieur à la moyenne régionale, notamment sur la psychiatrie infantile, il se caractérise néanmoins par une grande diversité des prises en charge ambulatoires.

Enfin, Si le territoire est globalement couvert par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) somatiques en revanche, il n'existe pas de PASS dentaire, d'équipe mobile assurant le suivi et les soins des personnes en situation de précarité, dans leur lieu de vie ou d'équipe mobile de psychiatrie précarité.

2. La prise en compte des dynamiques de coopérations

L'offre hospitalière du département est composée de 14 établissements publics de santé : quatre Centres Hospitaliers autorisés pour les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), un Centre Hospitalier de proximité et neuf ex-hôpitaux locaux, répartis sur les quatre territoires de santé de proximité que constituent l'Ouest Vosgien, le centre Vosges, Remiremont et ses Vallées et la Déodatine.

Chaque Territoire de Santé de Proximité (TSP) comprend un centre hospitalier et un ou plusieurs ex-hôpitaux locaux.

Ces établissements publics de santé sont engagés depuis plusieurs années dans de nombreuses coopérations, qui relèvent soit d'une démarche de recomposition de l'offre de soins, soit d'une organisation de territoire bâtie sur des liens conventionnels et organiques, en réponse aux difficultés financières et médicales, qui constituent aujourd'hui leurs principales préoccupations.

Type d'établissement	Type de coopérations	Etablissements concernés
CH	Fusions d'établissements	Neufchâteau/Vittel Epinal/Golbey
Ex-hôpitaux locaux		Le Thillot/Bussang Raon l'Etape/Senones (en cours)
Ex-hôpitaux locaux et CH	Directions communes	Lamarche/Val du Madon Bruyères/Rambervillers CH de St Dié des Vosges/Senones/Fraize/Raon l'Etape/Gérardmer (communauté d'établissements)
CH	CHT	Epinal/Remiremont

C'est précisément le cas des centres hospitaliers de Vittel et de Neufchâteau, qui ont cherché à répondre à ces difficultés en fusionnant en 2013. Cette opération s'est accompagnée d'une répartition des activités entre les deux établissements.

Le site de Vittel, d'une capacité de 149 lits, assure aujourd'hui les activités en lien avec ses missions de coordonnateur de la filière gériatrique sur le territoire, tandis que le site de Neufchâteau, d'une capacité de 209 lits, rassemble les activités de chirurgie ainsi que les spécialités de médecine.

Les centres hospitaliers d'Epinal (710 lits) et de Remiremont (310 lits), disposant chacun d'un plateau technique complet et distants de 28 kilomètres, sont pour leur part en direction commune.

L'objectif porté par le Projet Médical Commun, en cours d'élaboration, est de renforcer l'offre publique dont l'éclatement entre les deux établissements constitue un facteur majeur de fragilisation, notamment au regard de l'offre privée qui partage la même zone d'attractivité.

Sur la Déodatie, le centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, d'une capacité de 450 lits, est le seul établissement de niveau 1 de son bassin de santé. Les difficultés financières, connues au début des années 2010, en lien avec des opérations d'investissement, l'ont incité à resserrer ses liens avec les établissements de la communauté dont il fait partie, et à se restructurer fortement en interne.

Aujourd'hui, il existe peu de coopérations entre les établissements MCO des Vosges.

Les acteurs expliquent ce constat par la configuration géographique du territoire (zone de montagne) qui limite l'accès au plateau technique d'Epinal pour les établissements de l'ouest vosgien et de la Déodatie.

Les flux de patients, en direction des établissements de recours, sont orientés dans l'axe sud-nord.

Ils suivent les trois principaux axes routiers qui desservent le territoire et le relie au département de la Meurthe et Moselle, sur lequel se situent le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy et l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL).

Les établissements de santé des Vosges, autorisés en MCO, entretiennent avec ces structures des partenariats, formalisés dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire, dénommé GCS Sud Lorrain.

Porté par le CHRU de Nancy, ce groupement de coopération, créé le 6 janvier 2006, comprend onze établissements parmi ses membres.

Il a pour objet, en dehors de la mutualisation des moyens de « formaliser l'organisation territoriale des soins dans un projet médical coordonné au sein du groupement, établissant les complémentarités et les mutualisations sur la base de chaque projet médical des établissements membres ».

Les ex-hôpitaux locaux, quant à eux, d'une capacité totale de 2 173 lits et places et pour la plupart en direction commune, ont connus de nombreuses restructurations internes liées à la transformation des lits de médecine au profit de lits de SSR.

L'établissement de Fraize est aujourd'hui le seul à détenir des lits de médecine.

Ces établissements sont également impliqués dans des démarches de fusion.

La première, qui concerne les établissements de Bussang et Le Thillot, est effective depuis le 1er janvier 2016.

La deuxième opération de fusion, prévue pour le 1er janvier 2018, concerne les établissements de Raon l'Etape et Senones, en Déodatie, avec pour objectif la création d'un pôle de compétences gériatriques autour des 50 lits de SSR.

En lien avec les généralistes, ils constituent un point d'appui pour la structuration de l'offre de proximité, en particulier en gériatrie, et contribuent à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé libéraux.

De même, leur expertise dans la pratique des problématiques et des réponses organisationnelles, dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et du médico-social, permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population.

Leur territoire correspond au « territoire de proximité », sur lequel ils constituent, par le biais des liens étroits qu'ils entretiennent avec le secteur libéral, le maillon indispensable à l'intégration du GHT « Vosges » à la vie de la cité.

Il existe également sur le département un Centre Hospitalier Spécialisé situé à Mirecourt, dont l'activité essentiellement ambulatoire repose sur la notion de secteur psychiatrique. Cet établissement, en direction commune avec le CPN de Laxou a été rattaché au GHT 7, porté par le CHRU de Nancy.

Enfin, les établissements publics de santé des Vosges ont toujours entretenu d'étroites relations avec les plateaux techniques Nancéens, que ce soit avec L'institut de Cancérologie de Lorraine (ICL), qui occupe une place particulière en tant qu'établissement de recours dédié à la lutte contre le cancer, ou encore le CHRU de Nancy.

En particulier, dans le cadre des GHT et conformément à l'article L. 6132-1.-III, le Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges sera associé au **CHRU de Nancy**, par le biais d'une convention d'association, signée avec l'établissement support, pour les missions mentionnées au IV de l'article L.6132-3 :

- 1°-Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- 2°-Les missions de recherche dans le respect de l'article L.6142-1 ;
- 3°-Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- 4°-Les missions de référence et de recours, dans une logique de filière et de gradation des prises en charge.

Cette association, dont les parties prenantes s'attachent à considérer le caractère fondamental et structurant, se traduit dans la convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire Sud Lorrain qui stipule que « *le comité médical de coordination est plus particulièrement chargé :*

- *De préparer toutes mesures visant à faciliter les relations entre les équipes médicales des membres du groupement ;*
- *De favoriser le recrutement des compétences médicales nécessaires aux membres du groupement ;*
- *De faire toutes propositions visant à faciliter la mise en place d'équipes médicales communes ou à temps partagé ».*

B. La phase de construction

1. Le concept de gradation des soins rapporté au territoire des Vosges

Une gradation des soins en quatre niveaux a été retenue, en référence à la catégorisation définie par la région Rhône-Alpes dans l'élaboration du SROS 2 :

- **Le niveau de proximité**, structuré autour de la médecine, de la chirurgie polyvalente et des ex-hôpitaux locaux. Il correspond à la desserte du bassin de vie, sur lequel les établissements sont implantés ;
- **Le niveau de proximité renforcé**, qui comprend quelques spécialités chirurgicales et médicales et peut comporter des équipements lourds ;
- **Le niveau de référence**, doté d'un plateau technique plus spécialisé, qui correspond à la desserte du bassin hospitalier, considéré comme établissement pivot du secteur ;
- **Le niveau de recours universitaire**, à l'échelle régionale, qui propose une offre de soins hautement spécialisée.

Sur cette base, la cartographie du GHT Vosges définit trois Territoires de Santé de Proximité (TSP), correspondant à la notion d'hospitalisation de proximité :

- Deux sont desservis par des pôles de proximité renforcés et comptabilisent chacun moins de 90 000 habitants.

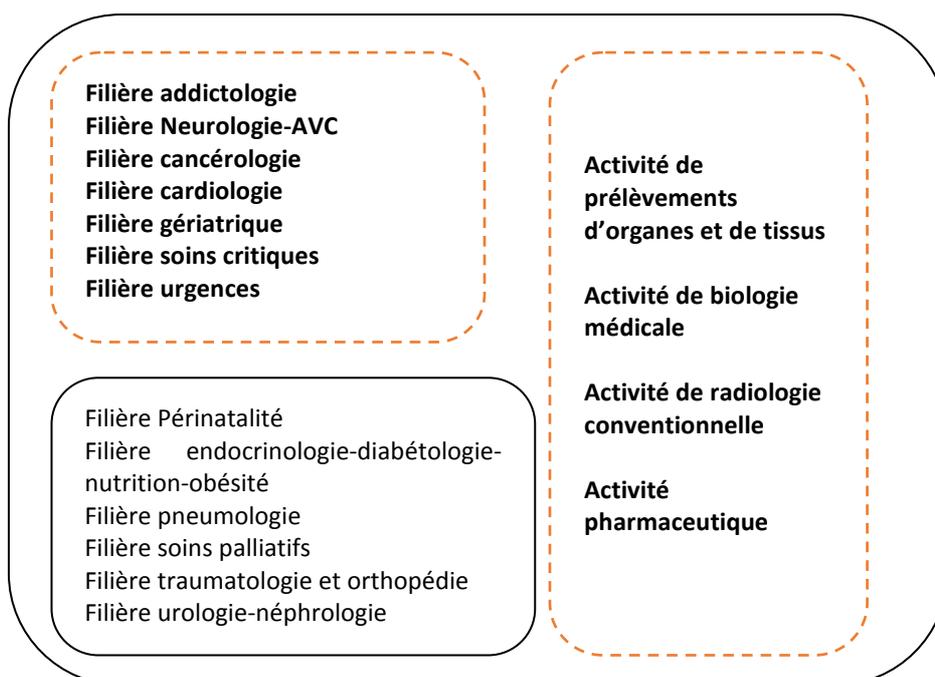
Il s'agit précisément du territoire de l'Ouest Vosgien, qui associe les centres hospitaliers de Neufchâteau et Vittel ainsi que les ex-hôpitaux locaux de Lamarche et du Val du Madon, **et du territoire de la Déodatie**, qui rassemble autour du centre hospitalier de St Dié-des-Vosges le centre hospitalier de Gérardmer et les ex-hôpitaux locaux de Senones, Raon l'Etape et Fraize.

- Un territoire comprend un pôle de référence.

Réunissant le Centre Vosges et Remiremont et ses vallées, il compte à lui seul plus de 230 000 habitants et comprend, outre le centre hospitalier d'Epinal, le centre hospitalier de Remiremont, ainsi que les ex-hôpitaux locaux de Bruyères, Rambervillers, Chatel sur Moselle et de la Haute Vallée de la Moselle.

2. Le choix des filières de soins

Quatorze filières de soins et quatre activités ont été identifiées, en lien avec les besoins de santé du territoire et les axes stratégiques du SROS-PRS de Lorraine 2012-2017, par les Présidents de CME et les Directeurs des établissements parties au groupement.



L'organisation par filières, au 30 juin 2017, concerne les sept filières de soins que sont l'addictologie, la neurologie/AVC, la cancérologie, la cardiologie, la gériatrie, les soins critiques et les urgences, ainsi que l'activité de prélèvements et les activités médico-techniques.

Les critères de priorisation ont été les suivants :

- La cohérence avec les besoins de santé du territoire et les axes stratégiques du SROS-PRS de Lorraine 2012-2017
- La pertinence au regard de l'articulation avec le PMP du GCS Sud Lorrain et la communauté psychiatrique de territoire
- La place des établissements publics de santé des Vosges, à chaque niveau de prise en charge

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) n'étant pas spécifique à la gériatrie, celle-ci a été abordée sur l'ensemble des filières ayant recours à ce type de prise en charge.

Il en a été de même pour la filière santé mentale, pour laquelle les professionnels du CHS de Ravenel ont été associés à l'élaboration du Projet Médico-soignant, principalement sur les filières urgences et gériatrie.

3. Le travail de recomposition du système d'acteurs

Parce que la « *coopération entre les établissements parties au GHT ne saurait être un simple cumul des activités réalisées par chacun des établissements*¹ », l'analyse de l'offre de soins dans son ensemble et plus particulièrement des liens que chaque établissement entretient avec les autres acteurs du territoire, est indispensable.

Pour comprendre ce qu'est le territoire des Vosges, ses enjeux, la première étape a donc été de se rapprocher des acteurs.

La grille d'entretien proposait deux axes d'évaluation.

Le premier questionnait les activités réalisées par les établissements : **qui fait quoi ? Avec quels moyens humains ? Et quel niveau d'efficience ?**

Le deuxième abordait la question des pratiques professionnelles : **qui travaille avec qui ? Avec quel niveau de coopération ? Et quels projets à venir ?**

¹ HUBERT J., MARTINEAU F., mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport intermédiaire*, Paris : la documentation française, 52 p, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>

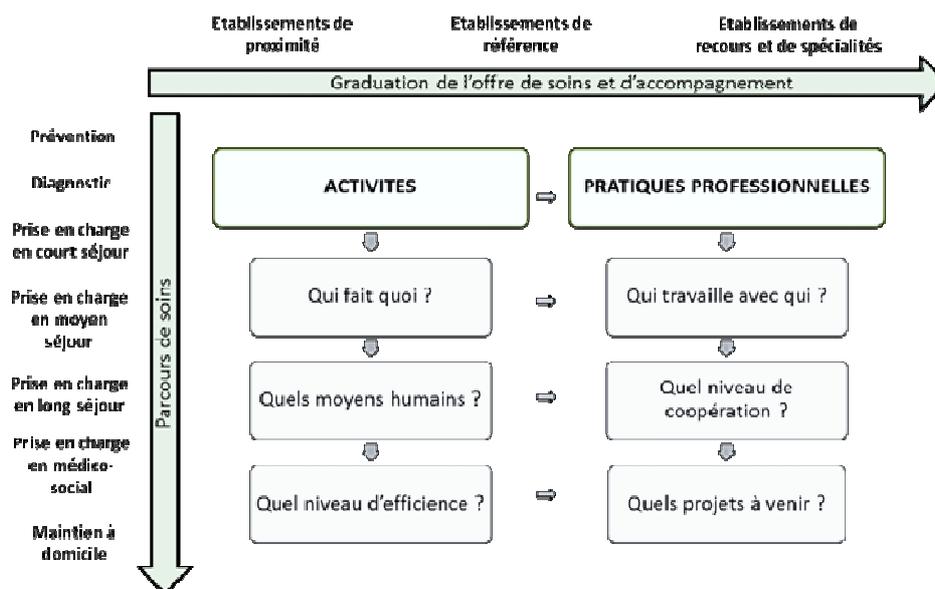


Figure n°2 : Matrice élaborée en vue de l'étude des « flux hiérarchisés » pour chacune des filières

Etape 1 : Réaliser par filière une cartographie de l'existant

Si « *chaque filière correspond à un parcours ou une succession de soins, impliquant différents modes de prise en charge, pour des indications de prise en charge analogues, pouvant porter sur un profil de patients homogènes²* », organiser les filières, dans une approche systémique, nécessite au préalable de décrire les principes d'organisation de chacune des activités, sur chaque établissement, portant sur :

- Les plateaux techniques ;
- Les consultations et actes externes ;
- Les urgences et soins non programmés ;
- L'hospitalisation de jour, conventionnelle, à domicile ;
- Les soins de suite et de réadaptation ;
- Les soins de longue durée et les prises en charge médico-sociales.

Etape 2 : Modéliser pour chacune des filières les parcours de soins

Pour chaque filière, une modélisation des parcours de soins a été réalisée.

Cette démarche, validée par les acteurs et complétée par l'étude des conventions et des données d'activité, a permis de caractériser le territoire d'action du GHT Vosges, sa dynamique, ses enjeux.

² Définition des filières, Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission, Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU, Février 2016.

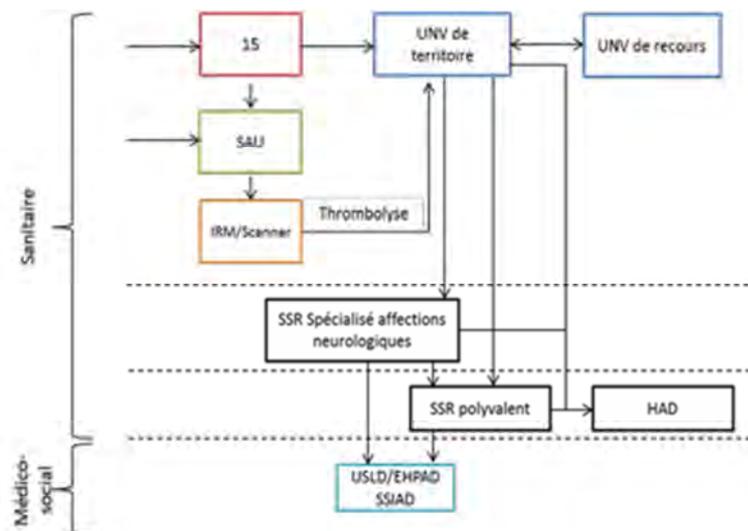


Figure n°2 : Modélisation de la filière AVC en lien avec la Circulaire du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC

Etape 3 : Prendre en compte les critères de pertinence, de faisabilité et d'opportunité

Plusieurs axes de réflexion ont été définis pour chacune des filières, à partir du diagnostic de situation. Ces pistes de réflexion ont intégré les propositions faites par l'Agence Régionale de Santé Grand Est.

2. Les points d'attention

Cette grille d'analyse a vocation à appuyer les travaux des GHT. Elle a été réalisée sur la base des anciens SROS-PRS des antes régions et des plans nationaux. Quelques points méritent une attention particulière des acteurs

Les mutualisations

Compte tenu de la situation défavorable de la démographie des professionnels de santé, de la nécessaire organisation d'une offre de soins graduée par filière,

les mutualisations doivent être le fil conducteur des PMP quelle que soit la thématique abordée. Elles doivent être clairement identifiées.

Le principe de la gradation des soins (niveau de recours, niveau de proximité) dans une logique de parcours nécessite d'identifier les liens entre les établissements

du GHT ainsi que leur niveau de complémentarité, d'inclure les structures d'aval (médicosocial, SSR...) facilitant la fluidité de celui-ci.

Dans une logique d'approche parcours, le SSR n'est pas identifié comme thématique mais doit être abordé dans chacune d'entre elle.

Les activités de recours

Celles du GHT doivent être identifiées.

Le rôle de coordination des CHU : enseignement, formation initiale des personnels médicaux, recherche, activité de référence et de recours, gestion de la démographie médicale doit être précisé.

Les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète

Orientation forte du plan triennal, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète doit être un axe fort du PMP : chirurgie ambulatoire,

hospitalisation de jour de médecine et de SSR,

HAD, dispositifs PRADO, dialyse péritonéale....

La formation des professionnels de santé

La formation des professionnels, PM et PNM et l'engagement dans une politique de développement des bonnes pratiques doivent faire l'objet d'une réflexion à l'échelle du territoire du GHT

et apparaître dans le PMP, ce qui sous-tend, une mutualisation des moyens (formation communes....).

Les populations en situation de vulnérabilité

Une attention particulière doit être portée à la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité (femmes enceintes, jeunes, détenus, publics précaires....) et doit apparaître dans les thématiques traitées ci-dessous.

Etape 4 : Elaborer un plan d'actions et définir les indicateurs de suivi et dévaluation

Le Projet Médico-Soignant s'appuie sur une dynamique de territoire portée par les Présidents de CME, les Directeurs des établissements parties au groupement et la Présidente de la CSIRMT du GHT, sur les compétences des professionnels de santé, la capacité d'initiative et surtout l'engagement collectif des établissements.

Ont été associés à la construction des plans d'actions les professionnels des quatorze établissements de santé des Vosges, ainsi que l'Institut de Cancérologie de Lorraine, le Centre Hospitalier de RAVENEL et les établissements d'hospitalisation à domicile HAD Korian.

La CSIRMT a collaboré à la définition des actions paramédicales sur les filières. Ainsi, un pilote et un co-pilote paramédical ont participé aux réunions de travail sur chacune des filières, pour la période de février à juin 2017.

Des fiches actions fondées sur une cohérence des objectifs médicaux et paramédicaux ont été rédigées. Certaines concernent plus particulièrement l'organisation médicale ou paramédicale, tandis que d'autres s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé.

Cette méthode a retenu toute l'attention des professionnels paramédicaux de la CSIRMT du GHT, mettant en exergue les complémentarités médicales et soignantes nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans le Projet Médico-Soignant du GHT.

En outre, une attention particulière a été portée dans la prise en compte du volet « social » des besoins sur le territoire et dans l'importance que revêt l'éducation thérapeutique dans la prévention des maladies et des récidives.

Concernant la mise en œuvre de ces actions, des groupes de travail seront constitués sur le même modèle en associant selon les thématiques les personnes ressources qualifiées sur le sujet, issues des établissements membres.

A ce titre, afin d'avoir une meilleure représentation des professionnels de santé contribuant à la prise en charge des patients dans nos structures, la CSIRMT du GHT « Vosges » a souhaité valider la participation des sages-femmes, des assistantes sociales et des psychologues en tant qu'invités permanents à cette instance et aux groupes de travail.

Au total, ce sont plus de **100 professionnels** : Praticiens Hospitaliers, Directeurs et professionnels de santé paramédicaux, membres de la CSIRMT, du GHT qui ont été impliqués et qui se sont investis dans la définition et la rédaction des plans d'actions.

Une matrice commune à toutes les filières a par ailleurs été conçue pour l'occasion.

NOM DE L'OBJECTIF				
Date validation fiche action		Etat d'avancement		
Référence aux orientations stratégiques du PMP				
Objectif de l'action				
Description de l'action				
Référents de l'action				
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Etat d'avancement	Commentaire
	Etape 1			
	Etape 2			
	Etape 3			
	Etc			
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				
Points d'attention*				
	<i>Typologie de risques, éléments de maîtrise souhaités, Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), etc</i>			

II. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICO-SOIGNANT

Les orientations stratégiques du Projet Médico-Soignant déterminent les objectifs sur le long terme, le but à atteindre, en tenant compte des forces et des faiblesses, des ressources et de l'environnement.

Elles ont pour mission de définir une stratégie globale de prise en charge dans laquelle s'inscrivent les établissements du groupement pour mettre en place des actions coordonnées.

A. Les objectifs médicaux

Les objectifs médicaux sont déclinés en cinq axes, comportant chacun plusieurs objectifs opérationnels.

Les trois premiers objectifs répondent à une logique de santé publique visant à renforcer l'offre de soins sur le territoire.

Il s'agira en particulier pour les établissements de santé :

- D'organiser les parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge et de définir les modalités de coordination à toutes les étapes du parcours, en associant le champ ambulatoire et le médico-social ;
- De renforcer les activités de proximité et de référence en développant entre autre les spécialités médicales, chirurgicales, les activités de prévention et d'éducation thérapeutique, les consultations spécialisées ;
- D'accompagner la fragilité et la vulnérabilité en adaptant et en diversifiant l'offre de soins dédiée aux personnes âgées, en développant les actions communes et le partage de l'expertise dans le champ de la santé mentale ainsi que les dispositifs spécifiques d'accès à la santé, en lien avec la politique de la ville.

Ces objectifs trouvent leur justification d'une part, dans l'existence de modes de coopérations établis le plus souvent à partir de liens interpersonnels, et d'autre part, en raison des conditions de vie parfois précaires de la population, associées à des problèmes d'éloignement ou d'isolement géographique.

Le quatrième objectif, quant à lui, est en réponse à la problématique de la démographie médicale. Il s'agira pour les établissements de santé de développer des actions visant à renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire et de définir en lien avec les missions du CHRU, une politique de gestion prospective des compétences médicales.

La justification de cet objectif tient dans le fait que le maintien d'un service public de qualité nécessite avant tout de disposer d'équipes médicales et paramédicales compétentes et stabilisées dans le temps.

Enfin, **le dernier objectif** aborde la question de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins, à travers notamment l'harmonisation de la politique de formation, la recherche du « juste soin » et la réponse coordonnée aux situations sanitaires exceptionnelles.

AXE STRATEGIQUE N°5 : CONTRIBUER A L'AMELIORATION DE LA SECURITE ET DE LA QUALITE DES PRATIQUES ET DES ORGANISATIONS DE SOINS	
<u>Objectif opérationnel 5.1</u>	<p>Diffuser les bonnes pratiques professionnelles et la culture qualité, sécurité des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer le recours aux méthodes pédagogiques innovantes, telles que les simulations en santé, en formation initiale et continue ➤ Définir une politique qualité, sécurité des soins commune aux établissements, en faveur de la promotion du signalement, de l'évaluation des pratiques professionnelles, de la connaissance et du respect des droits du patient, de la bientraitance et de la réflexion éthique
<u>Objectif opérationnel 5.2</u>	<p>Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Définir une politique de formation initiale unifiée sur le territoire ➤ Encourager et développer les programmes de développement professionnel continu ➤ Formaliser et mutualiser les procédures par le biais de procédures et de documents types
<u>Objectif opérationnel 5.3</u>	<p>Promouvoir l'efficacité des organisations</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Privilégier le « juste soin » ➤ Promouvoir le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux
<u>Objectif opérationnel 5.4</u>	<p>Apporter une réponse coordonnée aux situations sanitaires exceptionnelles sur le territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordonner les procédures « hôpital en tension » ➤ Développer les procédures communes et coordonnées de gestion de crise
<u>Justification</u>	<p>La notion de qualité recouvre les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'efficacité en référence à un résultat attendu et sous-entendu dans la recherche d'un bénéfice pour la personne, - La sécurité, basée sur le principe de ne pas nuire, est la capacité d'empêcher ou d'éviter la survenue d'événements indésirables ou d'infections nosocomiales - L'accessibilité en tant que facilité d'accès à la santé au bon moment - L'efficacité en référence à un usage optimal des ressources - Le respect des droits de l'utilisateur, sa participation aux choix thérapeutiques, le respect de sa dignité, de la confidentialité des informations le concernant.
<u>Résultats attendus</u>	<p>La satisfaction des usagers L'atteinte des objectifs fixés par les établissements de santé et traduit dans les comptes qualité, en termes d'efficacité, de sécurité, d'accessibilité, d'efficacité et de respect des droits des usagers</p>
<u>Liens avec les plans et programmes nationaux et régionaux</u>	<p>SROS-PRS 2012-2017 PRGDR</p>

SYNTHESE DES OBJECTIFS MEDICAUX

Axe 1

Structurer la réponse aux besoins de santé

- **Objectif opérationnel 1.1:** Organiser les parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge
- **Objectif opérationnel 1.2:** Définir les modalités de coordination à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant le champ ambulatoire et le médico-social

Axe 2

Renforcer les activités de proximité et de référence

- **Objectif opérationnel 2.1:** Améliorer l'accès aux spécialités médicales et chirurgicales et aux plateaux techniques, soutenir et spécialiser l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation
- **Objectif opérationnel 2.2:** Limiter les inadéquations de prise en charge et éviter le recours à des hospitalisations non pertinentes

Axe 3

Accompagner la fragilité et la vulnérabilité

- **Objectif opérationnel 3.1:** Adapter et diversifier l'offre de soins dédiée aux personnes âgées et aux personnes handicapées
- **Objectif opérationnel 3.2:** Favoriser l'accès aux soins des personnes en difficultés

Axe 4

Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé

- **Objectif opérationnel 4.1:** Renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire
- **Objectif opérationnel 4.2:** Définir avec le CHRU, en lien avec ses missions, une politique de gestion prospective des compétences médicales

Axe 5

Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations

- **Objectif opérationnel 5.1:** Diffuser les bonnes pratiques professionnelles et la culture qualité, sécurité des soins
- **Objectif opérationnel 5.2:** Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles
- **Objectif opérationnel 5.3:** Promouvoir l'efficacité des organisations
- **Objectif opérationnel 5.4:** Apporter une réponse coordonnée aux situations sanitaires exceptionnelles sur le territoire

B. Les axes transversaux du projet de soins

Lors de l'installation de la CSIRMT du GHT, le 14 décembre 2016, neuf axes transversaux au projet de soins ont été définis par les membres de la commission :

- L'optimisation des parcours de soins
- Le développement du sens clinique
- Le partage de l'expertise
- La promotion de la démarche éthique
- La définition d'un socle commun de valeurs soignantes

Ces axes mettent en exergue la volonté des membres de la CSIRMT du GHT de faire converger les pratiques professionnelles paramédicales quelques fois éloignées les unes des autres, par le biais de la formation apportée aux différents établissements et toujours dans un souci de qualité de prise en charge.

L'objectif est de donner du sens et de la lisibilité au parcours patient, d'éviter les risques de ruptures dans les interfaces au sein du territoire.

C'est aussi relever le défi d'une meilleure coopération entre les professionnels (hôpital et ville/hôpital) autour du patient, tout en tenant compte du contexte économique contraint.

Par ailleurs, les instituts de formation en santé du territoire vosgien ont notamment pour projet d'harmoniser leurs projets pédagogiques et d'accompagnement des apprenants en stage, afin de répondre eux aussi aux besoins sanitaires de ce territoire et de leur bassin de santé respectif.

Dans cette optique, en articulation avec les directions des soins des différents établissements du GHT Vosges, une politique de stage territorialisée mobilisant l'ensemble des acteurs de la formation des infirmiers et aides-soignants a été formalisée dans l'esprit de l'instruction ministérielle du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière.

Celle-ci promeut le développement d'une politique d'accompagnement et de formation à l'approche par compétences des tuteurs et la mise en place sur le territoire de parcours qualifiants et professionnalisants, grâce à une politique d'encadrement visant à permettre aux apprenants :

- D'approfondir la compréhension de leur futur monde professionnel et en adopter les attitudes appropriées, dans un contexte en mutation profonde ;
- De prendre conscience des valeurs et de la dimension éthique de leur futur exercice professionnel, et de la responsabilité inhérente à leur future fonction ;
- D'intervenir de manière sécuritaire auprès des patients, en pratiquant la remise en question ;
- De développer des compétences en matière de relations interpersonnelles.

Déclinés sous forme de fiches actions, les thématiques ont été travaillées par un pilote et un co-pilote membres de la CSIRMT.

AXE TRANSVERSAL N°1 : DEVELOPPER LE PARTAGE DES EXPERTISES SOIGNANTES SUR LE TERRITOIRE				
Date validation fiche action	06/06/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n° 2 : Renforcer les activités de proximité et de référence			
Objectifs de l'action	Permettre l'accès aux expertises soignantes Concourir à l'amélioration des pratiques Harmoniser les pratiques sur le territoire Développer les compétences soignantes sur le GHT			
Description de l'action	Mettre en commun les ressources d'expertises présentes au sein des établissements membres du GHT, et partager par un dispositif de MAD des personnes ressources, les connaissances et savoirs-faire.			
Référents de l'action	Représentants de la CSIRMT du GHT : Mme BEDEL - M. GEROME			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Recenser les ressources d'expertises au sein du GHT et établir une cartographie de celles-ci	janv-18	Envoi d'un fichier excel de recueil des données aux Ets membres (Cf : annexe 1)
	Etape 2	Créer des groupes par expertise afin de partager les connaissances et les savoirs-faire	juin-18	Définir les modalités de fonctionnement des groupes Définir les modalités d'accès aux expertises par les professionnels sur le territoire Définir les champs d'expertises à travailler en priorité
	Etape 3	Créer un site internet permettant l'accès aux expertises proposées ainsi qu'aux formations dispensées	juin-19	Faire le lien avec les plans de formation des Ets
	Etape 4	Créer des filières de prise en charge spécifique en fonction des établissements du GHT et des réalités géographique	dec-19	par chaque groupe de travail en fonctions des expertises.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	31/12/2019	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Portefeuille de professionnels experts sur le territoire		
	Moyens (hors RH) :	Courriers types		
	SI :	Site internet		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Existence d'une cartographie des expertises sur le territoire Existence d'un site internet Nb d'interventions d'experts sur le GHT Questionnaire de satisfaction des Ets			
Points d'attention*				

AXE TRANSVERSAL N°2 : DEVELOPPER LE SENS CLINIQUE DES PROFESSIONNELS ET DES ETUDIANTS				
Date validation fiche action	06/06/17	Etat d'avancement		Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité			
Objectifs de l'action	Tous les professionnels ou étudiants des établissements du GHT bénéficient d'un accompagnement dans le perfectionnement ou l'acquisition du raisonnement clinique (questionnement, analyse, ...)			
Description de l'action	Proposer un accompagnement ou tutorat dans un parcours professionnalisant, proposer des formations (bientraitance, raisonnement clinique, APP) et développer les analyses de pratiques professionnelles			
Référents de l'action	Référents CSIRMT du GHT : Mme FERREIRA Martine et Mme FELDNER Nathalie			
Etapes de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape	Echéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Elaborer ou optimiser un parcours professionnalisant pour chaque professionnel ou étudiant	juin-18	Mettre en place un parcours de progression lors de toute arrivée d'un professionnel ou étudiant dans un service ainsi qu'un accompagnement ou tutorat par un pair (utilisation de grilles existantes dans certains services)
	Etape 2	Favoriser le partenariat avec l'IFAS - IFSI	juin-18	Rencontre avec les formateurs pour construire le parcours de progression et le suivi des étudiants
	Etape 3	Favoriser la formation continue, la recherche, l'information	juin-18	En fonction de l'étape du parcours professionnalisant, proposer au professionnel ou à l'étudiant des formations, des informations, ou des temps de recherche
	Etape 4	Développer les analyses de pratiques professionnelles, promouvoir l'analyse réflexive	juin-18	Former des professionnels à la méthodologie d'Analyses de Pratiques. Mettre en place des APP courtes dans tous les services.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/01/2018	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	01/06/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre d'APP mises en place, nombre de formations aux APP Nombre de rencontres avec les formateurs et les encadrants, traçabilité de la réflexion du groupe APP (synthèse et pistes d'amélioration). Nombre de parcours professionnalisant construits			
Points d'attention*	Collaboration avec les instituts de formation : les équipes pédagogiques peuvent être un appui pour la construction du dispositif, articulation avec les projets de formations Nouvelle législation concernant les actes exclusifs IBODE en janvier 2018 : rencontres avec les instituts spécialisés			

AXE TRANSVERSAL N° 3 : DEFINIR UN SOCLE COMMUN DE VALEURS SOIGNANTES AU SEIN DU GHT				
Date validation fiche action	06/06/17	Etat d'avancement		Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé			
Objectif de l'action	Tous les professionnels des établissements du GHT travaillent ensemble, partagent les mêmes valeurs soignantes et positionnent le patient au centre du soin			
Description de l'action	Identifier les valeurs soignantes des membres de la CSIRMT du GHT au travers des personnels de chaque établissement. Y intégrer les valeurs d'humanité, de dignité et de bienveillance			
Référents de l'action	Référents CSIRMT du GHT : Mme FERREIRA Martine et Mme FELDNER Nathalie			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom de l'étape	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Identifier 4 valeurs soignantes auprès des professionnels au sein de chaque établissement membres du GHT	oct-17	Réalisation d'un état des lieux des valeurs de chaque établissement au moyen d'un questionnaire en ligne (3 questions : citer 4 valeurs professionnelles, expliquer pourquoi ces valeurs sont importantes pour la pratique professionnelle ? Existe-t'il dans votre établissement un support (Charte, conception des soins...) dans lequel des valeurs professionnelles sont citées). Validation du questionnaire en CSIRMT de GHT, Distribution du questionnaire aux directions des soins des établissements membres du GH ainsi qu'aux directions des IFSI/IFAS.
	Etape 2	Mise en commun et synthèse en groupe de travail puis validation en CSIRMT de la GHT	nov-17	Les valeurs les plus souvent identifiées ou les plus explicitées sont reprises par un groupe de travail (représentants des établissements du GHT) puis validées en CSIRMT de GHT
	Etape 3	Diffuser les valeurs soignantes retenues au sein des établissements du GHT	janv-18	Définir avec le groupe de travail sous quelle forme ou support la diffusion peut-être faite : Charte, ou autre support, ... Affichage dans les services, diffusion par le bulletin qualité dans chaque établissement, Présentation aux CSIRMT de chaque établissement
	Etape 4	Formaliser les valeurs retenues dans les projets de soins ou de formation des établissements		Rédaction d'une Charte (ou autre support à définir) identifiant les valeurs soignantes retenues. Dégager les actions de formation nécessaires.
	Début prévisionnel :	01/10/2017	Début réel :	
Échéance prévisionnelle / réelle	Échéance prévisionnelle :	01/01/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres :			
Modalité de suivi de l'action (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	Affichage dans les établissements. Intégration des valeurs soignantes dans les projets de soins des établissements membres du GHT ainsi que dans les plans de formations			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de questionnaires renseignés Nombre de projet de soins impactés par l'intégration des valeurs soignantes définies par la CSIRMT du GHT Nombre d'actions de formation nécessaires définies en lien avec les valeurs arrêtées par la CSIRMT du GHT			
Points d'attention*				

AXE TRANSVERSAL N°4 : PROMOUVOIR LA DEMARCHE ETHIQUE SUR LE TERRITOIRE				
Date validation fiche action	06/06/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p align="center"> Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n° 2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité Filière transverrale santé mentale </p>			
Objectifs de l'action	<p>Apporter une aide à la réflexion sur des questionnements éthiques au sein des Ets de santé du GHT Vosges notamment à ceux ne bénéficiant pas de cette instance. Partager des réflexions et avis exprimés par des comités éthiques Eviter les situations d'obstination déraisonnable</p>			
Description de l'action	Promouvoir la démarche éthique sur le territoire et faciliter l'accès aux professionnels de santé aux comités éthiques existants			
Référents de l'action	Représentantes de la CSIRMT du GHT : Mme LALEEVE Isabelle - Mme HENZLER			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Recenser les comités éthiques existants sur le territoire	juin-18	Y compris leurs spécificités, leurs compétences, leurs fonctionnements
	Etape 2	Etablir un logigramme définissant les modalités de saisine des comités existants	juin-18	Préciser les interlocuteurs ressources et modalités d'accès
	Etape 3	Communiquer les modalités d'accès aux comités éthiques aux établissements membres	juin-18	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Portefeuille de professionnels et usagers faisant parties de comités éthiques, directions, directions des soins, médecins...		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Existence d'une cartographie des comités éthiques sur le territoire Nb de logigrammes formalisés Nb de nouveaux professionnels participants aux comités éthiques depuis la mise en œuvre de l'action</p>			
Points d'attention*				

AXE TRANSVERSAL N°5 : OPTIMISER LA FLUIDITE DU PARCOURS PATIENT COMPLEXE SUR LE TERRITOIRE				
Date validation fiche action	06/06/17	Etat d'avancement		Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé</p> <p>Axe n° 2 : Renforcer les activités de proximité et de référence</p> <p>Axe n° 3 : Accompagner la fragilité et la vulnérabilité</p> <p>Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité</p>			
Objectifs de l'action	<p>Fluidifier le parcours du patient sur le territoire</p> <p>Faciliter l'accès aux soins aux usagers du territoire</p> <p>Développer les liens ville/hôpital</p>			
Description de l'action	Favoriser les liens et développer les outils inter-établissements et ville/hôpital afin d'apporter une réponse à la nécessité de fluidité du parcours du patient complexe			
Référents de l'action	Référents CSIRMT : Mmes DUFOUR Dany et THIEBAUT Carole			
Étapes de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Étape	Échéance	Commentaire
	Étape 1	Créer un référentiel/lexique du parcours patient commun intégrant une terminologie commune	1er trimestre 2018	Poursuivre les travaux déjà engagés sur le territoire afin de les adapter au GHT Vosges
	Étape 2	Définir le patient "complexe"	1er trimestre 2018	Le groupe de travail s'attachera à décrire à partir de quand une situation de patient devient complexe. Cette démarche doit permettre de définir à quel moment, dans quelles circonstances un établissement fera appel à la cellule de coordination de parcours territoriale, les parcours "simples" étant définis au sein des filières spécifiques.
	Étape 3	Créer une cellule de coordination territoriale permettant la PEC de situations de patients complexes	1er semestre 2018	La cellule de coordination a pour but de mettre en lien des dispositifs existants, tels que le PCT, PAERPA, MAIA, HAD, SSIAD, CLIC... De servir de structure d'appui aux établissements membres du GHT tant en inter-établissements que dans le cadre des relations ville/hôpital afin d'éviter les ruptures de PEC dans les situations de patients "complexes". Définir les modalités de recours à la cellule de coordination. Décrire l'organisation de la cellule d'appui et ses missions
	Étape 4	Validation CSIRMT et Comité Stratégique de GHT	Fin 1er semestre 2018	Faire valider la création de ce dispositif, ses missions et modalités de fonctionnement en instances de GHT
	Étape 5	Construire un plan de communication	2eme semestre 2018	Promouvoir la cellule de coordination territoriale et la faire connaître à l'ensemble des acteurs du territoire de la GHT Vosges
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/01/2018	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	2ème semestre 2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Portefeuille de professionnels experts sur le territoire et gestionnaires de lits, de parcours patient, Assistantes sociales		
	Moyens (hors RH) :	Groupe de travail pluri-professionnel		
	SI :			
	Autres :			
Évaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Existence d'un référentiel parcours patient commun sur le territoire</p> <p>Nb de FSEI en lien avec le parcours patient</p> <p>Nb de parcours complexes pris en charge par la cellule de coordination</p>			
Points d'attention*	Une attention particulière doit être portée à l'expérimentation de la PTA sur l'Ouest Vosgien			

III. LE PROJET « FILIERES ET ACTIVITES DE SOINS »

A. La filière addictologie

« L'addictologie, par son versant de consommation de produits, concerne de nombreux séjours hospitaliers directement ou indirectement. Les principaux responsables ont pignon sur rue. En effet, le tabac et l'alcool sont les ennemis publics n° 1 et 2, premières causes de mortalité évitable, dans notre territoire comme ailleurs.

Une des missions de l'addictologie hospitalière est de profiter d'un séjour hospitalier pour aider le patient consommateur à modifier sa trajectoire et prévenir une morbi-mortalité fréquente surtout si les dommages sont déjà présents.

Le principe de la Réduction Des Risques et des Dommages est de saisir toute opportunité d'inciter au changement de comportement.

Des interventions, parfois brèves, auprès de nombreux patients peuvent aboutir à un effet important en terme de santé publique avec un investissement d'autant plus rentable que l'ensemble de la communauté hospitalière est sensibilisé à cette stratégie (autre mission de l'addictologie hospitalière).

Notre région frontalière a un profil de consommation de substances illicites. Ceci est, à contrario de l'image qu'on pourrait en avoir, encore plus une réalité en zone rurale, et notre territoire est très concerné.

L'addictologie hospitalière agit, en complément des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), notamment dans l'initialisation des Traitements de Substitution aux Opiacés. Ces Traitements de Réduction Des Risques et des Dommages permettent à de nombreux usagers de drogues d'éviter les conséquences médicales, sociales et judiciaires liées à leur(s) dépendance(s).

Le succès de la lutte contre l'hépatite C passe par un accès facilité aux TSO. Encore faut-il que la médecine générale accepte de relayer cette prise en soins, ce qui n'est, hélas, pas le cas sur l'ensemble de notre territoire.

Sur cette base constante de l'addictologie, s'ajoute la consommation de plus en plus fréquente et banalisée de la cocaïne au fort craving dès les premières consommations.

Quant au cannabis, sa consommation fréquente dans la population, malgré son statut illégal, rend difficilement audible les messages de prévention, surtout vers les adolescents et jeunes adultes, particulièrement sensibles à ses effets délétères.

L'addictologie hospitalière est un point de référence naturel pour ceux qui envisagent de modifier leur comportement. Elle a pour mission d'organiser le relais vers le secteur médico-social, par un dialogue avec les CSAPA, pour une prise en soins des patients à travers différentes filières adaptées à différentes situations.

Parmi ces filières, certaines passent par un séjour hospitalier.

Un des objectifs du GHT est de mettre en place ces filières sur notre territoire et parfois vers des structures extérieures ».

Pour les membres du groupe de travail filière « addictologie »

Dr MAGLIA

1. Composition du groupe de travail

- **Dr MAGLIA (CHED), pilote du groupe de travail**
- Dr BEURRIER (CHED)
- Dr HURSTEL (CHSD)
- Dr HEID (CHSD)
- Dr POYETON (CHOV)
- Dr VALENTIN (CH Remiremont)
- Dr SEGERS (CH Gérardmer)
- M. FOUCHET (Directeur Lamarche/Val du Madon)
- M. PENVEN (Directeur CHOV)
- Mme DEFRAIN (Représentante CSIRMT)
- Mme DIDIER (Représentante CSIRMT)

2. Données PMSI 2016 (Source : ARS Grand Est)

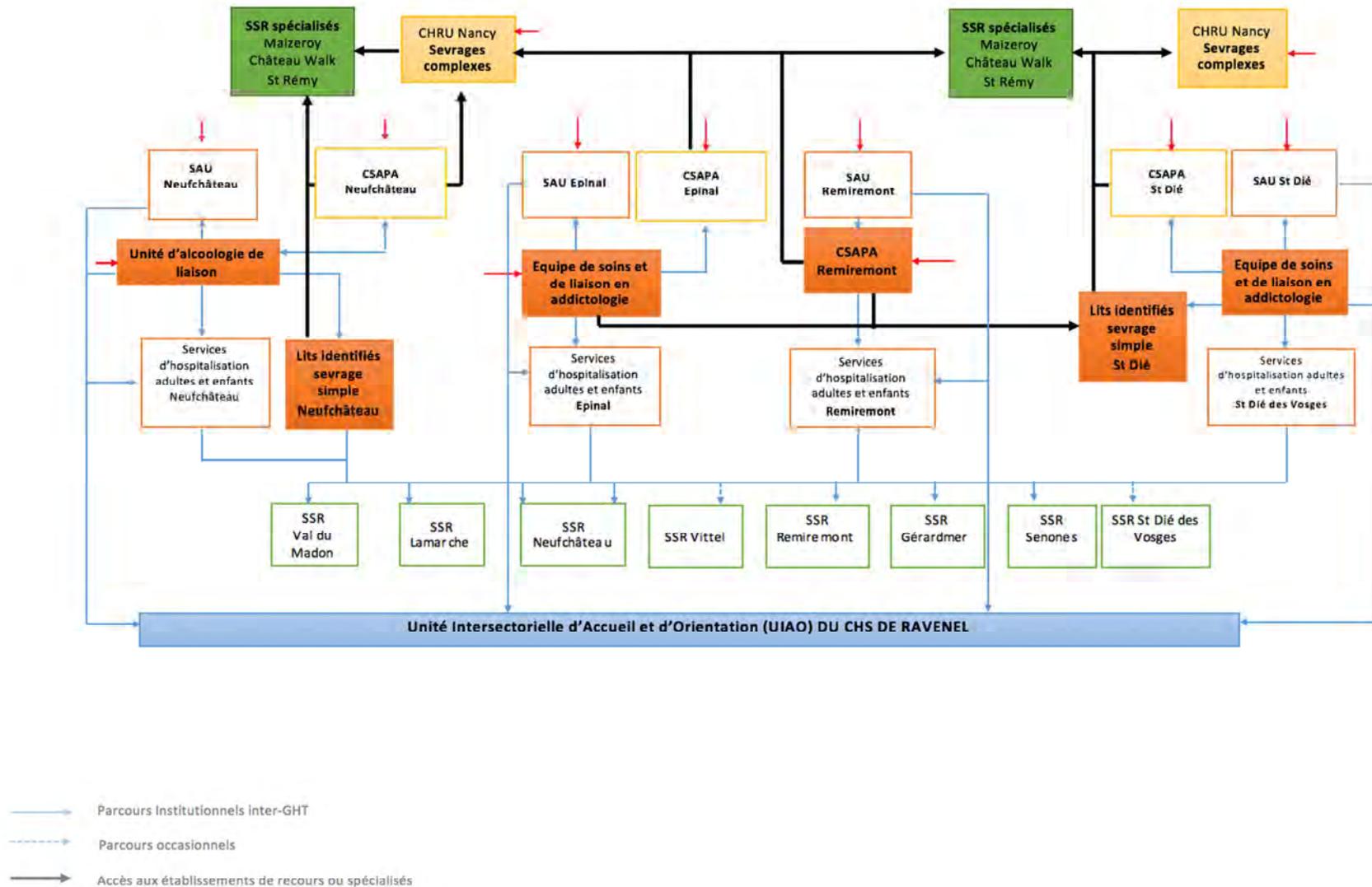
Somme de Nb_Sejours_ou_Seances en MCO	
	D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool
880006325 - HL VAL DU MADON	1
880007059 - CHIC EMILE DURKHEIM EPINAL	2750
880007299 - CHIC DE L'OUEST VOSGIEN	1748
880780069 - CH GERARDMER	135
880780077 - CH SAINT DIE	2093
880780093 - CH REMIREMONT	1303
880780259 - HL BRUYERES	1
880780291 - HL RAON L'ETAPE	1
880780325 - HL FRAIZE	
880780333 - HL LAMARCHE	2
880780341 - HÔPITAL RURAL - RAMBERVILLERS	
880780366 - HL SENONES	3
Total général	8037

Somme de SSR_nb_Journees	19 - Troubles mentaux et du comportement
	1903 - Toxicomanies avec dépendance
CH DE LA HAUTE VALLEE DE LA MOSELLE	16
CH GERARDMER	264
CH REMIREMONT	234
CH SAINT DIE	80
CHIC DE L'OUEST VOSGIEN	236
CHIC EMILE DURKHEIM EPINAL	296
HL CHATEL SUR MOSELLE	21
HL LAMARCHE	333
HL LE THILLOT	67
HL RAON L'ETAPE	55
HL SENONES	199
HL VAL DU MADON	171
HÔPITAL RURAL - RAMBERVILLERS	133
SIREV GOLBEY	
Total général	2105

3. Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement (Données d'activité 2015)

		OUEST VOSGIEN TSP 13				CENTRE VOSGES TSP 18			REMIREMONT ET VALLEES TSP 20				DEODATIE TSP 19				
		ETS de proximité		ETS référent		ETS de proximité		ETS référent		ETS de proximité		ETS de proximité			ETS référent		
		Val de madon	Lamarche	CH VITTEL	CH NEUFCHATEAU	Bruyères/MR I/Corcieux	Rambervillers	Chatel/Moselle	CHED	CH Remiremont	BUSSANG	LE THILLOT	Raon l'étape	Senones	Fraize	Gérardmer	CH St Dié
	URGENCES				Unité d'alcoologie de liaison				Equipe de liaison (ELSA)	Equipe de liaison CSAPA de Remiremont							Equipe de liaison (ELSA)
COURT SEJOUR	ACTIVITES				Médecine polyvalente				Médecine polyvalente	Médecine polyvalente							Médecine polyvalente pneumologie/maladies
	Nombre de lits/places installées				3 lits fléchés toxicomanie				Pas de lits identifiés	Pas de lits identifiés							5 lits fléchés addictologie
	TO				73 hospitalisations de sevrage simple												119,30%
	DMS				8												10,37
	Consultations spécialisées/avancées				Consultations alcool et méthadone				Consultations toxicomanie, méthadone et tabacologie	Consultations tabacologie 2/semaine pour les patients hospitalisés (CSAPA)							Consultations alcool, méthadone et tabacologie
	Nombre de consultations				325				4484 (intra et extra-hospitalières)	115							1240
	Temps médical en ETP				Environ 1 ETP				1 ETP + 0,5 ETP médical								0,5 ETP addictologue et 0,20 psychiatre/addictologue
MOYEN SEJOUR	ACTIVITES	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent/					SSR polyvalent			SSR polyvalent			SSR polyvalent	SSR polyvalent
	Nombre de lits/places installées	25 (37)	18 (26)	50	26					28			16 (20)			30	25
	TO	93,88%	90%	93,29%	79,60%					98,00%			119,21%			92,28%	98,97%
	DMS	27	39	35,88	22,74					30			28,81			21,43	26,1
	DISPOSITIFS SPECIALISES MEDICO-SOCIAL	CSAPA généraliste (ANPAA) de Neufchâteau Consultations décentralisées du CSAPA de Neufchâteau sur l'Ouest Vosgien				Consultations décentralisées du CSAPA d'Epinal et Remiremont			1 CSAPA alcool et toxicomanie 1 GARUD consultations jeunes consommateurs (AVSEA) Service d'appartements relais et thérapeutiques 1 programme d'échange de seringue	Antenne du CSAPA d'Epinal consultations jeunes consommateurs (AVSEA)	Consultations décentralisées du CSAPA d'Epinal et Remiremont	Consultations décentralisées du CSAPA de Remiremont sur Gérardmer et St Dié des Vosges					CSAPA (AVSEA) Consultations jeunes consommateurs 1 programme d'échange de seringue
LEGENDE:		Police en rouge (projets à venir)															

4. Parcours de soins de la filière addictologie (alcool)



5. Analyse SWOT de la filière

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	OPPORTUNITES
URGENCE	Présence d'une équipe de liaison sur les services d'urgence des établissements MCO, excepté pour Remiremont où il existe une convention avec le CSAPA		
PRISE EN CHARGE AIGUE (COURT SEJOUR)	<p>Lits de sevrage simple sur l'Ouest Vosgien et St-Dié-des-Vosges</p> <p>Lien avec la psychiatrie</p> <p>Existence de protocoles : sevrage alcool sur le CHED</p>	<p>Absence de lits identifiés sur le CHED et Remiremont</p> <p>Nombre ETP médicaux</p> <p>Peu de liens entre Epinal et Remiremont</p> <p>Difficultés</p>	<p>Projet de création d'une unité de sevrages complexes sur Neufchâteau</p>
PRISE EN CHARGE EN SSR		<p>Absence de SSR spécialisé en addictologie sur le département des Vosges. Prises-en charge en SSR généraliste uniquement.</p> <p>Fléchage addictologie sur les SSR de la Louvière et Xertigny qui n'est plus pertinent (plus de prise en charge « addictologie » sur la Louvière et fermeture sur Xertigny)</p>	<p>Projet de création d'un SSR spécialisé addictologie sur l'ouest vosgien</p>
PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE	<p>Existence de CAARUD et CSAPA sur les 4 territoires de santé de proximité</p> <p>Consultations décentralisées des CSAPA de Neufchâteau, Epinal, Remiremont</p>	<p>Horaires d'ouverture des CSAPA parfois en inadéquation avec les horaires de travail des patients</p> <p>Absence de réunions de concertation entre CSAPA et équipes de liaison hospitalières</p>	
CONSULTATIONS	<p>Consultations d'addictologie et/ou de tabacologie sur les établissements MCO</p>	<p>ETP médicaux</p>	
PREVENTION	<p>Rôle de formation des équipes de liaison, vis-à-vis des professionnels de santé : repérage et prise en charge.</p> <p>Formation des internes aux urgences (Epinal)</p> <p>Activités de prévention auprès des lycées notamment</p>		

6. Fiches actions

ACTION N°1 : DISPOSER D'UNE STRUCTURE DE COURT SEJOUR ADDICTOLOGIQUE DE RECOURS SUR LE TERRITOIRE				
Date validation fiche action	29/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé (filière transversale santé mentale) Axe n° 2 : Renforcer les activités de proximité et de référence			
Objectifs de l'action	Permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder sur le territoire à une prise en charge globale et graduée, prenant en compte les niveaux de sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées.			
Description de l'action	Permettre la reconnaissance d'une unité de court séjour de sevrages et de soins résidentiels complexes sur le CHOV			
Référents de l'action	Référent médical : Dr NEMES Référent administratif : M. PENVEN Référents CSIRMT GHT: Mme DIDIER- Mme DEFRAIN			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir le dimensionnement de l'unité, son organisation et sa localisation	déc-19	Le dimensionnement devra être compris entre 10 et 15 lits en fonction des possibilités architecturales. Le court séjour doit garantir l'accessibilité au plateau médico-technique.
	Etape 2	Définir les modalités d'entrée et de sortie	déc-19	Le court séjour doit être organisé avec les consultations d'addictologie afin que les hospitalisations soient programmées dans les meilleurs délais. L'admission par le SAU est également possible après évaluation de l'équipe de liaison et de soins en addictologie. La préparation de la sortie nécessite une collaboration étroite avec les structures médico-sociales, dont l'action complémentaire peut être éventuellement coordonnée par le réseau Loraddict. Les modalités d'entrée et de sortie seront modélisées sous la forme d'un chemin clinique
	Etape 3	Définir les modalités de recours aux avis spécialisés	déc-19	Les recours à la psychiatrie et à la structure de recours régional, portée par le CHRU de Nancy, doivent être prévus et formalisés par le biais d'une convention.
	Etape 4	Rédiger le projet médical du court séjour de recours	déc-19	Définir le type d'hospitalisation (HC ou HDS), le type de sevrages (programmés et/ou en urgence)
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2019	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	PM : Praticiens disposant d'une compétence en addictologie PNM : Psychologue, assistante sociale, diététicien, kinésithérapeute, psychomotricien, IDE, AS, CS		
	Moyens (hors RH) :	Le court séjour de recours devra disposer de locaux spécifiquement affectés: salles destinées à des activités spécifiques et espaces de détente pour les patients.		
	SI :			
	Autres	L'équipe pluridisciplinaire doit avoir bénéficié d'une formation spécifique à l'addictologie et aux techniques de soins spécifiques : thérapies à médication corporelle, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies familiales ou systémiques...		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Donnés d'activité : TO, DMS, nombre d'entrées sans passages par les urgences Nombre de recours aux avis spécialisés			
Points d'attention*	Une communication auprès des CSAPA du territoire et des médecins libéraux devra être organisée.			

ACTION N°2 : DISPOSER D'UNE STRUCTURE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE SUR LE TERRITOIRE

Date validation fiche action	29/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé (filière transversale santé mentale) Axe n° 2 : Renforcer les activités de proximité et de référence			
Objectifs de l'action	Accueillir en hospitalisation des patients en mésusage sévère le plus souvent dépendants après un sevrage, ou après des soins résidentiels complexes.			
Description de l'action	Permettre la reconnaissance de lits de SSR en addictologie, par transformation de lits de SSR polyvalents			
Référents de l'action	Référent médical : Dr MAGLIA Référents CSIRMT GHT : Mme DIDIER- Mme DEFRAIN			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir le dimensionnement de l'unité, son organisation et sa localisation	déc-20	La structure devra disposer d'au minimum 15 lits. La proximité des lits de sevrage complexes (accès au plateau médico-technique d'exploration) et du CHS de Ravenel (avis spécialisé en psychiatrie) est un critère à prendre en considération dans le choix de la localisation.
	Etape 2	Définir les modalités d'entrée et de sortie	déc-20	L'admission se fait, soit dans les suites d'une hospitalisation dans une structure d'addictologie de niveau 1, 2 ou 3, soit à la suite d'une orientation par une structure médico-sociale (CSAPA), ou enfin par accès directe du domicile à la demande du médecin traitant. La préparation de la sortie nécessite une collaboration étroite avec les structures médico-sociales, dont l'action complémentaire peut être éventuellement coordonnée par le réseau Loraddict. Les modalités d'entrée et de sortie seront modélisées sous la forme d'un chemin clinique.
	Etape 3	Définir les modalités de recours aux avis spécialisés	déc-20	Les recours à la psychiatrie et à la structure de recours territorial doivent être prévus et formalisés par le biais d'une convention.
	Etape 4	Rédiger le projet médical du SSR addictologie	déc-20	Définir le type d'hospitalisation (HC ou HDJ), le programme thérapeutique qui sera proposé aux patients en fonction des besoins.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2020	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	PM : Praticien disposant d'une compétence en addictologie PNM : IDE, AS, psychologue et personnel éducatif (AMP, éducateur spécialisé, enseignant en APA, éducateur sportif...)		
	Moyens (hors RH) :	Le SSR doit disposer d'un plateau de rééducation adapté aux activités thérapeutiques et de réadaptation		
	SI :			
	Autres			
	La continuité médicale devra être assurée soit par une astreinte, soit par convention avec une garde externe (structure de recours territorial) L'équipe pluridisciplinaire doit être formée à l'addictologie et à l'éducation thérapeutique			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Donnés d'activité : TO, DMS, nombre d'entrées en provenance des courts séjours, des structures médico-sociales et du domicile Nombre de projets thérapeutiques Nombre de recours aux avis spécialisés			
Points d'attention*	Une communication auprès des structures de court séjour, des CSAPA du territoire et des médecins libéraux devra être organisée.			

ACTION N°4 : DEVELOPPER LA CULTURE ADDICTOLOGIQUE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DU TERRITOIRE

Date validation fiche action	29/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques et des organisations de soins			
Objectifs de l'action	Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles et la diffusion des bonnes pratiques dans les structures hospitalières et médico-sociales (EHPAD et SSIAD). Améliorer le repérage et la prise en charge des addictions par les professionnels de santé			
Description de l'action	Développer la formation des professionnels paramédicaux			
Référents de l'action	Référents CSIRMT GHT: Mme DIDIER- Mme DEFRAIN			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Elaborer une cartographie des compétences à l'échelle du GHT	nov-17	Il s'agira par établissement d'élaborer la liste des professionnels ayant une formation spécifique en addictologie
	Etape 2	Identifier les partenaires qui interviennent dans la formation en addictologie et recueillir les programmes de formation dispensés	nov-17	Réseau Loraddict, périnatalité, CHS de Ravenel, CHRU de Nancy, CSAPA, "patients experts"
	Etape 3	Recenser les besoins en formation des professionnels du secteur hospitalier et médico-social (EHPAD et SSIAD)	mars-18	Elaborer d'un questionnaire à destination des professionnels de santé Identifier les besoins au travers des axes inscrits aux plans de formation des établissements de santé
	Etape 4	Elaborer un plan de formation à l'échelle du GHT	mars-18	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	30/03/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Portefeuille de formateurs internes		
	Moyens (hors RH) :	Questionnaire d'évaluation des connaissances des professionnels Cartographie des formations et compétences		
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de formations mutualisées à l'échelle du GHT			
Points d'attention*				

B. La filière cancérologie

L'institut de Cancérologie de Lorraine ainsi que l'HAD Korian et de Gérardmer ont été associés dès le départ à la réflexion.

Initialement centrée sur la filière sénologie, le groupe de travail a souhaité étendre la réflexion à l'ensemble des prises en charge carcinologiques.

1. Composition du groupe de travail

- **Dr GOUTORBE (CH Remiremont), pilote du groupe de travail**
- Dr RUCK (CHED)
- Dr SANTANGELO (CHOV)
- Dr ULMER (CHSD)
- Dr LAHALLE (**HAD KORIAN Pays des images**)
- Dr CUNAT (**HAD Gérardmer**)
- Dr Patrick DOUART (CHOV)
- Pr CONROY (**Directeur de l'ICL**)
- Dr LESUR (**Responsable du parcours sein à l'ICL**)
- Dr REBSTOCK (ets du Val du Madon)
- M. PENVEN (Directeur CHOV)
- Mme TOUSSAINT (**Cadre HAD Gérardmer**)
- Mme VAXELAIRE (Représentante CSIRMT)
- Mme CAYET (Représentante CSIRMT)

2. Données PMSI 2016 (Source : ARS Grand Est)

Les établissements autorisés en cancérologie dans les Vosges

Spécialités	CHSD	CHED	CH Remiremont	CHOV	Clinique la ligne bleue
Chimiothérapie	X	X	X	X	
Radiothérapie		X			
Chirurgies des cancers hors soumis à seuil	X	X	X	X	X
Chirurgie des cancers digestifs	X	X	X	X	X
Chirurgie des cancers du sein			X		X
Chirurgie des cancers urologiques			X		X
Chirurgie des cancers thoraciques					X
Chirurgie des cancers gynécologiques					X

Somme de Nb_Sjours_ou_Seances					
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances					
Étiquettes de lignes	K14 - Radiothérapie (hors séances)	X23 - Chimiothérapie (hors séances)	G189 - Séances : radiothérapie	G190 - Séances : chimiothérapie	G191 - Séances : chimiothérapie non tumorale
880006325 - HL VAL DU MADON					
880007059 - CHIC EMILE DURKHEIM EPINAL	1	3147	47983	12782	4183
880007299 - CHIC DE L'OUEST VOSGIEN		74		3369	515
880780069 - CH GERARDMER					
880780077 - CH SAINT DIE		103		2560	1683
880780093 - CH REMIREMONT		175		4685	602
880780259 - HL BRUYERES					
880780291 - HL RAON L'ETAPE		1			
880780325 - HL FRAIZE					
880780333 - HL LAMARCHE					
880780341 - HÔPITAL RURAL - RAMBERVILLERS					
880780366 - HL SENONES					
Total général	1	3500	47983	23396	6983

Somme de Nb_Journees_HAD			
Étiquettes de lignes	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	17 - Surveillance de radiothérapie
CH GERARDMER		103	907
Etb_prive_ou_espic		35	864
Total général		138	1771

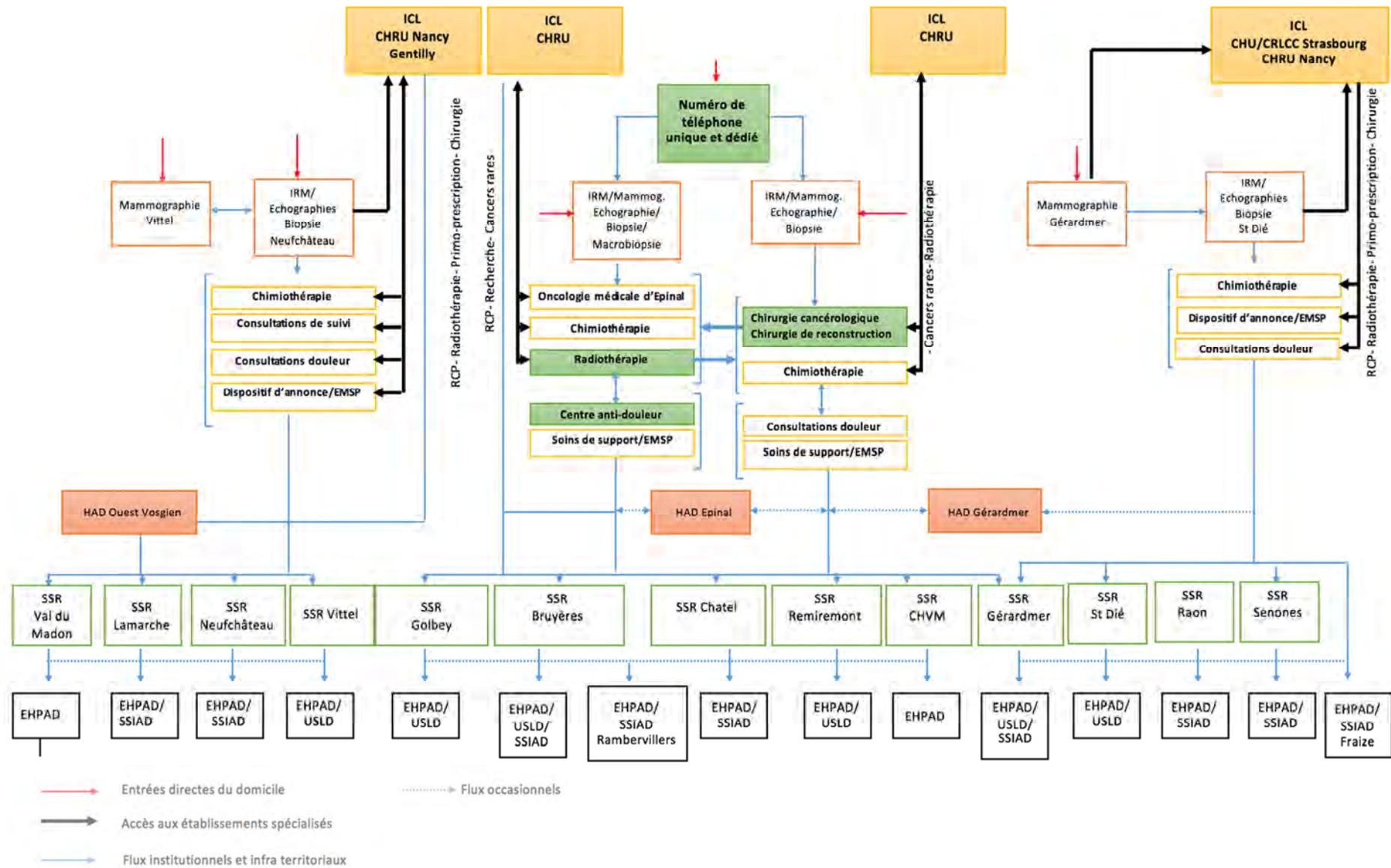
Somme de SSR_nb_Journees	Étiquettes de colonnes										
	Total	03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	04 - Affections de l'appareil respiratoire	06 - Affections des organes digestifs	11 - Affections de l'appareil génito-urinaire	16 - Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou	1603 - Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tumeurs malignes de siège imprécis				
Étiquettes de lignes	0106 - Tumeurs du système nerveux	0303 - Tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures	0403 - Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire	0603 - Tumeurs malignes des organes digestifs	0821 - Tumeurs malignes des os et des tissus mous	0912 - Tumeurs malignes de la peau et des seins	1103 - Tumeurs malignes du tractus génito-urinaire	1603 - Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tumeurs malignes de siège imprécis	1603 - Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tumeurs malignes de siège imprécis	1603 - Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tumeurs malignes de siège imprécis	
CH DE LA HAUTE VALLEE DE LA MOSELLE				27	339		80	126		6	
CH GERARDMER		68	40	201	823	163	261	561	300	15	
CH REMIREMONT		257	126	78	665	177	130	371	207	102	
CH SAINT DIE		230		307	558	144	112	50	82	47	
CHIC DE L'OUEST VOSGIEN		684	4	246	1401	298	131	570	174	69	
CHIC EMILE DURKHEIM EPINAL		1318	294	675	1958	526	344	521	411		
HL CHATEL SUR MOSELLE		471	75	571	1599	119	215	527	252	91	
HL LAMARCHE	6	148	56	91	612	107	179	202	44		
HL LE THILLOT		173	45	15	208		64	90	30		
HL RAON L'ETAPE		200	369	267	735	111	57	501	102		
HL SENONES		64	11	279	258	163	25	96	45	71	
HL VAL DU MADON		118	13	152	464	15	366	123	82		
HÔPITAL RURAL - RAMBERVILLERS		273	73	287	486	81	200	349	114	1	
SIREV GOLBEY		360		20	2						
Total général	6	6	4364	1106	3216	10108	1904	2164	4087	1843	402

3. Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement (Données d'activité 2015)

		QUEST VOIGIEN TSP 13				CENTRE VOSGES TSP 18 et 20						DEODARE TSP 19				ETS de Recours				
		ETS de proximité		ETS référent		ETS de proximité		ETS référent		ETS de proximité		ETS de proximité		ETS référent		ETS de Recours				
		Val de madon	Lamarche	CH VITTEL	CH NEUFCHATEAU	Breyères/MN/Corcieux	Rambervillers	Châtel/Moselle	CHED	CH Remiremont	BUSANG	LE THILLOT	Raon l'étape	Senones	Fraize	Gérardmer	CH St Dié	CHRU	ICL	
DIAGNOSTIC	EXAMENS			MAMMOGRAPHE	IRM/SCANNER/ECHOGRAPHES Projet d'acquisition d'un mammographe				IRM/SCANNER/ECHOGRAPHES/ MAMMOGRAPHE							MAMMOGRAPHE	IRM/SACNER/ECHOGRAPHES		IRM dédiée cancer/scanner/échographies/radiologie interventionnelle mammère/mammographie (en gris)/staff radiésien	
COURT SEJOUR	ACTIVITES			Chimiothérapie (9 places)	Oncologie médicale Oncologie chirurgicale (autorisations)			Chimiothérapie (9 places)	Radiothérapie Oncologie médicale (12 lits) Oncologie chirurgicale (autorisations)	Chimiothérapie (12 places en HI et 4 lits en HS)	Oncologie chirurgicale (autorisations)	Chirurgie de reconstruction			Chimiothérapie 11 places en HI	Oncologie médicale (lits non identifiés) Oncologie chirurgicale (autorisations)	Les chirurgiens du CHRU de Nancy viennent opérer à l'ICL. Parcours "sein" commun	Chimio ambulatoire (29 places)	Radiothérapie (2 RapidArc, 2 Tomothérapies, 1 CyberKnife) Curie thérapie	Chirurgie 7 places ambulatoire (autorisations)
	Spécialités			982 séances	Toutes affections Cancers digestifs			Toutes affections Cancers digestifs			Cancers digestifs Cancers du sein Cancers urologiques	Cancers du sein			Toutes affections Cancers digestifs					
	Soins de support EMSP			Dispositif d'annonce				Soins de support Centre douleur Dispositif d'annonce	EMSP Epinal	Soins de support : Oncopsychologie Socio-esthésienne Cellule douleur	EMSP Gérardmer				1 IDE d'annonce/ EMSP			EMSP, SSSPO, Dispositif d'annonce, IDEC, Oncogériatrie, Oncosaxologie, Education thérapeutique, Oncogériatrique	Parcours sein dédié, prise en charge initiale optimisée/indicateurs de suivi, Biopsathologie	
	Consultations spécialisées RCP			Consultations douleur	Consultations d'oncologie médicale Consultations d'onco-hématologie Consultations en onco-gériatrie	RCP-276		Consultations d'annonce Consultations en hématologie (1 jour/mois) Consultations en oncologie Consultations douleur	RCP-150 (Sénologie, urologie et digestif)	Consultations hématologie (1 AM/mois) Consultations avertées d'oncogériatrique (ICL) Consultations douleur interne	RCP en visio-conférence avec Epinal 272 (Sénologie/gynécologie, urologie, X digestifs)				Consultations douleur en interne	RCP en visioconférence avec le CHRU de Nancy : 150 à 300/an		RCP dédiée, RCP pré-thérapeutique (780 dossiers), post-chirurgicale et métabolique, RCP de recours		
MOYEN SEJOUR	ACTIVITES	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent dont lits d'EVC		SSR Polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	
	Nombre de lits/places installés	25 (17)	18 (6)	50	26	20 + 6 (8)		55 +3 USP	30	28	8	10	34 (30)	16 (20)	30	25				
	TO	93,88%	90%	93,29%	79,56%	115,82%		97,55%	99,02%	98,00%	61,95%	99,20%	95,32%	119,21%	92,28%	98,97%				
DMS	27	39	35,88	22,74	30,3		33,62	51,60	30	56,53	31,76	21,89	28,81	21,43	26,1					
LONG SEJOUR	ACTIVITES	EHPAD	EHPAD	EHPAD	EHPAD	USLD/EHPAD	EHPAD	EHPAD	USLD	EHPAD	USLD/EHPAD	EHPAD	EHPAD	EHPAD	USLD/EHPAD	USLD/EHPAD				
	Nombre de lits/places installés	293	116	62	115	30+22/247 (224)	110	59	30	291	2483	128	121	114	132	25/114	30/140			
	TO	93%	92%	99%	102,33%	73,26/97%	96,79%	99%	91,40%	91,45%	97%/99%	96,93%	96,88%	93,84%	85,29%/91,83%	80,74/99%				
Nombre de personnes en liste d'attente	10	35	15	11	9	60	34	20/50				62	72							
MAINTIEN A DOMICILE	ACTIVITES	SSAD		SSAD	SSAD	SSAD	SSAD	SSAD			SSAD	SSAD	SSAD	SSAD	SSAD/HAD					
	Nombre de places	30 (40)		46 (dont 6 places PH)	36 (dont 6 places PH)	25 (46 dont 3 PH)	35				36 (50)	42 (dont 2 PH)	36 (dont 2 PH)	57	23 (3 PH)/18					
	TO	91%		97,31%	95,80%	95,29%	100,41%					92,17%	82,70%	88,79%	77,56%/112,18%					
Conventions HAD	HAD Korian Pays des images				HAD Gérardmer HAD Korian la plaine (données 2015) : Prise en charge douleur : 390 journées Soins palliatifs : 1035 journées Surveillance post-chimiothérapie : 28 journées						HAD Gérardmer (données 2015) Prises en charge EHPAD : 12 Post chimio : 4 SP : 41									
Temps médical en ETP (spécialistes)	0,80 ETP HI chimiothérapies 2 praticiens gastroentérologues assurent les prises en charge oncologiques dans leur discipline. L'un deux est primo-prescripteur Consultations de suivi (K du sein) en partenariat avec ICL Consultations d'onco-hématologie en partenariat avec CHRU				0,5 ETP assistant de l'ICL 2 ETP ONCOLOGUES						RCP de recours avec le CHRU de Nancy (hépatologie, néphrologie, hématologie) Primo-prescription et première chimiothérapie sur Epinal Délais IRM/mammographie très rapides < 72h Numéro dédié et protocole Epinal/Remiremont				Pas de filière K du sein sur la Déodatia. Mammographie sur Gérardmer (utilisation par des radiologues privés) Absence de temps partagés oncologiques avec CHRU ou ICL Absence de consultations d'oncologie Primo-prescription en cancérologie digestive					

LEGENDE: Police en rouge (projets en cours ou à venir)

4. Parcours de soins de la filière sénologie



5. Analyse SWOT de la filière cancérologie – sénologie

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES/DIFFICULTES	MENACES/CONTRAINTE	OPPORTUNITES
POSITIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS MCO POUR LES PATIENTS DU DEPARTEMENT	<p>Parts de marchés en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité :</p> <p>37,2% pour le CH Epinal 45,9% pour le CH de Remiremont 36,5% pour le CHO 38,9% pour le CHSD</p>	<p>Des fuites au profit de la clinique de la ligne bleue (CH Epinal/Remiremont et St Dié) qui détient la majorité des autorisations de chirurgie</p>		
ORGANISATION DE LA FILIERE	<p>Un maillage territorial satisfaisant pour la majorité des modalités de traitement hors curiethérapie et sources non scellées (CHR Metz- ICL-CHRU)</p> <p>L'existence d'un réseau régional (ONCOLOR) auquel les établissements MCO adhèrent</p> <p>Un centre de coordination en cancérologie (3C) qui regroupe Epinal/Remiremont/la ligne bleue</p> <p>Le développement de l'ambulatoire sur les établissements</p> <p>De nombreuses conventions de coopérations entre les établissements associés et les établissements spécialisés (ICL-CHRU)</p> <p>Filière sénologie organisée et structurée sur le Centre Vosges (Epinal/Remiremont) : numéro unique</p>	<p>La filière cancer du sein sur la Déodatie</p> <p>Les délais d'accès à l'IRM et mammographie sur certains territoires</p> <p>Le faible recours à l'HAD en sortie d'hospitalisation, en inter-cures et en EHPAD</p> <p>Les difficultés de fluidité avec les services d'aval</p> <p>La prise en charge des populations spécifiques : onco-gériatrie</p>	<p>Démographie des oncologues et des spécialistes avec compétence ordinale</p>	<p>Une filière structurée et organisée sur l'ICL (activité de recours et de soins courants : Cf. encadré Filière sénologie ICL)</p>

6. Fiches actions

OBJECTIF N°1 : STRUCTURER LES FILIERES DE PRISE EN CHARGE EN CANCEROLOGIE SUR LE TERRITOIRE DANS LE RESPECT DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITE ET DE GRADUATION DES SOINS				
Date validation fiche action	02/06/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé</p>			
Objectif de l'action	<p>Préserver les prises en charge carcinologiques existantes sur le territoire et maintenir l'ensemble des autorisations sur les établissements du GHT Vosges Privilégier, pour les traitements standards, les prises en charge sur les établissements des Vosges, au plus près des lieux de vie Limiter les inadéquations de prise en charge et le recours à des hospitalisations non pertinentes Coordonner les réponses d'aval du court-séjour</p>			
Description de l'action	<p>Définir les parcours patients en cancérologie par spécialités et formaliser les coopérations entre les différents niveaux de prise en charge</p>			
Référents de l'action	<p>Référents médicaux : Dr SANTANGELO- Dr RUCK- Dr ULMER- Dr GOUTORBE - Dr LESUR (Responsable parcours sein ICL) Référents de la CSIRMT du GHT : Mme CAYET- Mme VAXELAIRE Référents paramédicaux : Mme GIRARDET - Mme BERGER (IDE d'annonce ICL)</p>			
Etapas de mise en œuvre		Nom de l'étape	Etat d'avancement	Commentaire
	Etape 1	Réaliser un chemin clinique pour chaque type de prise en charge	déc-18	Etablir un état des lieux des prises en charge des patients en cancérologie sur chaque établissement du GHT : Diagnostic (examens radiologiques, dispositifs d'annonce) - Traitements (Chirurgie - Radiothérapie - Chimiothérapie - Curiothérapie - Hormonothérapie - ...) suivi des traitements (consultations) et plan personnalisé de l'après cancer. Elaborer une trame commune (définir le niveau de détail)
	Etape 2	Définir les besoins à chaque niveau du parcours de soins et sur chaque établissement	déc-18	Les besoins seront évalués sur le plan des ressources humaines, des compétences, des ressources matérielles et des besoins de coordination
	Etape 3	Elaborer un projet territorial en cancérologie, coordonné avec les centres d'expertise et de recours Nancéens	déc-18	Organiser prioritairement avec l'ICL et le CHRU de Nancy les filières de prise en charge et les parcours patients pour toutes les activités pour lesquelles ils jouent un rôle de centre expert et de recours, sous réserve du libre choix et de l'intérêt du patient. Développer les prises en charge sénologiques et urologiques sur le Centre hospitalier de Neufchâteau. Homogénéiser les modalités d'accès et de fonctionnement des RCP Pérenniser et développer les consultations d'oncogériatrie Privilégier les poses de PAC et les prises en charge chimiothérapeutiques sur les établissements des Vosges Développer l'activité d'éducation thérapeutique concernant les chimiothérapies per os Faciliter la prise en charge en SSR, sous réserve d'une prise en charge antérieure dans les établissements MCO de proximité et de l'adéquation avec les possibilités d'accueil de l'établissement receveur et dans la mesure de lits disponibles, des patients adressés par l'ICL et le CHRU de Nancy et habitant préférentiellement le territoire des Vosges.
	Etape 4	Formaliser le projet territorial en cancérologie	déc-18	Conformément à l'instruction interministérielle du 4 mai 2017 relative à l'organisation des Groupements Hospitaliers de Territoire, des conventions, d'association avec le CHRU et de partenariat avec l'ICL, seront signées avec l'établissement support du GHT Vosges, après avis du comité stratégique et du collège médical.
	Etape 5	Rendre lisible l'offre de soins sur la filière cancérologie et développer le lien ville-hôpital	déc-18	Elaborer un outil d'aide à la décision médicale : logigramme du parcours patient par filière Créer un portail GHT Vosges à destination des usagers, des professionnels libéraux et des établissements de santé Rendre lisible sur le site internet de chaque établissement de santé des Vosges l'organisation par filière en lien avec l'ICL et le CHRU de Nancy. Uniformiser les PPS transmis aux patients et élaborer un outil commun (classeur de liaison ville-hôpital en lien avec l'ICL)
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/09/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	01/01/2019	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	A évaluer sur chaque établissement. A minima, maintien des temps partagés en oncologie médicale avec l'ICL et des agréments de postes d'internes en oncologie. Création d'un temps partagé avec l'ICL de coordinateur paramédical de parcours de soins		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Accès au portail médecin de l'ICL pour les professionnels médicaux des établissements MCO de Vosges Moderniser les outils web utilisés pour les RCP		
Autres	Formaliser et diffuser un numéro d'appel unique par filière sur l'ICL en appui aux praticiens des établissements de santé des Vosges			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Existence de chemins cliniques par filière Délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour un examen radiologique ou une consultation Nombre de RCP Nombre de consultations d'annonce Nombre de patients ayant suivi une chimiothérapie/ radiothérapie Nombre d'interventions chirurgicales par établissement pour les disciplines thérapeutiques autorisées Nombre de PPS transmis aux patients</p>			
Points d'attention*	Validation des chemins cliniques par les Directions, les Présidents de CME et les chefs de pôles des établissements MCO du GHT.			

OBJECTIF N°2 : PROMOUVOIR L'EGALITE D'ACCES SUR LE TERRITOIRE A DES SOINS DE QUALITE				
Date validation fiche action	02/02/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins			
Objectif de l'action	Favoriser l'accès aux plateaux techniques spécialisés Diffuser les bonnes pratiques professionnelles Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles et des outils			
Description de l'action	Favoriser l'égalité d'accès des patients du territoire aux protocoles de recherche et aux innovations thérapeutiques Promouvoir la diffusion des bonnes pratiques sur l'ensemble du territoire Coordonner la mise en place d'actions communes pour la formation continue et le DPC des professionnels de santé			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr SANTANGELO- Dr RUCK- Dr ULMER- Dr GOUTORBE - Dr LESUR (Responsable du parcours sein ICL) Référents de la CSIRMT du GHT : Mme CAYET- Mme VAXELAIRE Référents paramédicaux : Mme GIRARDET - Mme BERGER (IDE d'annonce ICL)			
Etapas de mise en œuvre		Nom de l'étape	Etat d'avancement	Commentaire
	Etape 1	Faciliter les modalités d'inclusion du patient dans un essai clinique	déc-18	Faciliter l'accès aux RCP Adresser systématiquement aux acteurs des Vosges les essais cliniques par spécialités (liste de diffusion à transmettre à la recherche clinique de l'ICL). Faciliter la diffusion des connaissances issues de la recherche sur les établissements des Vosges
	Etape 2	Harmoniser les outils utilisés dans les dispositifs d'annonce IDE	déc-18	Recenser les outils utilisés sur chaque établissement. Homogénéiser les documents d'information remis aux patients. Identifier les personnels non médicaux formés au dispositif d'annonce.
	Etape 3	Faire participer les partenaires bénévoles et associations	déc-18	Recenser les soins de support (soins socio-esthétiques, associations...) à l'échelle du GHT Diffuser les informations à l'échelle du GHT
	Etape 4	Harmoniser et mutualiser les formations à l'échelle du GHT et en lien avec l'ICL	déc-19	Etablir une cartographie des formations et des dispositifs d'information existants et accessibles aux professionnels des établissements parties au groupement. Organiser et construire les programmes de formation sur le territoire Favoriser l'ouverture et l'accès des professionnels du GHT Vosges aux supports pédagogiques de l'ICL et du CHRU de Nancy Développer le partage des enseignements avec l'ICL et le CHRU de Nancy
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/09/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	01/01/2020	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Modalités de diffusion de l'information sur les établissements de santé		
	Autres	Le volet formation des professionnels paramédicaux devra s'inscrire dans les axes de travail du comité de formation continu et DPC du GHT Vosges		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de patients du département inclus dans les essais cliniques thérapeutiques en cancérologie Nombre d'outils communs créés et/ou harmonisés Nombre de jours de formation à l'échelle du GHT Nombre de DPC médicaux réalisés sur l'ICL ou le CHRU de Nancy			
Points d'attention*	Avis du collège médical et CSIRMT du GHT sur les outils créés et/ou harmonisés Communication auprès des utilisateurs Interaction et périmètre du 3C avec celui du GHT ?			

OBJECTIF N°3 : PROMOUVOIR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE GLOBALE ET INTEGREE DES SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN CANCEROLOGIE				
Date validation fiche action	02/06/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins			
Objectif de l'action	Formaliser la proposition de prise en charge thérapeutique Repérer précocement les difficultés et mettre en œuvre l'accompagnement personnalisé du patient Permettre au patient d'intégrer dans sa vie quotidienne son suivi en fin de traitement Rendre le patient acteur de sa prise en charge et de son suivi tout au long du parcours de soins Développer le lien ville-hôpital			
Description de l'action	Harmoniser les pratiques sur le territoire dans la mise en œuvre des Plans Personnalisés de Soins (PPS) Développer la mise en œuvre des Plans Personnalisés de l'Après Cancer (PPAC)			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr SANTANGELO- Dr RUCK- Dr ULMER- Dr GOUTORBE - Dr LESUR (Responsable parcours sein ICL) Référents de la CSIRMT du GHT : Mme CAYET- Mme VAXELAIRE Référents paramédicaux : Mme GIRARDET - Mme BERGER (IDE d'annonce ICL)			
Etapas de mise en œuvre		Nom de l'étape	Etat d'avancement	Commentaire
	Etape 1	Etablir un état des lieux des PPS et PPAC existants sur chaque établissement	déc-17	Recenser les fiches techniques ainsi que les modes opératoires mis en œuvre
	Etape 2	Harmoniser les outils à l'échelle du GHT et créer les outils nécessaires au déploiement des PPAC sur tous les établissements MCO	juil-18	Elaboration de fiches techniques communes et de fiches de synthèses à destination des professionnels libéraux par parcours
	Etape 3	Définir les modes opératoires accompagnant la mise en œuvre des PPAC	déc-18	Rédaction de modes opératoires à l'échelle du GHT définissant le Qui, Quand, où, comment ?
	Etape 4	Communiquer auprès des équipes des établissements du GHT sur les finalités du PPS et du PPAC	déc-18	Diffusion des fiches techniques et des modes opératoires en CME et CSIRMT des établissements parties au groupement
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/09/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :	Information des professionnels utilisateurs		
	SI :	Intégration du PPS et du PPAC au DPI		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Existence de procédures et de fiches techniques communs Nombre de PPS et de PPAC remis			
Points d'attention*	Avis du collège médical et CSIRMT du GHT Valoriser financièrement la consultation de fin de parcours (remise du PPAC) en miroir avec la consultation d'annonce.			

C. La filière cardiologie

« Nous avons rédigé les fiches actions demandées dans le cadre réglementaire du Projet Médico-Soignant du GHT « Vosges », filière cardiologie.

La proposition d'organisation de ces fiches reste théorique compte-tenu du fait que le fonctionnement de chaque site est assuré actuellement au minimum, pour assurer la continuité des soins, et ce en raison d'effectifs médicaux restreints.

Ces difficultés liées à la démographie médicale et au manque d'attractivité du département limitent considérablement les possibilités d'élaborer un projet plus ambitieux pour la filière cardiologie.

En effet, le sous-effectif chronique s'accroît avec malheureusement à court et à moyen terme des prévisions pessimistes en raison de mutations ou de départs en retraite, sans perspective réelle de recrutement par manque d'attractivité géographique et de plateaux techniques attrayants pour les jeunes cardiologues.

L'organisation proposée ne pourra devenir réalité qu'à la condition de renforcer les équipes médicales.

Pourtant, chacun est conscient de la nécessité du maintien des centres de cardiologie de proximité avec un accès aux plateaux techniques spécialisés de Nancy. La faisabilité de pérenniser ces centres tels qu'ils fonctionnaient jusqu'alors reste une inquiétude générale.

Nous souhaitons toutefois garder l'espoir de maintenir ces centres et voire même de les développer, comme souhaité et détaillé dans les fiches actions ».

Dr Véronique THUUS
Au nom des référents cardiologues du GHT Vosges

1. Composition du groupe de travail

- **Dr DIDIER-PETIT (Remiremont), pilote du groupe de travail**
- Dr BRAGARD (CHSD)
- Dr THUUS (CHOV)
- Dr JL. MEREGNANI (CHOV)
- Dr ADMANT (CHED)
- M. PENVEN (Directeur CHOV)
- Mme VAXELAIRE (Représentante CSIRMT)
- Mme GAUDEL (Représentante CSIRMT)

2. Données PMSI 2016 (Source : ARS Grand Est)

Nombre de séjours en MCO :

Somme de Nb_Séjours_ou_Seances						
Étiquettes de lignes	C13 - Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques	C14 - Chirurgie vasculaire	K04 - Aff. Cardio-vasculaire avec Acte classant non opératoire, ou anesthésie	K06 - Mise en place d'accès vasculaire	X07 - Affections Cardio-vasculaires	D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) Total
880006325 - HL VAL DU MADON					1	1
880007059 - CHIC EMILE DURKHEIM EPINAL	331	273	3	674	5827	7108
880007299 - CHIC DE L'OUEST VOSGIEN	2	83	2	166	5615	5868
880780069 - CH GERARDMER					255	255
880780077 - CH SAINT DIE	231	336	5	180	4698	5450
880780093 - CH REMIREMONT	129	286	1	237	3733	4386
880780259 - HL BRUYERES					18	18
880780291 - HL RAON L'ETAPE					8	8
880780325 - HL FRAIZE					25	25
880780333 - HL LAMARCHE					32	32
880780341 - HÔPITAL RURAL - RAMBERVILLERS					13	13
880780366 - HL SENONES					21	21
Total général	693	978	11	1257	20246	23185

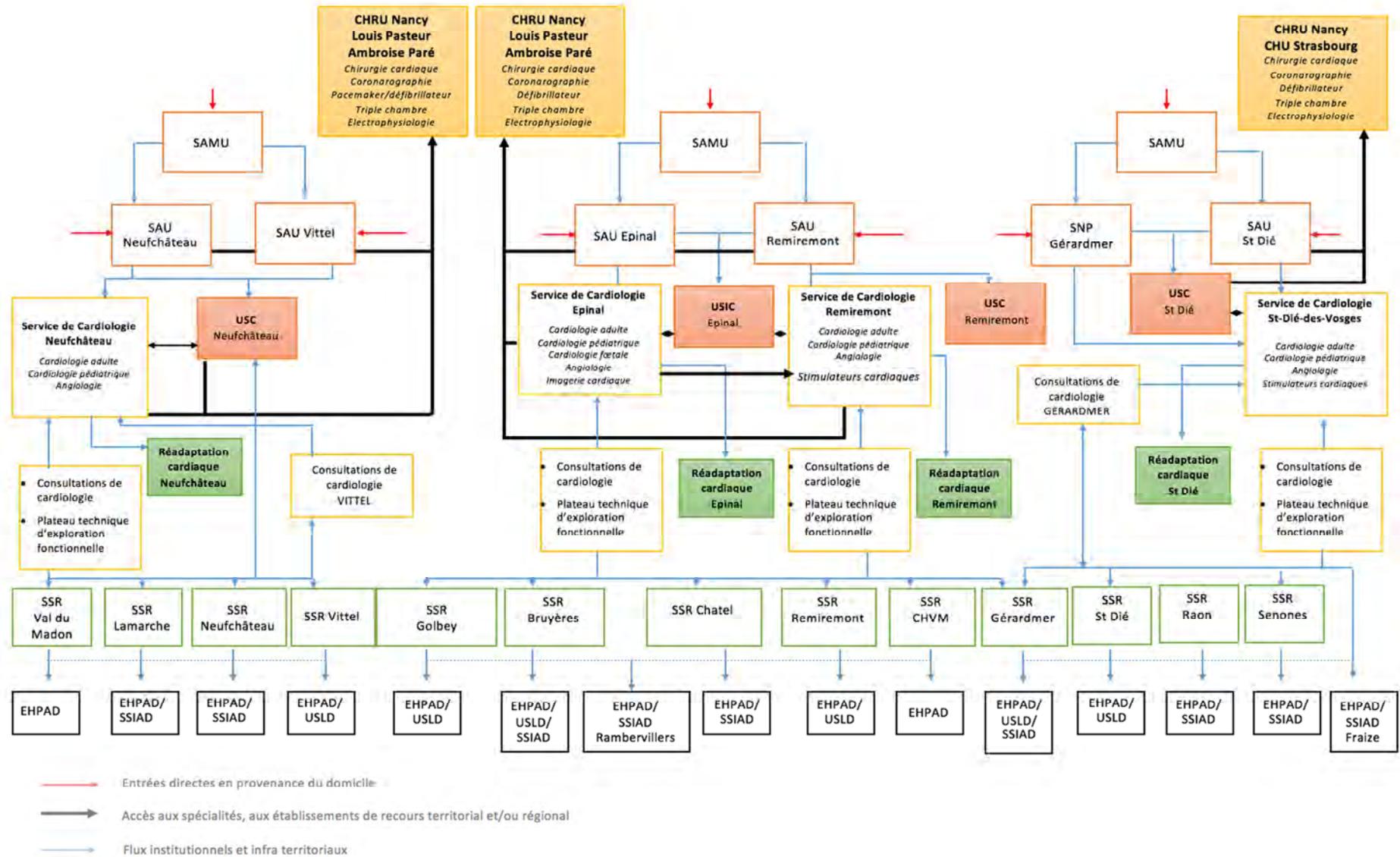
Nombre de journées par affections en Soins de Suite et de Réadaptation

Somme de SSR_nb_Journees									
Étiquettes de lignes	Total 05 - Affections de l'appareil circulatoire								
	0503 - Valvulopathies	0506 - Coronaropathies avec pontage	0509 - Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage)	0512 - Insuffisances cardiaques	0515 - Artériopathies (à l'exclusion des amputations)	0518 - Autres affections cardiaques	0521 - Autres affections vasculaires	05 - Affections de l'appareil circulatoire Total	
CH DE LA HAUTE VALLEE DE LA MOSELLE		11		19		25	72	131	258
CH GERARDMER		262	60	360	1603	500	379	353	3517
CH REMIREMONT		216	200	628	475	141	196	226	2082
CH SAINT DIE		1669	1156	4857	805	152	425	127	9191
CHIC DE L'OUEST VOSGIEN		1610	467	3209	4108	1133	1436	815	12778
CHIC EMILE DURKHEIM EPINAL		1457	1126	3550	6107	1452	2926	583	17201
HL CHATEL SUR MOSELLE		115	65	320	2663	547	685	125	4520
HL LAMARCHE	6	6		19	1131	152	681	363	2346
HL LE THILLOT		42		26	202	35	160	84	549
HL RAON L'ETAPE		178	16	261	1272	318	657	268	2970
HL SENONES		26	34	220	1561	228	330	173	2572
HL VAL DU MADON		22	44	135	1207	202	521	536	2667
HÔPITAL RURAL - RAMBERVILLERS		53	414	25	678	48	478	137	1419
SIREV GOLBEY		1040	414	2338	103	46	183		4124
Total général	6	6	6701	3582	15967	21915	4979	9129	3921

3. Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement (données 2015)

	OUEST VOSGIEN TSP 13					CENTRE VOSGES TSP 18 et 20						DEODATIE TSP 19								
	ETS de proximité		ETS référent			ETS de proximité			ETS référent			ETS de proximité		ETS référent						
	Val de madon	Lamarche	CH VITTEL	CH NEUFCHATEAU		Bruyères/MRI/Corcieux	Rambervillers	Chatel/Moselle	CHED	CH Remiremont		BUSSANG	LE THILLOT	Raon l'étape	Senones	Fraize	Gérardmer	CH St Dié		
DIAGNOSTIC	EXAMENS		IRM/SCANNER/ECHOGRAPHE						M/SCANNER/ ECHOGRAPH			IRM/SCANNER/ECHOGRAPHES					IRM/SACNNER/ECHOGRAPHES			
	ACTIVITES		SAU/UHTCD						SAU/UHTCD			SAU/UHTCD					SAU			
COURT SEJOUR	ACTIVITES		Cardiologie USC						Cardiologie USC			Cardiologie USC					cardiologie		Accès aux soins continus	
	Nombre de lits/places installées		30 2						16 8			20 2					26		11	
	TO		84,89% 110,03%						89,23% 87,09%			88,88% 79,68%					82,10%		67,50%	
	DMS		5,66 3,87						7,14 2,46								4,9		2,7	
	Plateau technique d'exploration fonctionnelle		Oui						Oui			Oui					Oui			
	Consultations spécialisées		Consultations de cardiologie			Consultations de cardiologie			Consultations de cardiologie			Consultations de cardiologie			Consultations de cardiologie		Consultations de cardiologie		Consultations de cardiologie	
	READAPTATION		Réadaptation cardiaque			Réadaptation cardiaque			Réadaptation cardiaque			Réadaptation cardiaque					Réadaptation cardiaque		Réadaptation cardiaque	
MOYEN SEJOUR	ACTIVITES		SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent dont lits d'EVC	SSR Polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	
	Nombre de lits/places installées		25 (37)	18(26)	50	26	20 + 6 (8)	55 + 3 LISP	30	28	8	10	34(30)	16(20)	30	25				
	TO		93,88%	90%	93,29%	79,56%	115,82%	97,55%	99,02%	98,00%	61,95%	99,26%	95,32%	119,21%	92,28%	98,97%				
	DMS		27	39	35,88	22,74	30,3	33,62	51,66	30	56,53	31,76	21,89	28,81	21,43	26,1				
LONG SEJOUR	ACTIVITES		EHPAD	EHPAD	EHPAD	EHPAD	USLD/EHPAD	EHPAD	EHPAD	USLD	EHPAD	USLD/EHPAD	EHPAD	EHPAD	EHPAD	USLD/EHPAD	USLD/EHPAD			
	Nombre de lits/places installées		293	116	62	115	30+(2)/247 (232)	110	59	30	291	24/83	328	121	114	132	25/114	30/140		
	TO		93%	95%	99%	102,33%	73,2%/97%	96,79%	99%	91%	91%	97%/99%	96%	94,88%	93,84%		85,29%/91,83%	80,3%/99%		
	Nombre de personnes en liste d'attente		10	35	15	11	9	60	34	20/50	52	72								
MAINTIEN A DOMICILE	ACTIVITES		SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD/HAD	SSIAD/HAD			
	Nombre de places		30 (40)	46 (dont 6 places PH)	36 dont 6 places PH	25 (+6 dont 3 PH)	35	36 (50)	42 (dont 2 PH)	36 (dont 2 PH)	57	23 (3 PH)/18								
	TO		91%	97,31%	95,90%	95,29%	100,41%	92,17%	82,75%	88,79%	77,56%/112,18%									
	Nombre de personnes en liste d'attente		2	3	0	3	0	0	0	0	0	4/								
	Conventions HAD		HAD Korian	HAD Korian	HAD Korian	HAD Gérardmer et Korian (Epinal)	HAD Korian (Epinal)	HAD Epinal	HAD Gérardmer											
Temps médical en ETP et Astreintes			2,5 ETP cardiologues Astreinte opérationnelle de cardiologie			3 ETP cardiologues + 1 ETP Praticien de médecine générale Astreinte opérationnelle de cardiologie			1,5 ETP cardiologues Astreinte opérationnelle de cardiologie 2 ETP médecine du sport			3,5 ETP Cardiologues Astreinte opérationnelle de cardiologie 1 ETP médecine du sport								
Couleur de police rouge : Projets en cours ou à venir																				

4. Parcours de soins de la filière cardiologie



5. Analyse SWOT de la filière cardiologie

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES/DIFFICULTES	MENACES/CONTRAINTES	OPPORTUNITES
POSITIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS MCO POUR LES PATIENTS DU DEPARTEMENT	Une filière publique bien positionnée qui se traduit par un maillage territorial satisfaisant et une bonne attractivité des établissements MCO	Une offre de soins concurrentielle en secteur privé sur certaines activités	Non attractivité du secteur public pour les jeunes praticiens	
COURT SEJOUR	Un bassin de population avec une haute prévalence en maladies cardiovasculaires qui justifie le maintien d'une activité de cardiologie de proximité De nombreuses conventions de coopérations entre les établissements et avec les établissements de recours	Nombre de cardiologues insuffisants pour répondre à la demande, en hospitalisation, en gardes ou astreintes et en consultations	Perspectives liées à la démographie médicale Pérennité de l'USIC Epinal Orientations à venir du SROS-PRS	Coopération Public/privé pour proposer des actes de cardiologie interventionnelle
EXPLORATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE	L'existence de plateaux techniques d'explorations fonctionnelles et de places de Réadaptation cardiaque dans chaque territoire de proximité			
EDUCATION THERAPEUTIQUE	Des filières d'éducation thérapeutique en place	A conforter en particulier sur l'insuffisance cardiaque	L'absence de financements dédiés à ces activités	
PREVENTION PRIMAIRE	Des filières de prévention primaire (aptitude à l'exercice physique) en place			L'évolution du cadre réglementaire en matière de prescription des activités sportives

6. Fiches actions

ACTION N°1 : DEFINIR UNE POLITIQUE TERRITORIALE DE GESTION DES EMPLOIS MEDICAUX SUR LA FILIERE CARDIOLOGIE				
Date validation fiche action	08/06/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé			
Objectifs de l'action	Valoriser auprès des jeunes praticiens le service public hospitalier et les possibilités de recrutement sur le GHT Vosges Mettre en cohérence les besoins hospitaliers et les projets professionnels Sécuriser les prises en charge et les conditions de travail des équipes médicales Faire face aux difficultés actuelles de recrutement et anticiper les départs en retraite des praticiens hospitaliers			
Description de l'action	Objectiver les besoins sur l'organisation territoriale de la filière pour assurer la continuité et la permanence des soins Définir avec le CHRU de Nancy, en première intention, une politique de gestion prospective des compétences médicales sur la filière cardiologie			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr THUUS - Dr DIDIER-PETIT - Dr BRAGARD			
Etapas de mise en œuvre (RASC) et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Echéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Cartographier les ressources médicales existantes sur chaque établissement et quantifier les besoins nécessaires à la mise en œuvre d'une organisation territoriale pertinente	déc-17	Etablir un diagnostic partagé des effectifs (y compris le recensement des agréments de stages d'internes) sur le territoire pour mettre en adéquation les besoins médicaux et les ressources médicales actuelles.
	Etape 2	Intégrer dans les équipes hospitalières des professionnels médicaux non spécialisés, permettant au cardiologue d'exercer en priorité son expertise	déc.-21	Recrutement de médecins généralistes et de médecins du sport essentiellement. Faciliter l'exercice de temps partagés entre l'hospitalier et le libéral.
	Etape 3	Elaborer une fiche de missions des spécialistes remplaçants à l'échelle du GHT	déc-18	La fiche de mission aura pour objet de définir les horaires de présence et de préciser les activités quotidiennes à réaliser : visites, consultations, examens complémentaires... Etudier les leviers d'actions permettant d'intégrer l'atteinte des objectifs.
	Etape 4	Etudier toutes les possibilités de mutualisation des compétences cardiologiques	déc-21	Temps partagés avec les plateaux techniques Nancéens, sans exclure la possibilité de mutualisation avec les cardiologues libéraux.
	Etape 5	Promouvoir l'attractivité des services sur le GHT	déc-21	Définir entre les établissements du GHT une politique de recrutement basée sur des principes communs : harmonisation des pratiques financières telle que la rémunération des gardes et astreintes. Favoriser l'exercice multi-sites au sein du GHT et favoriser l'accès aux plateaux techniques. Créer des plateaux techniques attractifs sur le GHT y compris par le développement de l'imagerie médicale cardiologique sur le territoire.
	Etape 6	Définir et mettre en œuvre avec le CHRU les outils communs d'une gestion prévisionnelle territorialisée des emplois et des compétences médicales	déc-18	Mettre en place avec le CHRU de Nancy, dans le cadre de la convention d'association, une politique territoriale de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales
Echéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : 01/06/2017	Début réel :		
	Echéance prévisionnelle : 31/12/2021	Echéance réelle :		
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Le besoin en cardiologues, comparé à l'effectif actuel, par sous-territoire est estimé à minima à 6 ETP supplémentaires sur l'ensemble du territoire.		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Déploiement du logiciel Logimed sur les établissements MCO des Vosges		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de postes occupés/nombre de postes requis Nombre de départs prévus			
Points d'attention	La définition de principes communs en matière de politique de ressources humaines médicales entre les établissements du GHT est un élément indispensable pour favoriser l'attractivité et garantir une répartition équilibrée des ressources et des compétences sur le territoire.			

ACTION N°2 : PERENNISER ET DEVELOPPER L'ACTIVITE DE RYTHMOLOGIE SUR LE TERRITOIRE EN LIEN AVEC LES PLATEAUX TECHNIQUES NANCEENS				
Date validation fiche action	08/06/17	Etat d'avancement		En cours
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p align="center"> Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie médicale Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations </p>			
Objectifs de l'action	<p>Apporter une réponse coordonnée aux besoins de santé Renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire Limiter les inadéquations de prise en charge Définir les modalités de coordination</p>			
Description de l'action	<p align="center"> Définir le positionnement et l'activité d'une USIC de territoire Formaliser la coopération avec les plateaux techniques Nancéens Renforcer l'attractivité médicale sur le GHT </p>			
Référents de l'action	<p align="center">Référents Médicaux : Dr THUUS - Dr DIDIER-PETIT - Dr ADMANT - Dr BRAGARD</p>			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les critères d'admission de l'USIC de territoire, les relations avec les autres structures de soins cardiologiques et les plateaux techniques spécialisés	déc-21	Elaboration de protocoles sur les critères d'admission Modalités de coordination avec le service de réanimation médicale Modalités d'accès à une coronarographie diagnostique et interventionnelle. Protocoles de prise en charge en urgence d'une insuffisance cardiaque aigüe sévère et des troubles du rythme graves.
	Etape 2	Formaliser avec les plateaux techniques Nancéens les modalités de coordination pour les activités de référence et de recours	déc-17	Etablir avec les établissements Nancéens un diagnostic partagé des besoins liés aux activités de recours et de référence en cardiologie afin de promouvoir une organisation graduée des soins, dans le respect du principe de subsidiarité.
	Etape 3	Promouvoir l'attractivité des services sur le GHT	déc-21	Cf. Fiche action n°1
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	31/12/2021	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires	Ressources humaines :	Les gardes sur place sont à intégrer dans l'effectif défini sur le territoire.		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Typologie des patients et file active des patients admissibles en USIC Taux de transferts inter-établissements Taux de fuite hors recours</p>			
Points d'attention*	L'organisation des "soins critiques" dans le cadre du SROS-PRS 2.			

ACTION N°3 : DEVELOPPER ET COORDONNER L'EDUCATION THERAPEUTIQUE HOSPITALIERE EN CARDIOLOGIE AVEC LE RESEAU DE VILLE				
Date validation fiche action	08/06/17	Etat d'avancement		En cours
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p align="center">Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques et des organisations de soins</p>			
Objectifs de l'action	<p>Définir les pathologies cardiovasculaires relevant de l'éducation thérapeutique (insuffisance cardiaque, anticoagulants, HTA, artérite, pathologies coronaires, etc...) Améliorer la qualité des soins et la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires Limiter les ré-hospitalisations et prévenir les complications évitables Aider les patients souffrant de pathologies cardio-vasculaires à maintenir ou à acquérir les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur vie Impliquer l'entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des complications qui en découlent Sécuriser l'administration thérapeutique chez les patients</p>			
Description de l'action	<p align="center">Définir un programme hospitalier d'éducation thérapeutique</p>			
Référents de l'action	<p align="center">Référents médicaux : Dr THUUS - Dr DIDIER-PETIT - Dr ADMANT - Dr BRAGARD Référents de la CSIRMT du GHT : Mme VAXELAIRE - Mme GAUDEL</p>			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Préciser les critères de base de l'éducation thérapeutique	En cours	Quel type de patients ? Quels professionnels ? Séances individuelles ou collectives ? Discuter à l'échelle du GHT de l'intérêt d'élaborer des programmes communs
	Etape 2	Identifier les compétences à acquérir, à mettre en œuvre ou à maintenir par type de pathologies	En cours	Connaître les signes d'alerte et réagir de manière appropriée Prendre régulièrement son traitement Adapter son activité physique Suivre les recommandations diététiques Organiser son suivi médical et sa prise en charge
	Etape 3	Structurer et coordonner la démarche hospitalière avec le réseau de ville	déc-18	Elaborer un document de synthèse unique (à l'échelle du GHT) reprenant les éléments du diagnostic éducatif, du programme individuel et de l'évaluation individuelle. Institutionnaliser la coordination entre l'hôpital et les réseaux de ville (PRADO, AVRS...)
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires	Ressources humaines :	Recenser et former les professionnels paramédicaux à l'ETP		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Intégrer dans le DPI le guide d'entretien ainsi que le document de synthèse		
	Autres	Définir les modalités de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique et les financements		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Existence ou non de programmes d'éducation thérapeutique uniformisés sur les 4 établissements MCO Nombre de patients inscrits dans un programme d'ETP Nombre de patients pris en charge par le dispositif PRADO ou autre Nombre de documents de synthèse uniformisés transmis (médecins libéraux, dispositif PRADO...)</p>			
Points d'attention	L'absence de dispositif PRADO "insuffisance cardiaque" sur les Vosges			

ACTION N°4 : RENFORCER LES FILIERES DE MEDECINE DU SPORT ET PERENNISER LES CENTRES DE READAPTATION CARDIAQUE				
Date validation fiche action	08/06/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé			
Objectifs de l'action	<p>Dépister les pathologies cardio-vasculaires</p> <p>Eviter la survenue de pathologies cardio-vasculaires</p> <p>Effectuer le suivi des sportifs</p> <p>Inciter et sécuriser la prescription de l'activité physique</p> <p>Diminuer les récurrences de pathologies cardio-vasculaires</p> <p>Améliorer la tolérance à l'effort</p> <p>Améliorer la qualité de vie</p> <p>Diminuer la mortalité</p>			
Description de l'action	Développer la prise en charge des préventions primaires et secondaires des pathologies cardio-vasculaires			
Référents de l'action	Référents Médicaux : Dr THUUS - Dr DIDIER-PETIT - Dr BRAGARD - Dr ADMANT Référents de la CSIRMT du GHT : Mme VAXELAIRE - Mme GAUDEL			
Etapes de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir le contenu des programmes en fonction des pathologies	En cours	Elaborer des protocoles de réentraînement en fonction des niveaux de sévérité : reconditionnement à l'effort, exercices de renforcement musculaire, électrostimulation... Education de la bonne pratique sportive
	Etape 2	Définir les besoins en équipement en réadaptation cardiaque	En cours	L'évaluation fonctionnelle du patient et la prescription des modalités de l'entraînement nécessitent un matériel médico-technique comportant au minimum un électrocardiographe standard, un appareil électrocardiographique d'effort avec bicyclette ergométrique ou tapis roulant, un appareil de mesure de la consommation d'oxygène à l'effort, un échographe doppler cardiaque et vasculaire, un système d'enregistrement holter rythmique ou de télémétrie avec fonction holter, voire tensionnel. Un appareil de mesure de la SAO2, un matériel de détection et d'enregistrement des potentiels ventriculaires tardifs sont également souhaitables. Le matériel doit en outre permettre de mettre en œuvre l'ensemble du programme de reconditionnement à l'effort : matériel de gymnastique, matériel d'entraînement sur machine. La sécurité doit être assurée par la possibilité de monitorer les patients par scope ou télémétrie (CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation).
	Etape 3	Définir les besoins en personnel	En cours	La qualification et la formation du personnel soignant doivent permettre, par leur multidisciplinarité, la prise en charge globale du patient. Il est impératif que le personnel soit formé aux gestes d'urgence et à la réadaptation cardiaque. Favoriser le recrutement des APA.
	Etape 4	Coordonner la poursuite de la réadaptation cardiaque en ville en lien avec les coachs sportifs et les associations	En cours	Inciter et coordonner la poursuite d'une activité physique régulière en orientant le patient vers les structures de ville existantes
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	A déterminer		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Existence ou non de programmes d'activité physique de prévention primaire et secondaire Nombre de séances Nombre de patients par séances et file active			
Points d'attention*	En attente des décrets sur la prise en charge de l'activité physique			

ACTION N° 5 : DEVELOPPER ET SECURISER LES DISPOSITIFS DE TRANSMISSION D'IMAGES				
Date validation fiche action	08/06/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p align="center"> Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie médicale Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations </p>			
Objectifs de l'action	<p>Développer la télé-médecine Développer et faciliter l'accès, le partage et les échanges d'informations médicales Sécuriser les données de santé Démontrer l'intérêt de la télé-médecine : déplacements inutiles de patients, intérêt financier Répondre aux difficultés liées à la démographie médicale</p>			
Description de l'action	<p align="center">Développer, organiser et sécuriser la transmission des images et les solutions de télé-expertise et de télé-médecine sur le territoire</p>			
Référents de l'action	<p align="center"> Référents Médicaux : Dr THUUS - Dr DIDIER-PETIT - Dr ADMANT - Dr BRAGARD Référents de la CSIRMT du GHT : Mme VAXELAIRE - Mme GAUDEL </p>			
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les limites de l'application envisagée	déc-17	Les solutions envisagées pour sécuriser le dispositif et répondre aux normes de confidentialité devront répondre à deux impératifs : simplicité pour l'utilisateur et qualité de l'image équivalente pour le cardiologue. La solution retenue devra également prendre en compte la notion de responsabilité avec l'identification claire du demandeur et du patient.
	Etape 2	Etendre les conventions d'imagerie avec Télé-santé Lorraine à tous les établissements de santé	déc-18	Etudier la faisabilité d'une convention avec l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement. Déployer les solutions de télé-expertise et de télé-médecine sur les établissements de proximité, en fonction des besoins.
	Etape 3	Déployer les solutions de télé-expertise et de télé-médecine sur les établissements de proximité, en fonction des besoins et des possibilités de mise en œuvre.	déc-21	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2021	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Axe de travail en lien avec la commission territoriale du SIH du GHT		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Transmission sécurisée des documents, répondant aux besoins des cardiologues Nombre de télé-expertises et de consultations de télé-médecine</p>			
Points d'attention*	<p>Respect des normes de confidentialité et de sécurité applicables aux données de santé Facturation des actes de télé-médecine Niveau de responsabilité du demandeur et de l'expert</p>			

D. La filière neurologie/AVC

Pour rappel, au niveau régional, 5800 décès sont dus chaque année aux pathologies cardio-neurovasculaires et représentent 28% des décès lorrains :

- Le taux comparatif de mortalité reste supérieur au taux français (238 p 100 000 versus 210 p 100 000).
- Ces pathologies représentent la première cause de décès chez la femme et deuxième cause des décès en Lorraine tous sexes confondus.
- 23,5% des décès liés à une maladie cardio-neurovasculaire sont liés à une maladie vasculaire cérébrale (1363 décès/an)
- Il existe une disparité régionale et intra régionale (**gradient est/ouest**)

Le SROS-PRS 2012-2017 prévoyait 5 objectifs opérationnels portant sur l'organisation de la filière :

- Permettre pour tout patient victime d'AVC l'accès à une filière organisée de prise en charge
- Améliorer l'accès à la thrombolyse des patients victime d'AVC
- Améliorer le suivi après la sortie d'hospitalisation
- Améliorer la qualité de prise en charge de l'AVC en Lorraine

Sa déclinaison territoriale pour le territoire des Vosges fixait pour objectifs :

- Organiser la filière de prise en charge des patients AVC dans les Vosges
- Créer une UNV H24 si la démographie médicale le permet

1. Composition du groupe de travail

- **Dr HUTTIN (CHED), pilote du groupe de travail**
- Dr CUGNEY (PCME Bruyères)
- Dr CLERGET (PCME C2HVM)
- Dr BAKPA (CH Remiremont)
- Dr ALBIZZATI (CHSD)
- Dr TORTUYAUX (CHOV)
- Dr PHILIPPE (CHOV)
- Dr BORDMANN (CHOV)
- Dr LAHALLE (HAD Korian)
- Dr VITOUX (CHSD)
- Dr PEDUZZI (CHED)
- Dr GUILLAUME (CHED)
- Melle SOMBRET (Directrice Bruyères/Rambervillers)
- Mme CHASTANT (HAD Korian)
- Mme BERNET (Ergothérapeute CHSD)
- Mme LALEVEE (Représentante de la CSIRMT)
- Mme GEORGEL (Représentante de la CSIRMT)

2. Données PMSI 2016 (Source : ARS Grand Est)

Nombre de journées en MCO par spécialité et par établissements du GHT

Somme de Nb_Sjours_ou_Seances					
	D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)				D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) Total
Étiquettes de lignes	C02 - Chirurgie du rachis, Neuro-chirurgie	K03 - Neurologie médicale avec Acte classant non opératoire, ou anesthésie	X03 - Neurologie médicale	X04 - Commotions cérébrales, Traumatismes crâniens	
880006325 - HL VAL DU MADON			1		1
880007059 - CHIC EMILE DURKHEIM EPINAL		518	5097	1477	7092
880007299 - CHIC DE L'OUEST VOSGIEN		10	3036	630	3676
880780069 - CH GERARDMER			213	25	238
880780077 - CH SAINT DIE	34	13	2488	715	3250
880780093 - CH REMIREMONT	1	10	1906	552	2469
880780259 - HL BRUYERES			19	2	21
880780291 - HL RAON L'ETAPE			35	1	36
880780325 - HL FRAIZE			19	1	20
880780333 - HL LAMARCHE			31		31
880780341 - HÔPITAL RURAL - RAMBERVILLERS			37	1	38
880780366 - HL SENONES			53	1	54
Total général	35	551	12935	3405	16926

Nombre de journées réalisées en SSR, par affection et par établissement du GHT

Somme de SSR_nb_Journees	Étiquettes de colonnes					
	01 - Affections du système nerveux					
	0103 - Etats végétatifs chroniques - Etats paucirelationnels	0112 - Accidents vasculaires cérébraux	0146 - Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie	0147 - Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié	0148 - Accidents vasculaires cérébraux autres	
Étiquettes de lignes						
CH DE LA HAUTE VALLEE DE LA MOSELLE		616			184	328
CH GERARDMER		4	810		252	279
CH REMIREMONT			2790		1031	1058
CH SAINT DIE			1216		138	1413
CHIC DE L'OUEST VOSGIEN			11437	45	9057	2126
CHIC EMILE DURKHEIM EPINAL			2898	374	4733	1854
HL CHATEL SUR MOSELLE			966		460	286
HL LAMARCHE	6		174		85	81
HL LE THILLOT		22	418		18	214
HL RAON L'ETAPE			500		267	357
HL SENONES			315		100	85
HL VAL DU MADON			175		53	368
HÔPITAL RURAL - RAMBERVILLERS			411			90
SIREV GOLBEY		229	7363		2308	1198
Total général	6	871	29473	419	18686	9737

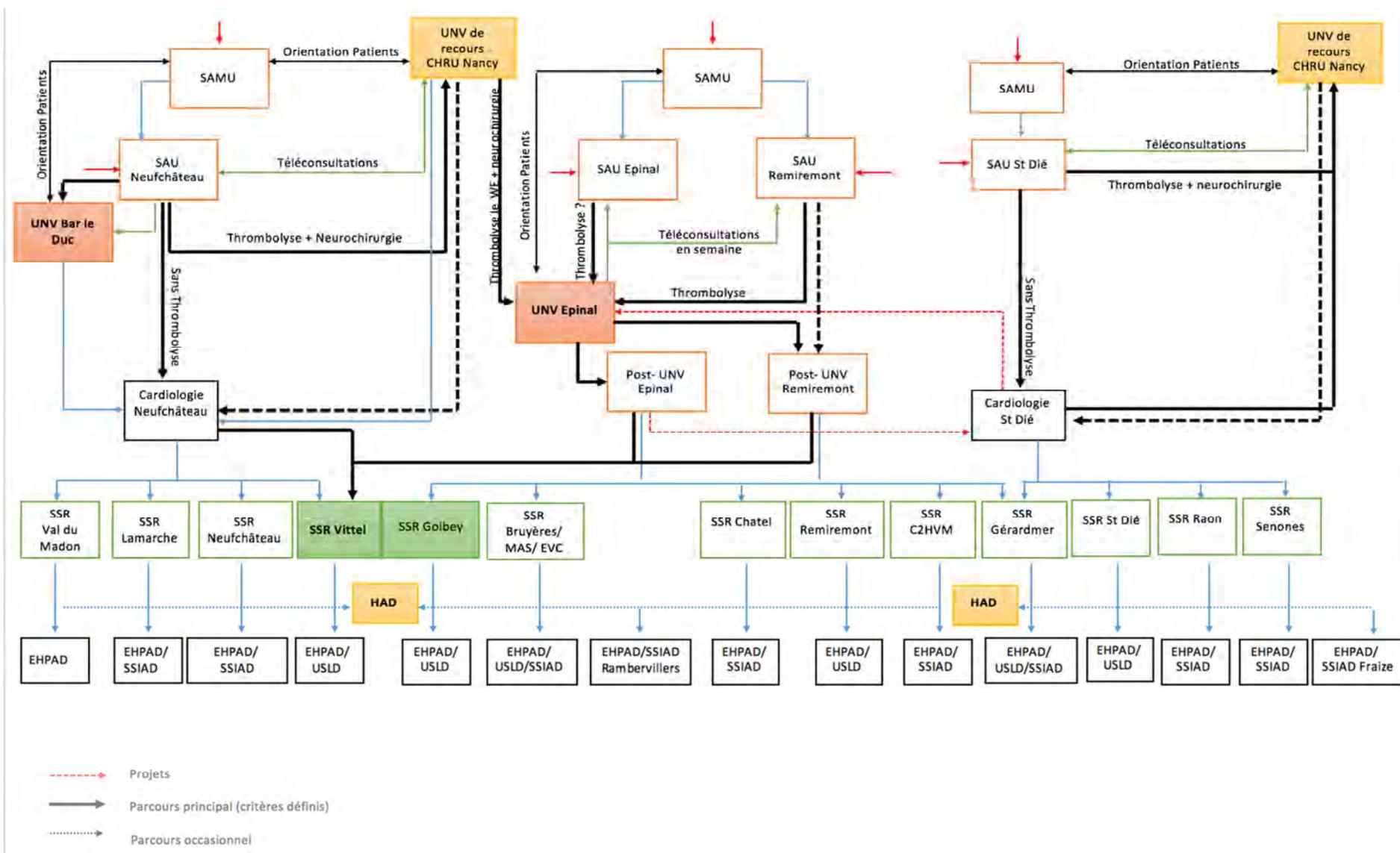
Somme de Nb_Journees_HAD		
Étiquettes de lignes	12 - Rééducation neurologique	Total général
CH GERARDMER	27	24949
Etb_prive_ou_espic	93	41478
Total général	120	66427

Nombre de journées réalisées en HAD pour le motif de prise en charge : rééducation neurologique

3. Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement (données 2015)

		OUEST VOSGIEN TSP 13						CENTRE VOSGES TSP 18 et 20						DEODATIE TSP 19					
		ETS de proximité		ETS référent		ETS de proximité		ETS référent		ETS de proximité		ETS de proximité		ETS de proximité		ETS référent			
		Val de madon	Lamarche	CH VITTEL	CH NEUFCHATEAU	Bruyères/MRI/ Corcieux	Rambervillers	Chatel/Moselle	CHED	CH Remiremont	BUSSANG	LE THILLOT	Raon l'étape	Senones	Fraize	Gérardmer	CH St Dié		
DIAGNOSTIC	Radiologie			IRM/SCANNER				IRM/SCANNER	IRM/SCANNER								IRM/SCANNER		
	Ouverture			8h-18h (ponctuelle le week-end uniquement pour AVC)				7h30-19h la semaine	8h-18h la semaine et samedi matin Pas de protocole de thrombolyse ni								8h-20h 7jours/7 (astreintes le week-end)		
	Urgences			SAU Pas d'activité de thrombolyse	Activité de thrombolyse en partenariat avec CHRU de Nancy (télé-expertise)			SAU Activité de thrombolyse en partenariat avec le CHRU les week-ends	SAU Pas d'activité de thrombolyse							SNP Pas d'activité de thrombolyse	Activité de thrombolyse en partenariat avec CHRU de Nancy (télé-médecine)		
COURT SEJOUR	ACTIVITES				Cardiologie			Neurologie	SI UNV	Post AVC	UNV (lits tièdes)	Médecine générale					cardiologie		
	Nombre de lits/places installées				26 dont 6 lits de SC			4 (12)	4 (4)	8	6 (HC)	24 (HC)					11		
	TO							106,98%			109%, dont 49,22% pour UNV						67,50%		
	DMS							7,03	9,56	9,23	9,7	dont 11,5 pour UNV					2,7		
	Consultations spécialisées			1/2 journée tous les 15 jours Consultation neuro CHU post AVC (délais > 6 mois)	Consultations de rééducation fonctionnelle			Consultations post AVC(HD?)	Consultations post AVC(Projet de téléconsultations avec neurologue d'Epinal en cours)							Consultations de réadaptation	Consultations de neurologie		
Nombre de consultations			230	735 + 177 ATM											255	238			
MOYEN SEJOUR	ACTIVITES	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR spécialisé "affections neurologiques" (HC)	SSR Polyvalent et spécialisé "affections appareil locomoteur"	SSR polyvalent dont lits d'EVC		SSR Polyvalent	SSR "affections appareil locomoteur et système nerveux"	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent	SSR polyvalent		
	Nombre de lits/places installées	25 (37)	18 (26)	30	26 lits (HC) et 10 places H	20 + 8		55 +3 USP	30	28	8	10	34 (30)	16 (20)	30	25			
	TO	93,88%	90%	86,37%		115,82%		97,55%	98,65%	98,00%	61,95%	99,26%	95,32%	119,21%	92,28%	98,97%			
	DMS	27		35,88		30,3		33,62	57	30	56,53	31,76	21,89	28,81	21,43	26,1			
LONG SEJOUR	ACTIVITES	EHPAD	EHPAD	USLD/EHPAD	EHPAD	USLD/EHPAD	EHPAD	EHPAD	USLD	EHPAD	USLD/EHPAD	EHPAD	EHPAD	EHPAD	USLD/EHPAD	USLD/EHPAD			
	Nombre de lits/places installées	293	116	30/62	115	30+ (2) 247 (232)	110	59	30	291	24/83	328	121	114	132	25/114	30/140		
	TO	93%	95%	99%	102,33%	73,2%/97%	96,79%	99%	91,40%	91,45%	97%/99%	96,33%	94,88%	93,84%		85,29%/91,83%	80,3%/99%		
	Nombre de personnes en liste d'attente	10	10	35	15	11	9	60	34	20/50			52	72					
MAINTIEN A DOMICILE	ACTIVITES		SSIAD		SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD				SSIAD	SSIAD	SSIAD	SSIAD/HAD				
	Nombre de places		30 (40)		46 (dont 6 places PH)	36 dont 6 places PH	25 (+6 dont 3 PH)	35				36 (50)	42 (dont 2 PH)	36 (dont 2 PH)	57	23 (3 PH)/18			
	TO		91%		97,31%	95,90%	95,29%	100,41%					92,17%	82,75%	88,79%	77,56%/112,18%			
	Nombre de personnes en liste d'attente				2	3	0	3					0	0		4/			
	Conventions HAD		HAD Korian	HAD Korian	HAD Korian	HAD Gérardmer et Korian (Epinal)	HAD Korian (Epinal)	HAD Epinal					HAD Gérardmer						
	Projets de structures "innovantes"						6 Lits d'hébergement temporaire d'urgence												
	Temps médical en ETP (spécialistes)			0,20 ETP Neurologue (CHRU de Nancy) sur le SSR spécialisé et consultations)		0,10 ETP médecin MPR toutes les semaines Convention avec Neurologue Epinal : suivi des patients sur EVC Equipe rééducation «ergo		0,10 ETP médecin MPR tous les 15 jours		1 ETP neurologue vasculaire Consultation praticien du CHRU Nancy tous les deux mois		Equipe MPR Epinal Neurologue d'Epinal sur consultations post AVC Orthophoniste libérale				0,1 ETP neurologue (Lunéville) 0,5 ETP neurologue d'Epinal (maladies dégénératives) Plateau de rééducation			

4. Parcours de soins de la filière neurologie/AVC



5. Analyse SWOT de la filière neurologie-AVC

	Points forts	Points faibles/MENACES	Opportunités
Diagnostic	Filière d'urgence pré-hospitalière AVC formalisée Dynamique territoriale autour de la télémédecine	Démographie médicale déficitaire pour les neurologues : 1 seul neurologue vasculaire d'astreinte sur Epinal 24h/24 du lundi 8h30 au vendredi 18h30 Le vendredi soir 18h30 jusqu'au lundi matin 8h30, le CHRU prend le relai Disponibilité des IRM les week-ends	
Prise en charge aiguë (court séjour)	1 UNV de territoire (Epinal) Existence de protocoles de transferts sur Epinal. Convention entre St Dié et le CHRU qui définit les critères d'adressage. Un réel besoin : Une évolution des séjours par rapport à l'évolution démographique de la population estimée à +14% sur la spécialité neurologie pour les 10 ans à venir	Difficultés pour le service de neurologie d'Epinal de répondre aux besoins : • Dimensionnement capacitaire inférieur à la demande (389 séjours pour AVC, 1309 séjours pour les autres affections neurologiques) • L'activité sur les AVC avec thrombolyse reste actuellement insuffisante pour envisager une augmentation de la PDS : transferts sur l'UNV régionale du CHRU pour St Dié et le CHOY Difficultés de recrutement médical	Nouvel hôpital : projet de 12 lits d'UNV Soins Intensifs et 4 lits UNV conventionnelle sur Epinal pour à terme arriver à une capacité totale de 28 lits. Critères d'orientation entre Epinal et Nancy en cours : Thrombectomie, infarctus malin, hémorragies lobaires du sujet jeune, AVC chez l'enfant. Travail en cours avec le SAMU 88 pour limiter la perte de temps sur les transferts. Modèle Epinal-Remiremont (Post-AVC) satisfaisant, pourrait être dupliqué à l'échelle du GHT. Projet de 6 lits dédiés post-AVC sur St-Dié-des-Vosges et le CHOY. Postes partagés avec le CHRU de Nancy et entre Epinal/Remiremont. Projet de développement avec St-Dié-des-Vosges.
Prise en charge médico-sociale	Epinal/Remiremont : très bonne performance en part de marché sur l'activité neurologie (court séjour et SSR spécialisé) CHOY : bonne performance en part de marché (SSR spécialisé)		Polyvalence sur la neurologie qui participe à l'attractivité des internes Projet de télé-interprétation des EEG
PRISE EN CHARGE EN moyen et long séjour	SSR spécialisés sur Vittel et Golbey Equipe MPR sur Epinal EVC sur Bruyères Projet de mise en place d'un lieu dédié à l'éducation thérapeutique associé à un appartement thérapeutique	Fluidité des parcours entre les lits de court séjour et de moyen séjour Orientations difficiles pour les personnes en situation de fragilité ou d'isolement social Des taux d'occupation en USLD < 90 % sur certains territoires	Création d'une MAS pour cérébrolésés sur Bruyères Augmentation des lits d'EVC sur Bruyères
RAD		Manque de fluidité vers les structures médico-sociales Absence d'IDE la nuit en EHPAD Peu de retour à domicile avec HAD : nécessite un investissement important de la part de la famille. Orientation décidée en concertation avec la famille.	La levée des restrictions de prise en charge de l'HAD en EHPAD devrait permettre un accompagnement de patients lourds sur le médico-social Un processus de prise en charge en filière post-AVC est en cours d'élaboration entre le CHED et l'HAD
Consultations Post-AVC	Prévention des récives par l'identification de l'étiologie. Recours au CHRU pour la recherche des AVC rares et pour des examens ciblés tels que l'artériographie ou la biopsie cérébrale.	Difficultés de recrutement de professionnels de rééducation : kiné, ergo et orthophonistes	Téléconsultations avec Neurologue d'Epinal en projet sur Remiremont

6. Fiches actions

ACTION N°1 : CONFORTER LA PLACE DE L'UNV DE TERRITOIRE D'EPINAL DANS LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DE L'AVC				
Date validation fiche action	31/05/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence</p>			
Objectifs de l'action	<p>Développer l'accès à l'expertise Se rapprocher le plus possible des recommandations de prise en charge de l'AVC, en coordonnant les missions spécifiques de chaque structure Rendre lisible l'offre de soins sur le territoire</p>			
Description de l'action	<p>Répondre aux besoins par la création de 5 lits supplémentaires sur l'UNV d'Epinal Organiser la filière "AVC" pour chaque niveau de prise en charge, dans le respect du principe de subsidiarité et de graduation des soins</p>			
Référents de l'action	<p>Référent médical : Dr HUTTIN Référents CSIRMT GHT : Mme GEORGEL- Mme LALEVEE</p>			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Echéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Augmenter la capacité du post-UNV d'Epinal de 5 lits	01/11/2017 (sous réserve de la complétude des équipes médicales de gériatrie et de neurologie)	L'objectif de ces cinq lits est de fluidifier le parcours en facilitant l'accès aux soins intensifs. Les taux d'occupation élevés des SI de l'UNV d'Epinal traduisent le besoin sur le territoire et confortent l'augmentation capacitaire du post-UNV d'Epinal.
	Etape 2	Etablir les parcours de soins types d'une prise en charge graduée sur la filière AVC en intégrant ses différents composantes : l'UNV de recours du CHRU de Nancy, les lits de soins intensifs et d'UNV au CHED, les lits de post-UNV au CHED et sur Remiremont, les lits de prise en charge post-AVC sur les établissements MCO et enfin les lits de rééducation post-AVC	nov-17	Définir le périmètre de chaque niveau de prise en charge et élaborer des protocoles, site par site, en fonction du niveau de pertinence. Etudier les possibilités d'un accès à l'IRM 24h/24 pour les SAU qui pratiquent la thrombolyse
	Etape 3	Formaliser les parcours de soins types entre les différents niveaux de prise en charge et renforcer la coordination territoriale de la filière "AVC"	déc-18	La convention cadre en cours d'élaboration avec le CHRU de Nancy devra servir de support à la formalisation des parcours. Définir les modalités de coordination au sein du territoire et son articulation avec le CHRU de Nancy. Identifier un référent médical de la filière AVC sur chaque établissement.
	Etape 4	Rendre lisible l'offre de soins sur la filière "AVC" et favoriser la communication entre les structures	déc-18	Réviser le logigramme du parcours patient sur la filière "AVC", en lien avec les orientations définies et le SAMU 88 Créer une fiche de liaison commune aux structures de la filière "AVC"
Echéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Echéance prévisionnelle	31/12/2018	Echéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	<p>Mise en adéquation des effectifs paramédicaux de l'UNV de territoire au regard des effectifs normés (IDE, AS, Ergothérapeutes, Kinés, psychologues, orthophonistes...) Vacance du poste de coordinateur de la filière "AVC"</p>		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Mener une réflexion portant sur l'harmonisation des outils de recueil de données à l'échelle du GHT, pour évaluer la filière.		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Données d'activités de l'UNV d'Epinal et des post-UNV : taux d'occupation, file active... Taux de transferts inter-établissements Taux "d'inadéquations" hors recours (GHS)</p>			
Points d'attention*	<p>Les outils devront faire l'objet d'une validation en collège médical et en CSIRMT du GHT. Une information devra être délivrée en CME et CSIRMT des établissements parties au groupement. L'offre de soins sur la filière "AVC" intégrera le portail GHT à destination des professionnels et des usagers.</p>			

ACTION N°2 : CRÉER UN POLE DE COMPETENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE TERRITOIRE

Date validation fiche action	31/05/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations			
Objectifs de l'action	Développer l'accès à l'expertise Renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire Favoriser l'exercice territorial de la médecine Anticiper les besoins médicaux et paramédicaux et répondre à l'obligation de permanence et de continuité des soins			
Description de l'action	Conforter les compétences médicales et paramédicales de territoire Favoriser l'accès aux avis spécialisés par le développement des télé-consultations			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr HUTTIN Référents paramédicaux : Mme GEORGEL - Mme LALEVEE			
Etapes de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les besoins en terme de recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux sur les établissements MCO du GHT	déc-17	Elaborer une cartographie des ressources humaines actuelles sur chaque établissement de santé. Recenser les effectifs théoriques nécessaires et identifier les besoins à l'échelle du GHT.
	Etape 2	Mutualiser les compétences médicales sur le centre Vosges, pour un fonctionnement 7 jours/7 de l'UNV de territoire	déc-18	Mutualisation des équipes médicales d'Epinal et de Remiremont, dans le cadre du projet médical commun entre les deux établissements
		Renforcer la formation des personnels médicaux et paramédicaux dans la prise en charge des AVC	déc-18	Identifier les services référents dans la prise en charge de l'AVC sur les établissements de proximité. Prioriser la formation des services d'urgences ainsi que la régulation. Faciliter les tutorats et la formation par "immersion" dans les unités spécialisées.
	Etape 3	Développer les télé-consultations avec plus ou moins télé-EEG et télé-radiologie, entre les établissements de santé	janv-19	Ne concerne pas la télé-expertise dans le cadre de la thrombolyse mais les consultations neurologiques et neuro-vasculaires, avec possibilité d'avoir accès à un avis spécialisé pour les établissements de proximité.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	01/01/2019	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Les besoins en formation seront étudiés en lien avec le comité de formation continu et de DPC du GHT. Il s'agira notamment de faciliter les tutorats et la formation par "immersion"		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Les moyens nécessaires à la mise en œuvre des téléconsultations seront évalués par la commission territoriale du SIH.		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de télé-expertises réalisées Nombre de formations réalisées Nombre d'ETP de médecins spécialisés Nombre de colloques sur le thème de l'AVC, organisés à l'échelle du GHT Nombre de patients thrombolysés			
Points d'attention*	Dans le cadre de la convention d'association qui relie le CHRU de Nancy et le GHT Vosges, il est envisagé une gestion concertée de la démographie médicale dont l'objet est de permettre de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs des établissements publics de santé. La gestion prévisionnelle des emplois médicaux doit se traduire dans les faits par la réalisation d'un diagnostic partagé des effectifs, en particulier pour les filières identifiées comme étant prioritaires sur le territoire.			

ACTION N°3 : PROMOUVOIR L'ACCES AUX CONSULTATIONS SPECIALISEES EN POST-AVC SUR CHAQUE TERRITOIRE DE PROXIMITE				
Date validation fiche action	31/05/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p style="text-align: center;">Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations</p>			
Objectifs de l'action	<p>Eviter les pertes de chance en post-AVC en assurant en proximité le suivi de tous les patients Développer et faciliter le partage de l'information médicale Renforcer l'articulation des différents acteurs de la prise en charge Développer les activités de prévention et d'éducation thérapeutique</p>			
Description de l'action	Renforcer et développer les consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC et de suivi des AVC			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr GUILLAUME- Dr VITOUX- Dr TORTUYAUX - DR BAKPA - Dr BOYEZ - Dr MESESAN Référents de la CSIRMT du GHT : Mme GEORGEL - Mme LALEVEE			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les objectifs, les profils de patients ainsi que les délais de mise en œuvre des consultations en post-AVC	Terminé	Les objectifs, au nombre de 4, répondent à ceux de l'instruction du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC et de suivi des AVC à savoir : la prévention de la récurrence, le suivi des traitements et des examens, le bilan fonctionnel et le bilan psychosocial. Ces consultations s'adressent à tous les patients ayant fait un AVC, dans un délai de 3 à 6 mois après l'AVC.
	Etape 2	Définir les modalités d'organisation sur chaque territoire de proximité	déc-18	Les modalités d'organisation sont à définir en fonction des sites : L'organisation devra comprendre une consultation dédiée médicale de prévention secondaire, une consultation auprès d'un médecin de MPR avec bilans paramédicaux si nécessaire.
	Etape 3	Définir et harmoniser les outils nécessaires au partage de l'information médicale entre les différents acteurs : hospitaliers et libéraux	déc-18	Elaboration d'un questionnaire à remplir par le médecin traitant en vue de la consultation Harmonisation des courriers médicaux (définition du contenu) Organiser la communication pour l'inclusion dans le dispositif, via le médecin traitant
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Les besoins médicaux et paramédicaux seront étudiés en fonction de l'organisation retenue sur chaque établissement, des possibilités de mutualisation, de recrutement et de mise en œuvre de temps partagés		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres	Financements adaptés permettant la reconnaissance et la valorisation des bilans effectués par les paramédicaux. Définir les besoins en formations afin de développer les compétences des professionnels.		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Existence de consultations spécialisées de suivi post-AVC sur chaque territoire de proximité Nombre de consultations Nombre de courriers et délais d'envoi des courriers Exhaustivité des courriers (indicateurs IPAQSS)</p>			
Points d'attention*	La revalorisation de la tarification des consultations pluriprofessionnelles, telle qu'elle peut exister aujourd'hui sur certaines thématiques, est une condition indispensable à la mise en œuvre et à la pérennité de consultations de post-AVC et de suivi des AVC.			

ACTION N°4 : ANTICIPER LES BESOINS DE REEDUCATION ET POURSUIVRE L'EVOLUTION DES PRISES EN CHARGE

Date validation fiche action	31/05/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé			
Objectifs de l'action	Eviter les pertes de chance en post-AVC en assurant en proximité la rééducation des patients Adapter l'offre de soins sur le territoire pour une prise en charge globale de la personne Renforcer l'articulation des différents acteurs de la prise en charge			
Description de l'action	Conforter les lits du SSR "affections neurologiques" de Vittel Développer les places d'HDJ de MPR sur le site de Golbey			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr BORDMANN- Dr PEDUZZI Référents de la CSIRMT du GHT : Mme GEORGEL - Mme LALEVEE			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)	Nom Etape 1		Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Recruter un médecin MPR sur le SSR de Vittel et renforcer l'équipe de rééducation	déc-17	L'absence de médecin spécialisé en MPR sur le SSR de Vittel limite considérablement les possibilités de prise en charge et de rééducation et l'atteinte des objectifs du SSR spécialisé. De même, les difficultés de recrutement sur certains métiers de rééducation tels que les kinésithérapeutes constituent un frein à la prise en charge spécialisées des patients.
	Etape 2	Définir les modalités de mise en œuvre ainsi que les moyens nécessaires au développement de l'hospitalisation de jour thérapeutique en MPR sur le site de Golbey	déc-18	Redéfinir les besoins en effectifs paramédicaux et décrire les chemins cliniques des patients pris en charge en HDJ
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Recrutement d'un médecin MPR sur Vittel Recrutement des IDE, Kiné, Ergothérapeute, orthophoniste (nombre d'ETP à évaluer)		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres	Evaluation des besoins en formation		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Mise en adéquation des besoins humains Nombre de séjours et file active du SSR spécialisé Nombre de séances d'HDJ sur Golbey			
Points d'attention*				

ACTION N°5 : DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION EN SSR

Date validation fiche action	31/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence			
Objectifs de l'action	Contribuer à la fluidité des parcours Renforcer l'articulation des différents acteurs de la prise en charge Evaluer les adaptations nécessaires à domicile et permettre la transition entre l'hôpital et le domicile			
Description de l'action	Promouvoir la création de deux appartements thérapeutiques sur l'établissement de santé d'Bruyères			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr CUGNEY - Dr LAHALLE Référent administratif : Mme SOMBRET			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les critères d'admission: Pour des patients en service SSR, MAS ou USLD. Projet thérapeutique avec pour objectif un retour à domicile->évaluation dans un studio thérapeutique (durée de 2 à 5 jours) sur prescription médicale.	sept-19	Le studio thérapeutique est un outils thérapeutique d'évaluation multidisciplinaire, dans le cadre d'un projet de vie visant l'autonomie. Cet outil permettra de valider avec la personne en situation de handicap des orientations concernant soit le choix de travaux à réaliser chez elle, soit d'aides techniques à acheter, soit la validation du projet de vie (autonome à domicile, en institution si ce n'est pas possible,...).
	Etape 2	Définir les objectifs de prise en charge	sept-19	Les studios aménagés doivent permettre aux personnes en situation de handicap d'expérimenter la transition entre la vie en établissement et la vie chez soi. Il s'agira : - D'évaluer, en équipe pluridisciplinaire, les aides humaines et techniques à mettre en œuvre en vue d'un retour à domicile. - De donner des indications indispensables à l'équipe pluridisciplinaire pour (ré)orienter les objectifs thérapeutiques. - De lever les obstacles au retour à domicile, qu'ils soient d'ordre matériel, architectural, humain, psychologique ou cognitif. - De permettre au patient/resident de mesurer/ se projeter/prendre des décisions en vue d'un retour à domicile (Offrir la possibilité d'héberger un aidant/proche du patient/resident).
	Etape 3	Définir et formaliser les coopérations de partenariat	nov-19	
	Etape 4	Définir et mettre en œuvre une stratégie de communication à destination des professionnels et du public	janv-20	Information au médecins (CME, médecins traitants, assistantes sociales, clic, MDPH, plaquette d'information, ...)
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/09/2019	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	01/06/2022	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Evaluer les moyens humains nécessaires, les besoins en formation des équipes, le conventionnement avec les partenaires extérieurs (HAD, SSIAD, prestataires de matériel médical et téléassistance)		
	Moyens (hors RH) :	Aménagement des studios (accessibilité handicap), contrat de séjour et règlement intérieur à établir.		
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Taux d'occupation et file active Adéquation du projet de vie (réautonomisation) sans réhospitalisation à court terme.			
Points d'attention*	La facturation depend du service d'origine du patient (séjour SSR, USLD, MAS)			

OBJECTIF N°6 : ANTICIPER ET PREPARER LA SORTIE DES L'ENTREE EN COURT SEJOUR

Date validation fiche action	30/05/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°3 : Accompagner la fragilité et la vulnérabilité			
Objectifs de l'action	<p>Dans le cadre d'un projet financé par l'ARS : développement d'un partenariat entre l' HAD Korian d'Epinal et le CHED depuis novembre 2016 afin d'expérimenter et de mettre en pratique l'élaboration d'<u>avis d'orientation précoces</u> pour les patients de 4 services pilotes (pneumologie, gériatrie, cardiologie et neurologie). Ces avis d'orientation précoces sont réalisés par l'infirmière de liaison de l'HAD et en s'appuyant sur <u>un score de fragilité</u> établi dès l'entrée dans le service par les IDE du service hospitalier. La transformation des macro-cibles d'entrée en incluant les éléments nécessaires à l'établissement du score de fragilité est déjà en place. La spécificité des patients de neurologie nécessite le développement d'une filière propre et notamment dans le contexte de post AVC.</p> <p>Les objectifs de cette démarche sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'ouvrir les possibilités méconnues d'hospitalisation à domicile. - De contribuer à la fluidité des parcours - De renforcer l'articulation des différents acteurs de la prise en charge - D'évaluer les possibilités de retour et de maintien à domicile pendant l'hospitalisation - De Diminuer les DMS des patients de neurologie, SSR et MPR 			
Description de l'action	Expérimenter une filière post AVC sur le Centre Hospitalier Emile Durkheim dans le cadre de l'HAD			
Référents de l'action	Référent médical : Dr LAHALLE (HAD Korian) Référents de la CSIRMT GHT : Mme GEORGEL - Mme LALEVEE			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Identification des patients pouvant relever d'une PEC HAD (rééducation neurologique) en post AVC	sept-17	<p>Cette étape permettra une évaluation des besoins des service et des possibilités de l' HAD.</p> <p><u>Service de neurologie</u> : participation de l'infirmière de liaison de l' HAD au staff de l'équipe mobile de rééducation fonctionnelle (Dr Guillaume) au sein du service de neurologie. Les patients à identifier sont ceux qui étant trop fatigués pour bénéficier du plateau technique du MPR, pourraient rentrer à domicile en HAD, bénéficier d'un protocole de rééducation neurologique adapté par le Dr Guillaume avant d'être réhospitalisé en MPR pour suivre la rééducation neurologique spécialisée du plateau technique de Golbey.</p> <p><u>Services SSR Golbey</u> : participation de l'infirmière de liaison de l'HAD au staff des demandes IMAD SSR. Ce sont les mêmes profils de patients à identifier, qui ont été dirigés ou seront dirigés vers les SSR sans nécessité d'utilisation du plateau technique de Golbey.</p> <p><u>Service MPR de Golbey</u> : participation de l'infirmière de liaison de l'HAD au staff du MPR. Les patients à identifier sont ceux qui pourraient bénéficier d'un protocole de rééducation de neurologie et d'ergothérapie afin de développer l'autonomisation à domicile. Ils quitteraient le service plus rapidement.</p> <p>Il est important de souligner que toutes ses PEC à domiciles ne seraient envisagées qu'avec un protocole de soins validés par les médecins rééducateurs et avec une réévaluation déterminée par eux.</p>
	Etape 2	Recrutement d'une ergothérapeute par l'HAD	févr-18	L'ergothérapeute recruté aura l'expérience du fonctionnement d'un MPR et des conditions d'application d'une rééducation neurologique à domicile. La personne ressource est déjà connue, elle sera l'interface nécessaire du fait de ses compétences entre l' HAD et les différents services impliqués et en tant que telle responsable de projet.
	Etape 3	Mise en œuvre opérationnelle du projet sur le CHED	avr-18	A noter que quelques situations pourront être expérimentées avant cette date, en lien étroit avec les médecins rééducateurs.
	Etape 4	Extension du projet sur la filière de rééducation neurologique de l'hôpital de Remiremont	sept-18	Des entrevues ont été déjà réalisées, il faudrait néanmoins pour que cette extension puisse s'envisager un renforcement de 0,5 ETP du médecin rééducateur du CH de Remiremont afin de garantir la réalisation des projets de soins en rééducation neurologique à domicile et de leur suivi.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Recrutement d'un ergothérapeute par l' HAD Dans le cadre d'une généralisation de l'expérimentation, l'impact sur le volet RH devra être évalué		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Rendre possible une téléconsultation pour réévaluation des patients par le Dr Guillaume		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de patients de neurologie pris en charge par l'HAD Nombre de patients des SSR pris en charge par l'HAD Nombre de patients du service MPR de Golbey pris en charge par l'HAD DMS des services de neurologie, SSR et service MPR			
Points d'attention*				

E. La filière gériatrique - Maladie d'Alzheimer et démences apparentées

« Le vieillissement de la population est un fait majeur de nos sociétés modernes. Il est lié à la fois à une entrée des classes d'âge du baby-boom dans le 3ème âge et à un allongement de l'espérance de vie.

Au 1^{er} janvier 2017, selon l'INSEE, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 25,3% de la population française et celles de plus de 75 ans représentent 9,1%.
Pour l'OMS une personne est considérée âgée à partir de 60 ans.

En septembre 2016, le chiffre est de 900 000 voire 1 200 000 personnes souffrant de maladies d'Alzheimer et autres démences, dont 2% entre 40-64 ans et 60% chez les 65 ans et plus, avec 225 000 nouveaux cas, et une projection à 2020 de 1 300 000 et 1 750 000 cas en 2030.

Le traitement des facteurs vasculaires et l'amélioration du niveau socioculturel conduisent à penser que ce nombre est surestimé, cependant l'augmentation de l'espérance de vie est un facteur de risque d'augmentation du nombre de cas de démences.

En 2015 en France, une étude faite par la Fondation Médéric évalue à 5,3 milliards d'euros par an les coûts médicaux et paramédicaux de la maladie, sachant que tous les malades ne sont pas diagnostiqués. Il n'est pas tenu compte du retentissement tant psychologique qu'économique chez les soignants.

Concernant notre région, le territoire des Vosges est le département lorrain où la population est la plus âgée. En 2011, près de 73 000 vosgiens ont 65 ans et plus.
D'ici 2030, les séniors seraient 33 000 de plus et la hausse devrait se prolonger pendant encore au moins une décennie, avec notamment une forte augmentation du nombre de personnes de plus de 80 ans ou plus, ainsi qu'une augmentation de la dépendance avec 11 700 personnes soit 18% de plus en 20 ans dans un scénario optimiste.

Le retentissement économique est également important, sachant que les personnes âgées dans les Vosges déclarent des ressources annuelles d'un montant inférieur à celui observé en Lorraine et en France métropolitaine.

De plus, le survivant d'un couple étant le plus souvent une femme (29 000 veufs en 2011, dont 83% de femmes), le ménage se trouve ainsi privé de la plus grande partie des revenus en cas de disparition du conjoint.

Le nombre de ménages constitué d'une seule personne de plus de 65 ans ou plus pourrait augmenter de moitié entre 2009 et 2030.

Au vu de cet enjeu humain, sociétal, économique, il était judicieux d'organiser pour le territoire des Vosges une filière commune pour une prise en soins des personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Les acteurs déjà engagés, souhaitent organiser sur chaque territoire de proximité l'accès à l'expertise, renforcer l'offre de soins spécialisés par territoire de santé, optimiser le parcours de soins des personnes âgées en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge, promouvoir la culture gériatrique sur le territoire et développer les alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation ».

Pour les membres du groupe de travail de la filière gériatrique

Dr Christine PAQUOT

1. Composition du groupe de travail

- Dr PAQUOT (PCME Val du Madon), pilote du groupe de travail
- Dr FLORENTIN (PCME Senones)
- Dr RUSSO (CHSD)
- Dr DE BRANCION (PCME Fraize)
- Dr BUREL (CHOV)
- Dr VASSART (CHOV)
- Dr N'GUYEN (CHOV)
- Dr WAGNER (CH Remiremont)
- Dr POCARD (CHED)
- Dr XEMARD (CH Gérardmer)
- Dr MOCODEAM (CHS Ravenel)
- Dr BEAUMONT (CHED)
- M. FOUCHET (Directeur Lamarche/Val du Madon)
- M. CLAUDON (Directeur CHVM)
- M. FILALI (DA CHED)
- Mme REMOLATO Claire (Représentante de la CSIRMT)
- Mme VOIGNIER Christiane (Représentante de la CSIRMT)

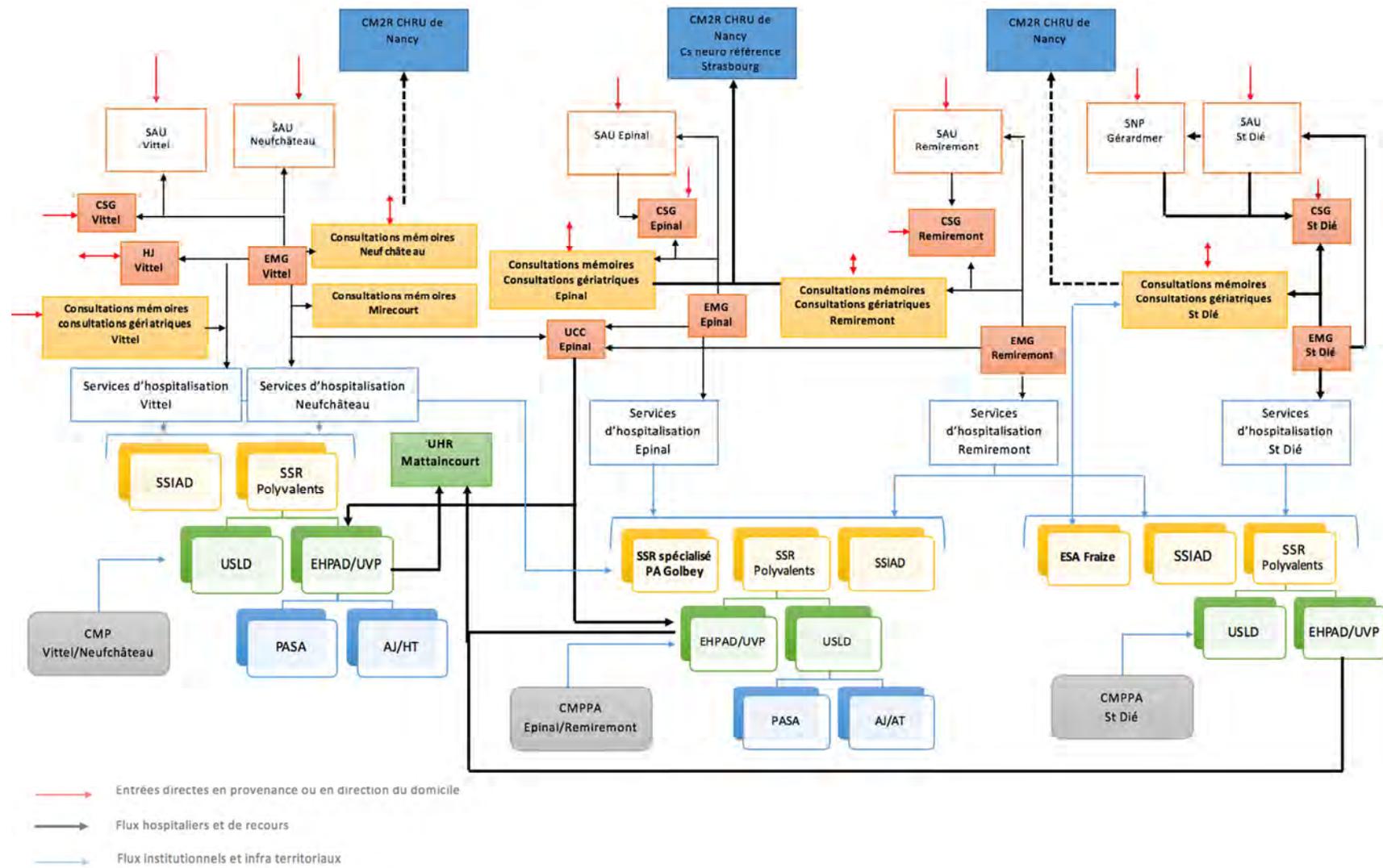
2. Données PMSI SSR 2016 (Source : ARS Grand Est)

Somme de SSR_nb_Journees	Étiquettes de colonnes			
	0127 - Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	01 - Affections du système nerveux Total	1909 - Autres troubles psycho-comportementaux	19 - Troubles mentaux et du comportement Total
Étiquettes de lignes				
CH DE LA HAUTE VALLEE DE LA MOSELLE	262	1553	25	145
CH GERARDMER	2366	5422	361	942
CH REMIREMONT	3637	11247	684	1843
CH SAINT DIE	3198	8196	1033	1253
CHIC DE L'OUEST VOSGIEN	4130	37775	679	1628
CHIC EMILE DURKHEIM EPINAL	23400	49160	6077	8242
HL CHATEL SUR MOSELLE	1263	5421	1322	1899
HL LAMARCHE	6	1158	3263	1520
HL LE THILLOT		1039	2415	210
HL RAON L'ETAPE		1370	4411	778
HL SENONES		1690	3104	636
HL VAL DU MADON		7211	9884	1683
HÔPITAL RURAL - RAMBERVILLERS		2045	3769	399
SIREV GOLBEY		59	23779	1673
Total général	6	52828	169399	17080
				26169

3. Cartographie de l'offre de soins et d'accompagnement (données 2015)

	OUEST VOSGIEN TSP 13										CENTRE VOSGES TSP 18 et 20										DEODATIE TSP 19																			
	ETS de proximité			ETS référent							ETS de proximité			ETS référent							ETS de proximité			ETS référent																
	Val de madon	Lamarche		CH VITTEL	CH NEUFCHATEAU						Bruyères/MRI/ Corcieux	Rambervillers	Chatel/Moselle		CHED	CH Remiremont				BUSSANG/LE THILLOTT				Raon l'Étape fusion avec senones	Senones fusion avec Raon		Fraize	Gérardmer		CH St Dié										
ACTIVITES	SAU/UHTCD										SAU/UHTCD										SAU																			
ACTIVITES				Médecine à orientation gériatrique	CSG	Médecine polyvalente	HDI Gériatrique	Médecine polyvalente						CSG	CSG						Médecine polyvalente	Médecine polyvalente	CSG																	
Nombre de lits/places installés				8 lits	12 lits	5 places	72 lits	72 lits						24 lits (14)	5 lits						8	18	25																	
TO				58,00%	73,04%	87,00%	86,90%	85,30%						100,57%	103,00%						90,25%	80,47%	98,30%																	
DMS				22,00	8,63	8,52	6,40	6,40						11,87	8,7						22,72	9,21	10,9																	
Equipes transversales	EMG/EMSP										EMG du CHED tous les 15 jours sur ex-hôpitaux locaux pour évaluation gérologique en SSR										EMG intra-hospitalière (extra-hospitalière)/ ligne téléphonique unique																			
Consultations spécialisées	Consultations mémoires avancées			Consultations mémoires Consultations d'évaluations gériatriques			Consultations mémoires, d'évaluations gériatriques et d'oncogériatrie				Consultations avancées en gériatrie			Consultations avancées en gériatrie			Consultations avancées en gériatrie				Consultations mémoire Consultations d'oncogériatrie			Consultations gériatriques			Consultations mémoires et gériatriques avancées (Gériatries St Dié)			Consultations mémoire et gériatriques avancées (Gériatries St Dié)			Consultations mémoire et gériatriques avancées (Gériatries St Dié)			Consultations mémoire Consultations gériatriques Consultations d'oncogériatrie				
Nombre de consultations	114			263			225										711/773				120			659			63			33			839							
ACTIVITES											SSR Spécialisé PA																													
Nombre de lits/places installés											2																													
TO											101,15%																													
DMS											36,29																													
ACTIVITES	SSR polyvalent avec orientation d'émence			SSR polyvalent			SSR polyvalent			SSR Polyvalent				SSR polyvalent			SSR Polyvalent			SSR Polyvalent			SSR Polyvalent			SSR Polyvalent			SSR Polyvalent			SSR Polyvalent			SSR Polyvalent					
Nombre de lits/places installés	38 (7)			18 (2)			50			20 + 10 Places HI				20			55 + 3 LSP			50 + 8 LSP			15 (1)			28 (+ 2 HET)			8			10			34 (10)			16 (2)		
TO	93,88%			90%			92,36%			79,56%				115,82%			97,55%			99,02%			71,37%			103,00%			99,26%			95,32%			119,21%					
DMS	27			39			20,35			22,74				30,3			51,66			28,52			56,63			31,76			21,89			28,81			32,28%					
ACTIVITES	EHPAD	UHR/UVP	EHPAD	UVP	EHPAD	USLD	EHPAD	UVP	USLD	EHPAD	EHPAD	EHPAD	EHPAD	UVP	USLD	EHPAD (3 établissements)	UVP	USLD	EHPAD	UVP	EHPAD	UVP	EHPAD	UVP	EHPAD	EHPAD	EHPAD	UVP/UHR	USLD	EHPAD/UVP	USLD	UVP	EHPAD							
Nombre de lits/places installés	293	15/15	90	26	62	30	115	24	30+(3)	247 (12)	110	59	12	30	246	35 (15/2)	24	69	14	328	22	121	114	132	12/1/2	25	114/24	30	15	140										
TO	93%	92%/100%	95%	95%	99%	94%	102,33%	61,05%	73,20%	97%	96,79%	99%	99%	91,40%	91,45%	100,15%	97%	99%	100%	96,33%	100,00%	94,88%	93,84%	94,88%	93,84%	94,88%	93,84%	94,88%	93,84%	94,88%	93,84%									
Nombre de personnes en liste d'attente	0/1	5	3	3	35	0	15	1	11	7	9	60	9	2	34	5		76	4	NC		52	72			2	98	10	13	113										
ACTUEL TEMPORAIRE	ACTIVITES	HT	AJ/AN	Plateforme d'accompagnement et de répit - AJ				HT/AJ/PASA	AJ/PASA	AJ/PASA	AT/AJ/PASA	HT/AJ	AT/PASA			PASA/AJ	PASA/AJ			PASA/AJ			AJ/NT																	
Nombre de places installés	3	(6/3)	6				5/6/14	2 (6) / 14	2/14	1/6/12	5 (6)	4/10			12	12			12			6/4																		
TO	71%						29,53%/73,25%/			78,8%/100%/		100% AT			60%	60%			60%			60%																		
ACTIVITES	SSIAD										SSIAD										SSIAD																			
Nombre de places	30 (40)										46 (dont 6 places PH)										35																			
TO	91%										97,31%										95,29%																			
Nombre de personnes en liste d'attente	2										3										3																			
Conventions HAD	HAD Korlan										HAD Gérardmer et Korlan (Épinal)										HAD Epinal																			
Projets de structures "innovantes"	EHPAD pour personnes handicapées psychiques										Appartements thérapeutiques										Consultations avancées (EHPAD val Ajol et Cornimont) Consultations gériatriques pré-anesthésiques Hospitalisation de jour gériatrique																			
Temps médical en ETP	1 ETP SSR et médico-social Médicins libéraux en EHPAD Consultation mémoire ENVD - 0,1 ETP au CHED 0,1 ETP			0,3 ETP SSR 0,3 ETP Coordinateur EHPAD Médicins libéraux en médecine et EHPAD			Médecin - 1,2 ETP SSR - 1,3 ETP EHPAD - 0,1 ETP Médicins coordinateur USLD - 0,1 ETP EMG - 0,5 ETP Consultations mémoire - 0,1 ETP HDI - 0,5 ETP				Médicins - 1,0 ETP SSR - 2,2 ETP Médicins coordinateur EHPAD - 0,10 ETP USLD Mise à disposition d'un médecin gériatre du CHED 2 demi-journées/mois pour consultations				11 Médicins libéraux Mise à disposition médecin gériatre au CHED pour les consultations avancées				1,2 ETP en SSR + 0,30 médecin SSR - 1,02 journée tous les 15 jours médecin gériatre pour évaluations gériatriques Consultations avancées gériatriques - 2/mois 0,2 ETP médecin coordinateur EHPAD				0,5 ETP en EHPAD + 1 ETP médecin coordinateur 0,5 ETP en USLD 0,8 ETP en CSO 1 ETP EMG 1 ETP en UCC 1,5 ETP en SSR spécialisé 2,5 ETP en SP 0,2 ETP aux consultations et 0,5 ETP coordination gériatrique				0,45 ETP médecin coordinateur + SSR 0,40 médecin coordinateur + SSR 0,7 PH coordinateur SSR et 0,5 EHPAD 0,7 PH coordinateur SSR et 0,5 EHPAD 0,7 PH coordinateur SSR et 0,5 EHPAD				Médicins Coordinateur EHPAD à 0,50 ETP Médicins libéraux en médecine Médicins Coordinateur EHPAD à 0,50 ETP Médicins USLD à 0,50				2,20 ETP gériatre sur CSG 1,10 ETP SSR par gériatre 0,5 ETP consultations 0,5 ETP médecin coordinateur EHPAD 0,8 ETP EMG					
Astreintes/gardes/PDSA	Semaine astreinte de nuit de 8h à 19h et 18h30 à 20h30 par un des médecins du SSR / 20h30 à 24h médecins du SSR / 24h médecins du SSR			En journée, praticiens de l'établissement Nuit : garde du secteur			Urgentistes 24/24 pour urgences vitales intra-hospitalières Astreintes médicales services SSR et médecine de 18h30 à 8h30				Praticien hospitalier d'astreinte en journée et urgentistes la nuit Urgentistes 24/24 pour urgences vitales intra-hospitalières				Planing de garde établi par les médecins hospitaliers Établissement Garde paramédicale également organisée				Médicins de 20h à 24h et le 15 de 24h à 24h				1 médecin d'astreinte sur le site de Golbey et un interne de garde sur Epinal 1 WE d'astreinte et 1 nuit sur 2 en CSG 1 interne de garde sur le site				Assurée par l'astreinte de médecine à laquelle participent les médecins de la filière (1 à 2 nuit/mois, 1 WE/mois) 1 interne sur place				PDSA PDSA				Niveau de sécurité 24/24 en plateau					
Police rouge : projets en cours ou à venir																																								

4. Parcours de soins de la filière de la filière gériatrie – Maladie d’Alzheimer et démences apparentées



6. Analyse SWOT de la filière gériatrie – Maladie d’Alzheimer et démences apparentées

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES/DIFFICULTES	MENACES/CONTRAINTES	OPPORTUNITES
ORGANISATION DE LA FILIERE	Une filière gériatrique organisée et structurée sur le territoire de l’Ouest Vosgien et sur Remiremont	Des disparités territoriales en terme de répartition		
	Une diversité dans l’offre de prise en charge publique	Des taux d’occupation qui varient sensiblement selon les territoires et selon les activités		
	Des partenariats avec le secteur psychiatrique (CMPPA et CMP)	Le faible recours à l’HAD en EHPAD et l’existence de zones blanches		
	L’existence de consultations avancées sur les ex-hôpitaux locaux de l’Ouest Vosgien et du centre Vosges	Le faible recours au CM2R (évaluation des cas complexes et recherche)		
	Un maillage satisfaisant en nombre de places de SSIAD	Des listes d’attente d’entrée en EHPAD parfois conséquentes avec des répercussions sur les filières d’amont	Démographie des médecins libéraux sur certains territoires	De nombreux projets en cours y compris des projets innovants en terme de prise en charge
	La présence d’une « MAIA » pour l’ensemble du département avec un gestionnaire de cas par sous-territoire : Ouest Vosgien, Centre Vosges et Déodatie.	Des délais d’attente trop longs en UCC	Démographie médicale : Gériatre, psycho-gériatrie et géro-psycho-geriatrie	La mise en œuvre d’une direction commune Epinal/Remiremont
	La présence de 6 CLIC sur le département des Vosges	Un nombre de places en UHR et en ESA insuffisant	Déficit	Des agréments pour les internes de spécialité
	L’existence d’un réseau gérontologique sur le secteur de Remiremont (REGHEVO)	Le faible recours à la télé-médecine d’urgence en EHPAD	T2A SSR	Des études de recherches en cours avec possibilité de développer d’autres axes de recherche
	Existence d’une cellule d’ordonnancement sur Epinal et commission des admissions : en SSR (gestionnaire de lit) sur Remiremont et en EHPAD/USLD sur Epinal	L’absence d’outil commun (partage de l’information)		
	Numéro de téléphone unique sur la filière gériatrique de Remiremont (médecin coordinateur de filière)	Des besoins en ophtalmologie et en soins dentaires non couverts sur les EHPAD		

7. Fiches actions

ACTION N°1 : ORGANISER L'ACCES A L'EXPERTISE GERIATRIQUE SUR CHAQUE TERRITOIRE DE PROXIMITE				
Date validation fiche action	15/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n° 4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé</p>			
Objectifs de l'action	<p>Améliorer la pertinence des soins Renforcer l'articulation ville/hôpital et inter établissements Systématiser le repérage de la fragilité Promouvoir la prise en charge globale de la personne âgée Développer le partage de l'expertise dans le champ de la santé mentale Répondre aux difficultés liées à la démographie médicale</p>			
Description de l'action	<p>Développer les outils de télé-médecine dans le champ de la psychogériatrie sur la base des expérimentations menées sur d'autres thématiques Développer l'hospitalisation programmée sur chaque territoire de proximité (HDJ et court séjour gériatrique) Développer les consultations mémoires et gériatriques avancées</p>			
Référents de l'action	<p>Référents médicaux : Dr FLORENTIN- Dr MOCODEAN Référents CSIRMT GHT : Mme REMOLATO- Mme VOIGNIER</p>			
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les besoins, les modalités de mise en œuvre et les critères d'inclusion de la télé-expertise dans le champ de la psychogériatrie, en s'appuyant sur l'expérience menée sur d'autres thématiques	déc-19	Si les infirmiers référents sont bien identifiés et s'il existe des conventions avec les CMP avec les établissements, l'avis d'un psychiatre fait cependant souvent défaut, faute de temps médical disponible. Pour faire face aux difficultés liées à la démographie médicale en psychiatrie la télé-expertise, déjà présente au sein des établissements MCO sur d'autres thématiques, pourrait être envisagée. Une extension de la télé expertise aux avis gériatriques pourrait également être envisagée ultérieurement.
	Etape 2	Définir les besoins en hospitalisation programmée et les schémas organisationnels (localisation ,professionnels, modalités de communication avec la médecine de ville... sur les territoires du centre Vosges et de la Déodatie	déc-20	Le développement et la spécialisation de places d'HDJ sur chaque territoire se justifie par la nécessité de développer une offre de soins au plus près des lieux de vie, en raison d'une population âgée le plus souvent isolée et d'un territoire dont les voies d'accès peuvent constituer un frein au déplacement et au retour à domicile des personnes âgées et de leurs aidants. Porte d'entrée dans la filière, adossés à un court séjour gériatrique, les HDJ, véritables centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation constituent un recours pour le médecin traitant, après une première évaluation en consultation. Les liens avec les structures médico-sociales, la Plateforme d'Accompagnement et de Repit , l'EMG et la médecine libérale devront également être renforcés.
	Etape 3	Définir entre les établissements de la Déodatie, les conditions de mise en œuvre de consultations mémoires et gériatriques avancées	déc-20	La mise en œuvre de consultations avancées dépend du temps médical disponible sur St Dié.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	31/12/2020	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Une étude médico-économique sera réalisée sur le deuxième semestre 2017 afin d'étudier les besoins : recrutement et formation de gériatres. La mutualisation des professionnels avec les structures existantes sera privilégiée dans la mesure du possible.		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une télé-expertise seront évalués par la commission territoriale du SIH. L'utilisation des outils mis en place sur d'autres expertises sera privilégiée. Développement sur le territoire du logiciel de partage d'informations LIGO (GCS télésanté lorraine)		
	Autres	La sensibilisation et la formation des professionnels au repérage de la fragilité devra être inscrite au plan de formation du GHT		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Nombre de télé-expertises réalisées Données d'activités des HDJ Nombre de consultations avancées sur chaque territoire de proximité</p>			
Points d'attention*	<p>La création des lits d'HDJ reste subordonnée à l'évolution du cadre réglementaire. et plus particulièrement à la circulaire frontière. La réforme du DES de gériatrie et l'ouverture d'une vingtaine de postes à l'internat peuvent laisser envisager l'ouverture de stages en périphérie (à étudier avec la faculté et le CHRU dans le cadre de la convention d'association avec le CHRU).</p>			

ACTION N°2 : RENFORCER L'OFFRE DE SOINS SPECIALISES SUR CHAQUE TERRITOIRE DE PROXIMITE				
Date validation fiche action	15/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé</p> <p>Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence</p>			
Objectifs de l'action	<p>Améliorer la pertinence des soins</p> <p>Renforcer l'articulation ville/hôpital</p> <p>Systématiser le repérage de la fragilité</p> <p>Promouvoir la prise en charge globale de la personne âgée</p> <p>Favoriser le répit pour les aidants</p>			
Description de l'action	<p>Permettre la reconnaissance de prises en charges spécialisées dans le champ sanitaire et médico-social</p> <p>Développer les prises en charge en accueil de jour et les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)</p>			
Référents de l'action	<p>Référents médicaux : Dr POCARD- Dr PAQUOT- Dr VASSART- Dr DE BRANCION</p> <p>Référents CSIRMT GHT : Mme REMOLATO- Mme VOIGNIER</p>			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Permettre la reconnaissance d'un PASA et d'une Unité de Psycho-Gériatrie (UPG) par spécialisation des lits de SSR polyvalents, sur l'établissement de Moyenmoutier.	janv-20	Cf. dossier de demande d'autorisation joint au PMP
	Etape 2	Poursuivre le travail de réhabilitation de l'UCC sur le site de Golbey et permettre la reconnaissance d'une Unité Cognitive-Comportementale (UCC) sur l'établissement du Val du Madon, par spécialisation des lits de SSR polyvalents.	déc-20	Unité individualisée rattachée au SSR, l'UCC permet d'évaluer et de stabiliser les troubles psychocomportementaux, en l'absence de pathologies aiguës, chez les patients ayant une pathologie démentielle diagnostiquée. Sur le Val du Madon, la création d'une UCC s'inscrit en complément de l'UHR de Mattaincourt.
	Etape 3	Permettre la reconnaissance du SSR gériatrique du CHOV	déc-18	Présence d'une filière gériatrique labellisée depuis 2014 avec tous les maillons répondant au cahier des charges : consultations mémoire-HDJ-EMG intra et extra-hospitalière- USLD-EHPAD comportant des UVP, Accueils de jour, Hébergements temporaires, PASA -PAR- SSR- consultations expertise pour protection des majeurs. => Demande de spécialisation en gériatrie par transformation de 30 lits de SSR polyvalents sur les 50 autorisés (au vue du profil de recrutement et des comorbidités associées des patients) sur le site de Vittel, reconnu pôle de gériatrie sur l'ouest vosgien. Recours à la plateforme de coordination départementale de SSR en cas de nécessité. Travail en réseau et en partenariat avec tous les acteurs du maintien à domicile (CLIC, MAIA, HAD, etc).
	Etape 4	Identifier les accueils de jour à créer en priorité sur le territoire, en fonction des besoins de la population et des possibilités sur les établissements	déc-20	L'AJ a une double mission : préparer l'entrée en institution et maintenir les capacités de la personne âgée. 6 places d'accueil de jour ont été ouvertes récemment sur le site de Golbey. Création de place d'accueil de jour intégrées au projet de reconstruction des EHPAD d'Epinal (10 places) et Thaon-les-Vosges (6 places). Création de 6 places sur Fraize et Moyenmoutier. Etude de création sur le Val du Madon. Une communication devra être mise en œuvre afin de positionner l'AJ dans la filière gériatrique.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2020	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Une étude médico-économique portant sur la création de ces services sera réalisée sur le deuxième semestre 2017. La mutualisation des professionnels avec les structures existantes sera privilégiée.		
	Moyens (hors RH) :	Les besoins de formation des professionnels paramédicaux et médicaux devront être identifiés et inscrits au plan de formation du GHT Vosges et des établissements concernés.		
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Données d'activité des structures déployées			
	Nombre de patients en liste d'attente			
Points d'attention*	Les liens entre tous les acteurs de la filière devront être renforcés, formalisés et les informations partagées.			

ACTION N°3 : OPTIMISER LES PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES AGEES EN FAVORISANT LA CONTINUITE DES DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE

Date validation fiche action	15/05/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°3 : Accompagner la fragilité et la vulnérabilité Axe n° 4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins</p>			
Objectifs de l'action	<p>Améliorer la pertinence des soins et limiter la perte de chance pour le grand âge Renforcer l'articulation ville/hôpital Promouvoir la prise en charge globale de la personne âgée Apporter un appui à l'organisation des parcours et un soutien aux pratiques professionnelles</p>			
Description de l'action	<p>Renforcer la coordination intra et extra-hospitalière Intégrer la coordination du parcours patient dans la gestion des situations complexes et dans l'optimisation des parcours</p>			
Référents de l'action	<p>Référents médicaux : Dr RUSSO - Dr WAGNER - Dr BEAUMONT Référents CSIRMT GHT : Mme REMOLATO - Mme VOIGNIER</p>			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Développer les moyens des EMG intra-hospitalières pour permettre leur intervention en extra-hospitalier.	déc-19	Développer les outils nécessaires au repérage de la fragilité (évaluation gériatrique). Identifier sur chaque territoire de proximité les modalités de contact de l'EMG ou de l'astreinte de gériatrie. Permettre la transmission et l'accès aux données de santé dans le cadre d'un parcours coordonné sur le territoire (outil informatique cohérent).
	Etape 2	Conforter la place de la "coordination du parcours patient" dans la gestion des situations complexes et dans le suivi des DMS longues en court séjour.	juin-17	Positionner "la coordination du parcours patient" : information des CME des établissements parties au groupement et participation au collège médical du GHT en tant que membre de droit. Optimiser l'accès aux soins et au retour à domicile des patients présentant des problématiques complexes en contribuant à l'identification des profils de patients concernés et en favorisant les trajectoires spécifiques d'accès aux soins (lien entre les filières gériatriques, les CLIC, MAIA, HAD, SSIAD, CMPPA/CMP) . Formaliser les parcours de soins en intra et extra-hospitalier
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	01/01/2019	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Identifier les besoins médicaux et paramédicaux sur les EMG		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Identifier les besoins et les solutions techniques en faveur d'un partage d'information		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Données d'activité des EMG Nombre de sollicitations de la "coordination du parcours patient"			
Points d'attention*	Suivi de l'expérimentation de la PTA sur l'ouest vosgien			

ACTION N°4 : DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION ET A L'INSTITUTIONNALISATION				
Date validation fiche action	15/05/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°3 : Accompagner la fragilité et la vulnérabilité			
Objectifs de l'action	Soutenir les aidants familiaux et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie Diversifier l'offre d'hébergement temporaire "classique existante" Prévenir les ruptures de parcours des personnes âgées Prévenir l'épuisement familial Eviter les hospitalisations prolongées inappropriées			
Description de l'action	Créer un service d'hébergement temporaire en accueil non programmé d'une capacité de 6 places sur Rambervillers			
Référents de l'action	Référent médical : Dr DEMURGER Référents administratifs : Mme SOMBRET-M. ANDROUET			
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Echéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les critères d'admission en UHTU	Réalisé	L'offre de l'UHTU s'adresse : - Aux personnes âgées (> 60 ans) en perte d'autonomie vivant à domicile - Aux personnes handicapées vieillissantes (> 60 ans) vivant à domicile Les motifs d'admissions pourront relever : - soit de l'absence non-programmée de l'aidant (décès, hospitalisation du proche), - soit d'une l'urgence sociale (problématique momentanée de logement et/ou problématique liée à l'environnement familial, etc.), - soit d'un changement brusque de l'état de santé (ou un accident) de la personne vivant à domicile, - soit de l'impossibilité de retourner directement à domicile pour la personne âgée sortant d'hospitalisation (après un passage aux urgences, une intervention en ambulatoire, etc.).
	Etape 2	Définir les objectifs de prise en charge en UHTU	Réalisé	Construit dans l'optique d'un retour rapide à domicile, le projet d'accompagnement personnalisé veillera à : - maintenir et/ou restaurer l'autonomie et les capacités physiques de la personne, - stimuler ses fonctions cognitives au travers d'activités quotidiennes, - préserver et/ou rétablir le lien social (en favorisant les contacts avec les résidents de l'EHPAD par exemple). Un programme d'activités sera proposé en fonction des besoins des personnes accueillies. Dans le cas où cela présente un intérêt, ces dernières pourront en outre bénéficier des activités organisées par l'animation de l'EHPAD. Des activités spécifiques pourront être développées pour les usagers atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. L'EHPAD de Rambervillers dispose de 2 assistants en soins gériatologiques qui pourront proposer des activités adaptées.
	Etape 3	Définir et formaliser les coopérations de partenariat	déc-18	L'unité HTU a vocation à s'inscrire dans une démarche de construction des parcours de santé et de vie des personnes âgées fragiles et/ou en risque de perte d'autonomie. Pour prévenir tout risque de rupture dans ce parcours, elle devra en assurer le suivi en coresponsabilité avec l'ensemble des partenaires et des professionnels du territoire.
	Etape 4	Définir et mettre en œuvre une stratégie de communication à destination des professionnels et du public	déc-18	L'hôpital de Rambervillers portera un grand soin à l'élaboration d'une plaquette de présentation déclinée du projet de service de l'UHTU. Des réunions de présentation de l'offre seront réalisées lors des réunions des cadres de pôles et des CME des centres hospitaliers et lors des réunions de concertation organisées par les CLIC et MAIA. L'offre d'HTU figurera sur le site internet « Bien vieillir dans les Vosges », dans l'annuaire des services et ressources sanitaires et médico-sociales Vosgiennes, dans la rubrique « vie pratique » du site internet de la communauté de communes de la région de Rambervillers (2C2R), sur le site internet de l'établissement, ainsi que sur le portail GHT.
Echéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : Echéance prévisionnelle :	01/05/2017 31/12/2018	Début réel : Echéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Compte-tenu de la fermeture des activités de médecine et de SSR, le recrutement des professionnels de l'UHTU privilégiera le reclassement des professionnels concernés par ces fermetures. La mutualisation avec les professionnels de l'EHPAD sera privilégiée (médecin coordonnateur, cadre de santé, psychologue...)		
	Moyens (hors RH) :	L'infirmière coordinatrice sera inscrite à un cycle de formation certifiant « d'infirmier coordonnateur en établissement médico-social ou centre hospitalier » L'équipe sera formée à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer		
	SI :	Identifier les besoins et les solutions techniques en faveur d'un partage d'information		
	Autres	Les locaux initialement occupés par le service de SSR seront réutilisés pour l'UHTU		
		Sur le plan de l'investissement, aucune mesure n'est à prévoir dans un premier temps : l'établissement dispose d'ores et déjà de chambres et de mobilier vacant. Les lits d'hébergement temporaire d'urgence seront installés dans l'aile sanitaire de l'hôpital.		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatifs et quantitatifs)	L'hôpital de Rambervillers mettra en place des indicateurs et tableaux de bord permettant le suivi de l'activité du service d'hébergement temporaire d'urgence. Sur la base des données enregistrées pour chaque période d'exploitation, un rapport annuel sera produit (indicateurs d'activité du service, profil des usagers, organisation du service et des transports, réseau partenarial, etc.).			
Points d'attention*				

ACTION N°5 : PROMOUVOIR LA CULTURE GERIATRIQUE SUR LE TERRITOIRE				
Date validation fiche action	15/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins			
Objectifs de l'action	Améliorer la pertinence des soins et limiter la perte de chance pour le grand âge Promouvoir la prise en charge globale de la personne âgée Contribuer à l'attractivité des carrières hospitalières sur les établissements de proximité			
Description de l'action	Homogénéiser et développer les bonnes pratiques gériatriques et gérontologiques sur l'ensemble du territoire Développer la recherche clinique sur le territoire			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr WAGNER- Dr FLORENTIN Référents CSIRMT GHT : Mme REMOLATO- Mme VOIGNIER			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Formaliser et mutualiser les procédures	déc-18	<p>Développer la bientraitance et privilégier le respect des droits du patient et du résident, sa participation aux choix thérapeutiques, le respect de sa dignité et de la confidentialité des informations le concernant.</p> <p>Formaliser un outil commun de repérage de la fragilité</p> <p>Organiser les modalités de sensibilisation et de formation des professionnels au repérage de la fragilité chez la personne âgée.</p> <p>Prévenir la maltraitance</p>
	Etape 2	Organiser des temps de partage des pratiques professionnelles	déc-19	<p>Mettre en place des groupes d'analyses de pratiques professionnelles entre les établissements du GHT et avec le CHS de Ravenel, afin d'identifier les points forts et les points faibles et les besoins en formation.</p> <p>Promouvoir le développement d'activités de prise en charge non médicamenteuses.</p>
	Etape 3	Diffuser les connaissances issues de la recherche et favoriser la participation des établissements de proximité dans les protocoles de recherche.	déc-20	<p>Renforcer les liens avec les centres de mémoire et le CM2R de Nancy (convention d'association).</p> <p>Optimiser l'inclusion des données qui concourent à développer la recherche (BNA).</p>
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	01/01/2019	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Création d'un portail GHT		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de procédures rédigées Nombre de CREX réalisés Nombre d'établissements des Vosges inclus dans les protocoles de recherche			
Points d'attention*	S'assurer de la possibilité de recours à un comité de réflexion éthique et à des compétences juridiques en cas de situation complexe.			

ACTION N°6 : ASSURER LA CONTINUITE DES PROJETS DE VIE ET DES PROJETS DE SOINS				
Date validation fiche action	15/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p align="center">Axe n°3 : Accompagner la fragilité et la vulnérabilité Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques et des organisations de soins</p>			
Objectif de l'action	<p>Améliorer la coordination des prises en charge tout au long du parcours de soins gériatriques Promouvoir la prise en charge des patients atteints de MA ou démences apparentées dans le respect du PVI lors d'une hospitalisation Homogénéiser les pratiques et diffuser les bonnes pratiques gériatriques sur l'ensemble du territoire GHT</p>			
Description de l'action	<p align="center">Assurer des transmissions qualitatives et un accompagnement des résidents lors de leurs hospitalisations Sensibiliser les professionnels MCO à la continuité du PVI et projet de soins</p>			
Référents de l'action	<p align="center">Référents CSIRMT GHT : Mme REMOLATO - Mme VOIGNIER</p>			
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Etat d'avancement	Commentaire
	Etape 1	Recenser et évaluer les différentes modalités de transmissions entre les EHPAD et services MCO	déc-18	Recensement des outils et des pratiques par le biais d'une enquête "modalités de transmissions"
	Etape 2	Construire un outil de transmission unique prenant en compte les habitudes et projet de vie des résidents	juin-19	L'outil devra être intégré au DPI
	Etape 3	Promouvoir l'utilisation de l'outils au sein des établissements du GHT	déc-19	
	Etape 4	Mettre en place une procédure de partage d'informations et de pratiques entre professionnels d'EHPAD et de MCO	déc-19	Etudier la possibilité de création d'une équipe de liaison (éventuellement AS en poste aménagé) au sein des EHPAD qui pourra se rendre sur les lieux de l'hospitalisation Entretiens téléphonique au cours de l'hospitalisation : périodicité à définir
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2018	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2019	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Maintien du degré d'autonomie après hospitalisation d'un résident			
	<p>Nombre d'escarres constituées au décours d'hospitalisation chez des résidents atteints de MA ou apparentés Nombre de réhospitalisations de résidents MA ou apparentés</p>			
Points d'attention*	Prise en compte du motif d'hospitalisation pour évaluer l'autonomie au retour (pathologie qui peut dégrader l'autonomie ex: AVC)			

F. La filière « soins critiques »

« Les enjeux autour des "Soins critiques" sur notre territoire et dans notre pays sont extrêmement importants.

Dans un monde où les ressources financières et humaines sont de plus en plus contraintes, la juste répartition des unités de "soins critiques" sur le territoire va contribuer à la structuration de l'offre de soins, dans un souci de graduation et de cohérence.

Permettre une prise en charge de proximité uniforme est de notre devoir, la mutualisation des compétences et des hommes doit être un atout pour l'avenir. Peut-être sauront nous trouver au sein des GHT quelques réponses à nos problèmes !

Nous devons aussi tenir compte des évolutions de notre société, de sa dimension éthique et de l'aspiration de chacun à gérer au mieux selon ses volontés des événements aigus ou la fin de la vie.

Nous avons choisi de faire du recensement d'organes et de tissus un axe majeur de notre projet et de l'afficher. C'est une priorité nationale de santé publique car trop de patients meurent encore en France et dans notre région faute de greffons. Les "Soins Critiques" doivent être un outil, voire un moteur de cette action.

Les enjeux humains, sociétaux et économiques sont majeurs, faisons de ce projet médical de GHT un atout pour notre territoire au service de la population ».

Dr LALOT

Pilote filière Soins Critiques

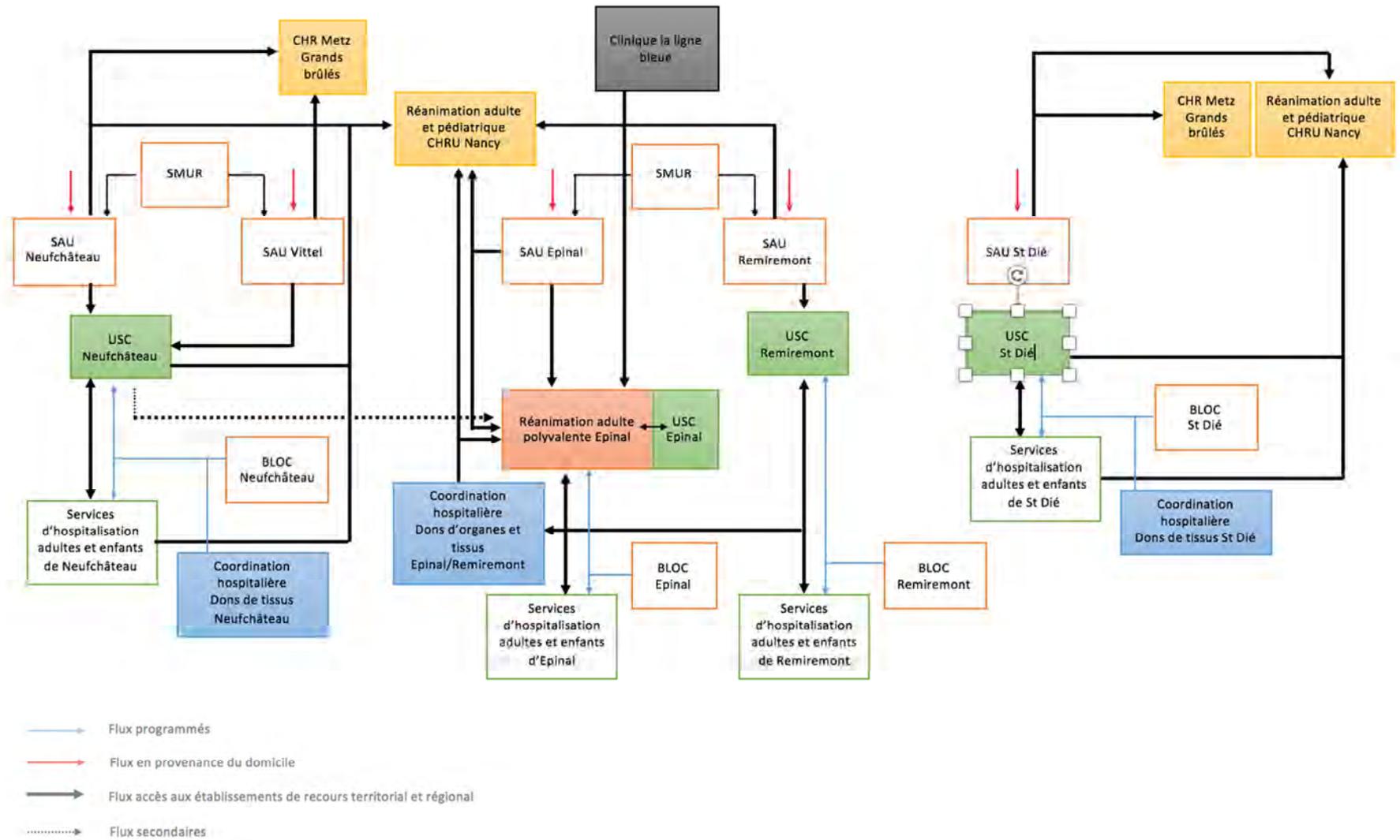
1. Composition du groupe de travail

- **Dr LALOT (PCME CHED), pilote du groupe de travail**
- Dr TRIDON (CHSD)
- Dr THIRION (CHSD)
- Dr HOTTON (CH Remiremont)
- Dr MINTICI (CH Remiremont)
- Dr MATICA (CHOV)
- Dr C.MEREGNANI (CHOV)
- M. ROCHER (CHED-CHSD-Remiremont)
- Mme SALIB Marie-Claire (Représentante CSIRMT)
- Mme MATHIEU Sylvie (Représentante CSIRMT)

2. Cartographie de l'offre de soins (données 2015)

	CH NEUFCHATEAU	CHED			CH Remiremont	CH St Dié
ACTIVITES	USC	Réanimation polyvalente adulte	USC	USIC	USC	USC
Nombre de lits/places installées	8	8	4	8	6	11
Nombre de RUM/Journées	857	2379	1217		495	957
TO	110%	81,47%	83,36%	87,09%	79,68%	67,50%
DMS	3,89	7,28	3,78	3,87	3,4	2,7
Temps médical ETP	3,8 ETP	3,5 ETP	1,5 ETP	4 ETP mutualisés avec Service de cardiologie		6 ETP
Astreintes et gardes	Garde sur place en semaine Astreintes sur place le week- end	Garde sur place H24		Astreintes	garde sur place effectuée par les anesthésistes	Journées de 8h30 à 18h30 : médecins urgentistes et anesthésistes Nuits de 18h30 à 8h30 : médecins des spécialités et anesthésiste Garde sur place : 1 ETP

3. Parcours de soins de la filière « soins critiques »



4. Analyse SWOT de la filière « soins critiques »

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES/DIFFICULTES	MENACES/CONTRAINTES	OPPORTUNITES
REANIMATION/ USC/USIC	<p>Existence de conventions entre les établissements et la réanimation d'Epinal (excepté pour St Dié des Vosges : convention avec le CHRU uniquement)</p> <p>Un dimensionnement des USC qui répond aux recommandations</p> <p>Internes de spécialités et de médecine d'urgence</p> <p>Postes d'assistants partagés avec le CHRU</p> <p>Recherche clinique et protocole de recherche infirmier avec le CHRU</p>	<p>Des inégalités territoriales : taux d'occupation > 100% sur Neufchâteau et < 70% sur St Dié</p> <p>Difficultés liées à la démographie médicale</p>	<p>Impact de la réorganisation capacitaire de la réanimation du CHRU de Nancy</p>	<p>Diminution capacitaire du CHRU de Nancy</p> <p>Construction du nouvel hôpital sur Epinal avec projet d'augmentation capacitaire de la réanimation (10 lits)</p> <p>Projet de formation des IDE des USC à l'échelle départementale</p>
PRELEVEMENTS D'ORGANES	<p>3 établissements MCO autorisés pour les prélèvements de tissus et un établissement autorisé pour les prélèvements multi-organes</p> <p>Une équipe de coordination commune Epinal/Remiremont</p>	<p>Une baisse de l'activité sur le département des Vosges</p>		

5. Fiches actions

ACTION N°1 : ETABLIR LES PARCOURS DE SOINS TYPES D'UNE PRISE EN CHARGE GRADUEE SUR LA FILIERE "SOINS CRITIQUES"				
Date validation fiche action	23/05/17	Etat d'avancement		Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence			
Objectifs de l'action	Développer l'accès à l'expertise Limiter les inadéquations de prise en charge en favorisant le juste recours en lien avec les missions spécifiques de chaque structure Rendre lisible l'offre de soins sur le territoire			
Description de l'action	Organiser la filière "soins critiques" pour chaque niveau de prise en charge, dans le respect du principe de subsidiarité et de graduation des soins			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr MATICA - Dr TRIDON - Dr LALOT Référents CSIRMT GHT: Mme MATHIEU- Mme SALIB			
Etapes de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Etablir un diagnostic partagé de l'existant	déc-17	L'objectif est de disposer d'un socle de connaissance commun sur le qui fait quoi. Le questionnaire diffusé par l'ARS Grand Est dans le cadre du groupe de travail "Soins critiques" du SROS-PRS 2 pourra être mobilisé dans la réalisation du diagnostic de situation.
	Etape 2	Définir le périmètre de chaque niveau de prise en charge	juin-18	Nécessite l'élaboration de protocoles communs sur les critères d'admission et sur les limites et arrêts de traitements, intégrant la dimension éthique et les droits du patient.
	Etape 3	Formaliser les parcours de soins types entre les différents niveaux de prise en charge	déc-18	La convention cadre en cours d'élaboration par le groupe de travail "soins critiques" du SROS-PRS 2 pourra servir de support à la formalisation des parcours.
	Etape 4	Rendre lisible l'offre de soins sur la filière "soins critiques" et favoriser la communication entre les structures	déc-18	Elaborer un outil d'aide à la décision médicale : logigramme du parcours patient sur la filière "soins critiques" permettrait de rendre lisible l'offre de soins graduée Créer une fiche de liaison commune aux structures de la filière "soins critiques"
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	La mise en place des outils de télé-médecine pourra être envisagée en fonction des besoins d'expertise identifiés entre la réanimation de référence et les USC		
	Autres			
	L'impact organisationnel et les moyens nécessaires dépendent de la réforme du 3ème cycle (MIR) et de l'évolution de la tarification des services de réanimation et d'USC.			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Taux de transferts inter-établissements Taux de fuites hors recours (GHS)			
Points d'attention	Les outils devront faire l'objet d'une validation en collège médical et en CSIRMT du GHT. Une information devra être délivrée en CME et CSIRMT des établissements parties au groupement. L'organisation de la filière "soins critiques" ne peut se limiter à une simple formalisation des partenariats. L'atteinte des résultats attendus nécessite la mise en place d'une animation territoriale coordonnée avec le CHRU de Nancy pour ses missions de recours, d'enseignement et de formation initiale des professionnels médicaux, de recherche et de gestion de la démographie médicale (Cf. Fiche action n°2).			

ACTION N°2 : ANIMER ET COORDONNER LA FILIERE "SOINS CRITIQUES" SUR LE TERRITOIRE				
Date validation fiche action	23/05/17	Etat d'avancement		Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p align="center">Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins</p>			
Objectifs de l'action	Définir les modalités de coordination à toutes les étapes du parcours de soins Renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire Anticiper les besoins médicaux et définir les trajectoires professionnelles Promouvoir l'harmonisation et la diffusion des bonnes pratiques professionnelles Assurer le suivi d'activité de la filière			
Description de l'action	Créer la fonction : Animateur territorial de la filière "soins critiques"			
Référents de l'action	Référent médical : Dr LALOT			
Etapes de mise en œuvre (RASC) et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Identifier un animateur territorial de la filière "soins critiques" sur le GHT	déc-17	Liaison fonctionnelle : Chefs de service de la réanimation d'Epinal, des USC du département et des réanimations du CHRU de Nancy Compétences attendues : Connaissances sur l'organisation des soins critiques Savoir coordonner et animer un réseau d'acteurs Le mandat sera annuel et en rotation sur la base du volontariat sur les quatre établissements MCO.
	Etape 2	Définir les missions transversales et les partenariats	juin-18	L'animateur coordonne l'organisation de la filière , en articulation étroite avec le CHRU de Nancy pour les activités de recours, la recherche et la gestion prévisionnelle des emplois médicaux. Pour le suivi et l'évaluation de la filière, l'animateur pourra solliciter les analyses du DIM de territoire et s'appuyer sur les indicateurs de suivi et les procédures qualité mises en place au sein du GHT.
	Etape 3	Définir les moyens nécessaires à la réalisation de cette fonction	déc-18	En lien avec l'ARS Grand Est
	Etape 4	Formaliser la fonction d'animateur territorial	déc-18	La rédaction d'une fiche de poste, validée par le collège médical du GHT et l'ARS Grand Est pourra être proposée.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Temps dédié à la fonction à définir		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de protocoles Nombres de réunion avec les chefs de service des USC et réanimation			
Points d'attention	La reconnaissance de la fonction est indispensable à la pérennité du projet. Celle-ci doit faire l'objet d'une communication préalable en CME des établissements parties au groupement.			

ACTION N°3 : DEVELOPPER LES PROCEDURES COMMUNES RELATIVES AUX TECHNIQUES DE PRISE EN CHARGE SUR LA FILIERE "SOINS CRITIQUES"				
Date validation fiche action	23/05/17	Etat d'avancement		En cours
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins			
Objectifs de l'action	Offrir le même niveau de qualité et sécurité des soins quel que soit le lieu de prise en charge sur le territoire Optimiser la prise en charge du patient Favoriser le développement de bonnes pratiques			
Description de l'action	Harmoniser et formaliser les protocoles types existants			
Référents de l'action	Référént médical : L'animateur de la filière Référents CSIRMT GHT: Mme MATHIEU- Mme SALIB			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir un socle commun	Réalisé	L'harmonisation des protocoles pour une sécurisation des soins concernera dans un premier temps: Les soins d'intubation Les voies centrales Les cathéters artériels Les critères d'admission en USC La formalisation des niveaux de soins, des limitations et arrêts thérapeutiques
	Etape 2	Rédiger et valider les protocoles	déc-18	La composition des groupes de travail doit associer au minimum un représentant de chaque établissement MCO. La mixité du personnel médical et non médical doit être favorisée. L'élaboration des protocoles devra prendre en compte la dimension éthique ainsi que les droits du patient.
	Etape 3	Diffuser et mettre en œuvre les protocoles sur le GHT	Premier trimestre 2019	Information en CME et CSIRMT des établissements parties au groupement disposant d'USC et de services de réanimation.
	Etape 4	Engager une réflexion portant sur l'harmonisation des dispositifs médicaux stériles	Fin 2019	L'étape 4 doit être menée en partenariat avec le groupe PUI du GHT. Il s'agira de procéder dans un premier temps au recensement de l'existant puis de fixer les objectifs attendus ainsi que le périmètre pour enfin définir une cible à l'échelle du GHT
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	31/03/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2019	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Déterminer les besoins en formation nécessaires et inscrire ces formations aux plans de formation du GHT et des établissements parties au groupement.		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de protocoles communs à l'échelle du GHT Nombre de formations communes			
Points d'attention	Nécessite de créer et formaliser les conditions d'engagement et de respect de chacun. L'avis du collège médical et de la CSIRMT du GHT, avant diffusion sur les établissements, sera recueilli. L'animateur de la filière sera chargé du suivi des actions, l'évaluation des procédures et leur réactualisation.			

ACTION N°4 : DEVELOPPER ET RENFORCER LES COMPETENCES PARAMEDICALES SUR LA FILIERE "SOINS CRITIQUES"				
Date validation fiche action	23/05/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins			
Objectifs de l'action	Identifier et affirmer les valeurs communes Faire converger et harmoniser les pratiques professionnelles pour les sécuriser Augmenter le niveau de qualité des prestations des soins sur le territoire			
Description de l'action	Proposer des modalités de formation continue harmonisées au sein du GHT et assurées par des personnels médicaux et paramédicaux expérimentés			
Référents de l'action	Référents CSIRMT GHT: Mme MATHIEU- Mme SALIB			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Echéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Etablir une cartographie des expertises médicales et paramédicales, dans le champ de la formation sur le territoire	sept-17	Identification des professionnels détenant une expertise et valorisation de leur domaine d'expertise.
	Etape 2	Identifier les besoins en formation (Damage Control, VNI...)	sept-17	Elaborer un questionnaire à destination des professionnels Recenser les besoins au travers des axes inscrits au plan de formation des établissements MCO
	Etape 3	Organiser et construire les programmes de formation sur le territoire	déc-17	Mise en œuvre de dispositifs d'aide à la diffusion des bonnes pratiques et à la connaissance de techniques spécifiques
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	30/09/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/03/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Articulation avec le comité territorial de formation continue et de DPC du GHT Vosges		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Moyens nécessaires à la téléconférence et télé-expertise		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de formations communes et/ou spécifiques organisées au sein du GHT Taux de recours aux personnes ressources (audit après des professionnels)			
Points d'attention	Nécessité de créer les conditions d'engagement et le respect de chacun. La cartographie des expertises sera mise à disposition des structures de la filière et devra être actualisée. Le plan de formation unifié devra être soumis à l'avis du collège médical et de la CSIRMT du GHT.			

G. L'activité de prélèvements d'organes et de tissus

En Lorraine, le constat fait été d'une baisse des recensements et de l'activité de prélèvements depuis 2016 :

- Metz est le seul territoire qui a augmenté son niveau de prélèvements et de recensements.
- Nancy reste stable mais avec un niveau inférieur à celui attendu, notamment vis-à-vis des donneurs plus âgés.
- Sur Sarreguemine, des raisons spécifiques expliquent les niveaux actuels, notamment la présence de réanimateurs allemands qui appliquent le principe du consentement exprimé.
- Dans les Vosges, le nombre de comas suivis diminue sur Epinal depuis 2015 (10 comas de moins) ainsi que le nombre de recensements des états de mort encéphalique.

1. Composition du groupe de travail

- **Dr LALOT (PCME CHED)**
- **Dr DURIN (Agence de biomédecine)**
- Dr HOTTON (CHED)
- Dr MATICA (CHOV)
- Dr HUSSON (CHSD)
- Dr DOUART-LEGER (PCME CHOV)
- Dr CHEVALIER (PCME Remiremont)
- M. DEMANGE (PCME CHSD)
- Mme S. LAURENT (Coordination CHED)
- Mme RODRIGUES (Coordination CHED)
- Mme PIERCY (Coordination CHED)
- Mme MANGIN (Coordination CHOV)
- Mme D. LAURENT (Coordination CHOV)
- Mme CATILLE (Coordination CHOV)
- Mme VILLAUME (Coordination CHSD)
- Mme CONVERS (Coordination CHSD)
- Mme CAYET (représentante de la CSIRMT GHT)

2. Fiches actions

OBJECTIFS N°1 : RENFORCER L'ACTIVITE DE PRELEVEMENTS SUR LE TERRITOIRE				
Date validation fiche action	02/06/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins</p>			
Objectifs de l'action	<p>Renforcer et développer le recensement de donneurs potentiels Assurer la pérennité des coordinations hospitalières Harmoniser les pratiques</p>			
Description de l'action	<p>Définir et mettre en œuvre une politique de sensibilisation et de formation harmonisée à l'échelle du territoire</p>			
Référents de l'action	<p>Référents médicaux : Dr HUSSON - Référents paramédicaux : Mme VILLAUME - Mme PIERCY</p>			
Etapes de mise en œuvre (RASC1 et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir et mettre en place un programme de formation adapté aux équipes médicales	déc-17	Sensibilisation et information systématique des internes lors de leur arrivée. Harmonisation des supports sur l'ensemble des établissements. Information en CME des établissements, info flash sur intranet, notamment la journée du 22 juin
	Etape 2	Harmoniser les dispositifs d'information et de sensibilisation des équipes soignantes	sept-17	Recenser les dispositifs existants Définir un modèle commun Assurer la diffusion du dispositif à l'ensemble des établissements parties au groupement
	Etape 3	Harmoniser les programmes de DPC des professionnels paramédicaux à l'échelle du GHT	déc-17	Recenser les programmes existants sur les établissements de santé Définir dans le cadre du comité territorial de formation continue et de DPC un programme unique à l'échelle du GHT
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2017	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres	Association de l'agence de biomédecine à la réflexion		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Nombre de professionnels formés et informés (feuille d'émargement) Nombre d'actions de sensibilisation Taux de satisfaction au regard des formations (questionnaire)</p>			
Points d'attention	<p>Sensibilisation de l'encadrement, de la CSIRMT et de la CME des établissements parties au groupement</p>			

OBJECTIF N°2 : RENFORCER LE MAILLAGE TERRITORIAL ET L'ACTIVITE DES SITES DE PRELEVEMENTS				
Date validation fiche action	02/06/17	Etat d'avancement		Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence			
Objectifs de l'action	Augmenter le recensement de donneurs potentiels et les prélèvements Augmenter le nombre de prélèvements d'organes et de tissus sur le territoire Assurer la pérennité des coordinations hospitalières			
Description de l'action	Développer les sites de prélèvements de tissus par le partage des autorisations entre deux établissements de santé d'un même territoire Promouvoir le recensement des donneurs potentiels sur les ex-hôpitaux locaux Diversifier les prélèvements de tissus sur le Centre Hospitalier d'Epinal			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr CATELLE - Dr HUSSON - Dr CAYEUX Référents paramédicaux : Mme MANGIN - Mme VILLAUME- Mme PIERCY			
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Engager avec l'agence de biomédecine, l'ARS et les Directions une réflexion portant sur les possibilités de partage des autorisations entre deux établissements de santé	déc-18	Les prélèvements de tissus de donneurs potentiels sur les ex-hôpitaux locaux étant conditionnés par le transfert sur les établissements autorisés, compte-tenu des difficultés liées aux transports sanitaires sur le département, l'objectif serait à terme de disposer de deux établissements autorisés pour les prélèvements de tissus par territoire de proximité.
	Etape 2	Etendre le périmètre d'action des coordinations hospitalières à un ou deux ex-hôpitaux par MCO	déc-19	Etudier les possibilités de mutualisation des astreintes des équipes de coordination hospitalière et proposer une organisation cible. Réaliser un recensement des donneurs potentiels/décès enregistrés sur 6 mois afin de vérifier la faisabilité et les besoins d'organisation Définir une check- List/interrogation à distance permettant l'étude des dossiers des résidents pour connaître leur éligibilité au prélèvement Prévoir la rédaction d'avenants aux conventions de transport médicalisé afin de transporter les corps sur le site MCO. Former un référent sur le site annexe Inclure le questionnement au projet de vie du résident.
	Etape 3	Promouvoir les prélèvements d'autres tissus sur Epinal	déc-20	Formation du médecin de coordination Projet intégré au nouvel hôpital
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2020	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier si possible)	Ressources humaines :	Renforcer les équipes de coordination hospitalière : temps paramédical et d'encadrement		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres :			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre d'établissements associés à la démarche Nombre de recensements de donneurs potentiels sur les établissements associés Nombre de prélèvements de tissus de patients en provenance des établissements associés Nombre de référents formés			
Points d'attention	Envisager la possibilité de signature d'une convention par l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement avec les banques de tissus			

OBJECTIF N°3 : PROMOUVOIR LE RECOURS A LA COORDINATION HOSPITALIERE ET A UN AVIS MEDICAL 24h/24 SUR LE TERRITOIRE			
Date validation fiche action	02/06/17	Etat d'avancement	En cours
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p style="text-align: center;">Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins</p>		
Objectifs de l'action	<p>Apporter un appui à la décision médicale Harmoniser les pratiques Développer l'activité de prélèvements</p>		
Description de l'action	<p style="text-align: center;">Formaliser et diffuser les modalités de recours à la coordination hospitalière et à un avis médical 24h/24</p>		
Référents de l'action	<p style="text-align: center;">Référents médicaux : Dr LALOT Référents paramédicaux: Mme S. LAURENT</p>		
Etapes de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle
	Etape 1	Elaborer un logigramme qui identifie les modalités de recours à la coordination hospitalière et à un avis médical 24h/24	déc-17
	Etape 2	Diffuser le logigramme sur l'ensemble des établissements parties au groupement	janv-18
			<p>Le logigramme devra être élaboré à l'échelle du GHT et identifier pour chaque établissement les modalités de recours à la coordination hospitalière et à un avis médical. Responsabilités et missions de chacun des dispositifs, modalités de recours : priorisation de l'appel sur site Avis médical 24/24 assuré par la réanimation du CHED.</p> <p>Une présentation au préalable en CME et en CSIRMT des établissements parties au groupement est indispensable. Les modalités de diffusion devront être définies : affichage dans les services, intranet des établissements, portail GHT à sa mise en place...</p>
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :
	Échéance prévisionnelle :	31/01/2018	Échéance réelle :
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier si possible)	Ressources humaines :		
	Moyens (hors RH) :		
	SI :	Création d'un portail GHT	
	Autres :		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Nombre d'appels à la réanimation d'Epinal Nombre de logigrammes diffusés PV des instances des établissements parties au groupement</p>		
Points d'attention	<p>L'avis du collège médical et de la CSIRMT du GHT devra être recueilli.</p>		

ACTION N°4 : CONSTRUIRE UNE EQUIPE PARAMEDICALE ELARGIE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PRELEVEMENTS MULTI-ORGANES SUR LE TERRITOIRE				
Date validation fiche action	02/06/17	Etat d'avancement		Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins</p>			
Objectifs de l'action	Faciliter l'organisation de la deuxième ligne d'astreinte IADE/IBODE à l'annonce d'un prélèvement multi-organe sur le CHED Conforter et sécuriser l'activité de prélèvements Permettre le développement des compétences des IBO/IADE sur le territoire			
Description de l'action	Elargir l'accès de l'activité de PMO aux IBODE et IADE des autres établissements MCO du GHT			
Référents de l'action	Référents CSIRMT du GHT : Mme CAYET - Mme CHARTIER			
Etapes de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Réaliser un état des lieux des organisations des blocs opératoires et des effectifs réels	sept-17	L'objectif étant au préalable de s'assurer de la faisabilité en évaluant l'impact de l'organisation sur: frais de déplacements, qualité et sécurité des prises en charge
	Etape 2	Recenser sur chaque site MCO du GHT, les IADE et IBODE volontaires à l'intégration dans le dispositif d'astreinte PMO du CHED	sept-17	Définir en amont le nombre de volontaires souhaités par site MCO en IBO et IADE afin de sécuriser le dispositif à construire et d'éviter la massification. En effet, l'élargissement à un trop grand nombre de professionnels générerait un risque de dilution des compétences et des savoirs faire nécessaires à une activité spécifique et dont la fréquence présente des variations aléatoires. Cette démarche est déjà initiée entre le CHED et le CH de Remiremont
	Etape 3	Former les IADE et les IBODE à la démarche de PMO.	janv-18	Formation à construire en lien avec l'ABM et les professionnels du CHED. Formaliser les modalités de formation et de tutorat.
	Etape 4	Rédiger les modalités d'appel aux professionnels des autres MCO du territoire	janv-18	Lister en amont les pré-requis. Par exemple le binôme IBO doit obligatoirement intégrer une IBO du CHED.
	Etape 5	Etablir des conventions de MAD entre les MCO du territoire concernés et le CHED	mai-18	Définir avec les directions concernées les modalités de PEC financières. Soumettre en amont pour avis le dispositif au GHT
	Etape 6	Diffuser et communiquer les modalités d'appel aux professionnels volontaires	juin-18	Transmettre aux directions concernées les procédures établies et validées. Définir au CHED une personne référente responsable de l'élaboration des plannings d'astreintes IBO/IADE sur le territoire. Diffusion des plannings d'astreintes chaque mois;
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/05/2017	Début réel :	01/05/2017
	Échéance prévisionnelle :	01/06/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier si possible)	Ressources humaines :	IADE - IBODE		
	Moyens (hors RH) :	Conventions de MAD		
	SI :			
	Autres			
	L'élargissement des champs d'intervention des équipes de coordination nécessite du temps et des moyens afin d'obtenir une mutualisation des équipes de coordination (point 10 des pistes de réflexion : relevé de conclusion séance du 25/04/2017)			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Nombre de volontaires recensés Nombre d'appel aux professionnels (hors CHED) dans le cadre de PMO Le groupe de travail effectuera une enquête de satisfaction auprès des professionnels médicaux et paramédicaux</p>			
Points d'attention				

H. La filière « urgences »

1. Composition du groupe

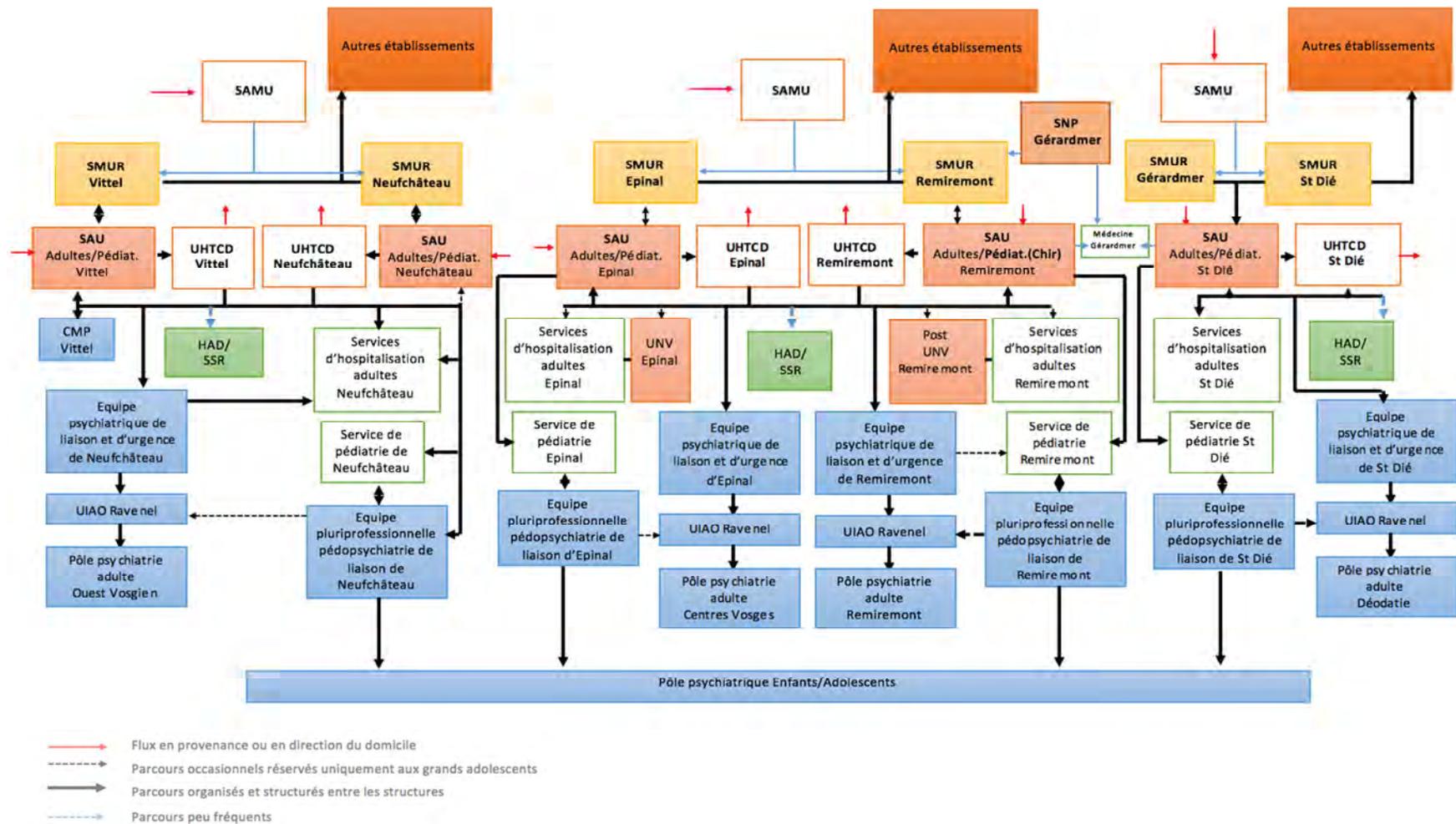
- **Dr DOUART-LEGER (PCME CHOV), pilote du groupe de travail**
- Dr CHERRIER (CHOV)
- Dr HAKMOUN (CHOV)
- Dr MICHON-COUR (CHOV)
- M. ROCHER (Directeur CHED-CHSD-Remiremont)
- Dr LAHALLE (**HAD KORIAN Pays de la plaine**)
- Dr ALBIZATTI (CHSD)
- Dr TRIDON (CHSD)
- Dr THIRION (CHSD)
- Dr CONTINI (CHSD)
- Dr VALENCE (CHSD)
- Dr BREFFA (CH Remiremont)
- Dr HOMEL (CHED)
- Dr LEMAU de TALANCE (**SAMU88**)
- Dr CHAHBI (CH Gérardmer)
- Dr BERTIN CHANSON (**CHS Ravenel**)
- Dr MORLIER-GANDELET (**CHS Ravenel**)
- Mme HAUTENAUVE (Représentante CSIRMT)
- Mme DUFOUR (Représentante CSIRMT)

2. Cartographie de l'offre de soins et données d'activité (données 2015)

ACTIVITES	OUEST VOSGIEN TSP 13						CENTRE VOSGES TSP 18			REMIREMONT ET VALLEES TSP 20			DEODATIE TSP 19					
	ETS référent			ETS référent			ETS référent			ETS référent			ETS référent					
	CH VITTEL		SMUR (Antenne de Neufchâteau)	CH NEUFCHATEAU		SMUR	CHED		SMUR	CH Remiremont		SNP (9h-19h)	SMUR (Antenne de St Dié)	CH St Dié				
	SAU	UHTCD		SAU	UHTCD	SMUR	SAU	UHTCD	SMUR	SAU	UHTCD	SMUR	SNP (9h-19h)	SMUR (Antenne de St Dié)	SAU	UHTCD	SMUR	
Nombre de lits/places installées		2	1 VLM		4	1 VLM		6	2 VLM		4	1 VLM		1 VLM		6	1 VLM	
Nombre de passages/ 24h	25			48			94			61			15		65			
Nombre de sorties SMUR primaire			353			332			1280			450		198			561	
Nombre de sorties SMUR Secondaire			62			331			454			136		13			130	
Temps médical en ETP	2,8 ETP			10,5 ETP			14 ETP			8,5 ETP			1,2 ETP			9,4 ETP + 0,6 ETP mis à disposition au CHU		
Permanence des soins	1 ligne de garde			2 lignes de garde H24 et 7/7			2 lignes de garde H24 1 ligne de 8h30-19h 1 ligne 9h-21h 1 ligne H24 pour le SAMU			2 lignes de garde H24 1 ligne 9h-19h UHTCD			1 ligne de garde de 9h-19h, 7/7 jours			2 lignes de garde H24 1 ligne de garde 5 jours (7-19h) jours pour l'USC		

	SAU Vittel	SAU Neufchâteau	SAU Epinal	SAU Remiremont	SAU St dié	SNP Gérardmer
DMS en UHTCD (nombre d'heures)	9,44	13,07	23,5	23	17	NC
Pourcentage de séjours en UHTCD > 24h	4,8%	12,6%	7,9%	30,63%	6,26%	NC
Temps moyen des sorties SMUR primaires	1h35	1h15	1h15	1h30	1h02	1h28
Temps moyen des sorties SMUR secondaires	2h02	1h06	2h16	3h00	2h25	1h51

3. Parcours de soins de la filière « urgences »



4. Analyse SWOT de la filière « urgences »

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES/DIFFICULTES	MENACES/CONTRAINTES	OPPORTUNITES
URGENCES	<p>Un bon maillage territorial des services d'urgences et SMUR</p> <p>Un SAMU opérationnel sur le département avec une implication connexe des régulateurs libéraux</p>	<p>Des durées de passage aux urgences proche de la moyenne des établissements équivalents mais > moyenne régionale (Epinal)</p> <p>L'impact des sorties SMUR secondaires sur le fonctionnement interne des services d'urgences</p> <p>L'absence d'infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) sur tous les services d'urgences</p> <p>Un SMUR diurne et non nocturne sur Gérardmer</p> <p>Absence de médecins dédiés à l'UHTCD</p> <p>Absence de médecins aux SNP de Gérardmer si sorties SMUR</p>	<p>L'impact de la réforme de financement des SU</p> <p>La perte d'une deuxième ligne de nuit de SMUR sur Epinal : diminution du maillage territorial et perte d'efficacité</p>	<p>L'équipe médicale unique sur Neufchâteau/Vittel et la mutualisation en cours sur Gérardmer/Saint-Dié</p> <p>La coopération en cours sur Epinal/Remiremont</p>
PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES AUX URGENCES	<p>Une filière AVC et thoracique organisée</p> <p>Des équipes de psychiatrie de liaison et d'urgence sur chaque établissement MCO, articulées avec chaque pôle de psychiatrie adulte de proximité</p> <p>Une équipe de pédopsychiatrie de liaison sur chaque établissement MCO, articulée avec le CMP enfants/adolescents ou le CMP adolescent de proximité</p> <p>Les compétences de l'équipe pluriprofessionnelle de pédopsychiatrie</p>	<p>Le sous-effectif de pédopsychiatres sur le pôle de psychiatrie de l'enfant/adolescent des Vosges</p>		<p>L'existence de circuits courts pour la prise en charge des PA/PH (équipe mobile gériatrique 5j/7 sur le CHED)</p>
SERVICES D'AVAL		<p>Le faible taux d'entrées directes en SSR, en provenance du domicile, notamment pour les « besoins d'expertise, de bilans ou de suivi d'un patient au long cours » Circulaire DHOS/01 n° 2008-305 du 3 octobre 2008</p> <p>Le manque de fluidité sur les lits d'aval (anticipation des sorties, engorgement des services de SSR, liste d'attente en EHPAD...)</p>		
ORGANISATION DES TRANSPORTS		<p>Une carence ambulancière sur certains territoires (Ouest Vosgien)</p>		
RESSOURCES HUMAINES			<p>La démographie médicale libérale sur le département</p>	

5. Fiches actions

ACTION N°1 : OPTIMISER LES TRANSPORTS SECONDAIRES INTERHOSPITALIERS MEDICALISES ET/OU PARAMEDICALISES				
Date validation fiche action	30/05/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations			
Objectifs de l'action	Promouvoir l'efficacité des organisations Permettre un usage optimal des ressources médicales dans un contexte de pénurie			
Description de l'action	Mutualiser les transports secondaires sur chaque territoire de proximité afin de limiter l'impact sur le fonctionnement des urgences et de maintenir une prise en charge sécuritaire des patients			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr ALBIZATTI- Dr CHAHBI- Dr DE TALENCE Référents CSIRMT GHT: Mme HAUTENAUVE- Mme DUFOUR			
Etapes de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Evaluer les besoins, les moyens nécessaires et l'impact organisationnel sur les services d'urgence	sept-17	Déterminer les 3 territoires de santé (Nord-Sud) de proximité et leurs établissements respectifs. Déterminer des correspondants pour chaque territoire de proximité afin de recueillir et de faciliter les échanges d'information. Mise à jour 2016 des ressources et des activités pour chaque établissement composant l'axe Nord-Sud des territoires de proximité : ressources humaines médicales et paramédicales, besoins en formation (IADE), personnel dédié ou à mutualiser.
	Etape 2	Redéfinir les indications entre transports terrestres et transports aériens	sept-17	Dans le cadre des transports TIIH, le transport se fera obligatoirement par la route (recommandations SAMU et Urgences de France). Pour les transports médicalisés, élaboration d'un arbre décisionnel diffusé dans les services d'urgences
	Etape 3	Définir le niveau d'accompagnement	oct-17	Il s'agit de déterminer le type d'accompagnement : équipe médicale SMUR ou TIIH (travaux en cours sur le CHSD)
	Etape 4	Rédiger le protocole commun pour les transports TIIH	oct-17	Définir et formaliser les logigrammes de prise en charge de patients en s'appuyant sur les compétences IADE. Le protocole devra définir : les indications, le déclenchement, la transmission des informations et le bilan par l'IADE lors de la prise en charge du patient afin que le médecin régulateur « valide » la faisabilité du transfert infirmier, la traçabilité des prescriptions du médecin régulateur, la transmission de fin de mission en régulation pour clôturer le dossier.
	Etape 5	Déployer le dispositif sur l'ensemble des territoires de proximité	nov-17	La configuration géographique du département des Vosges incite, dans le domaine de la réorganisation des transports sanitaires secondaires (TSS) médicalisés (M) et para médicalisés (PM), à envisager un axe Nord Sud associant deux établissements hospitaliers : Axe Est : Gérardmer/St Dié des Vosges Axe Centre : Remiremont/Epinal Axe Ouest : Neufchâteau/Vittel
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2017	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires	Ressources humaines :	Médicales, paramédicales et ambulanciers à définir sur chaque sous-territoire : nombre d'ETP		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de sorties SMUR secondaires Nombre de sorties médicalisées Nombre de sorties non médicalisées Nombre de transports aériens/nombre total de transports			
Points d'attention*	Décret 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des IADE			

ACTION N°2 : CRÉER UNE EQUIPE TERRITORIALE DE REGULATION DU SAMU 88				
Date validation fiche action	30/05/17	Etat d'avancement		En cours
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie médicale sur le territoire			
Objectifs de l'action	Promouvoir le maintien d'un service public qui réponde aux besoins des usagers Promouvoir l'efficacité des organisations Permettre un usage optimal des ressources médicales dans un contexte de pénurie Renforcer l'attractivité des professionnels médicaux sur le territoire			
Description de l'action	Développer la participation des urgentistes des établissements MCO des Vosges au fonctionnement du SAMU 88			
Référents de l'action	Référent médical : Dr DE TALANCÉ Référent administratif: Mme MAITRE			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Echéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Evaluer les besoins humains nécessaires pour faire fonctionner l'équipe territoriale de régulation du SAMU	juin-17	la régulation médicale au CRRA 15 des Vosges est effective H24 365j/an avec la présence d'un urgentiste régulateur H24. Le volume annuel est donc de 8760h à couvrir.
	Etape 2	Définir sur la base du volontariat la composition de l'équipe	sept-17	Le SAMU 88 est un des services du CHED. Son UF CRRA 15 a une vocation départementale, puisque régulant l'ensemble des appels du département. De plus, il est le seul service habilité à engager les SMUR des CH du territoire. La participation d'un ou plusieurs praticiens urgentistes de tous les autres établissements que le CHED est souhaitable. Le CHED pourrait fournir en moyenne la 1/2 des plages et les 3 autres établissements (CHOV-Remiremont-St Dié) l'autre 1/2. Les plages laissées pour les praticiens des autres établissements concerneront l'ensemble du calendrier (jour-nuit-week-ends et jours fériés inclus).
	Etape 3	Déterminer les modalités d'accompagnement et les besoins en formation des nouveaux membres de l'équipe	sept-17	Les médecins régulateurs du CRRA 15 sont des médecins thésés, inscrits à l'Ordre des Médecins et urgentistes de formation (Capacité de Médecine d'Urgence, DESC ou DES de Médecine d'Urgence). Chaque nouveau régulateur devra effectuer des doublures au sein du CRRA 15 et valider l'ensemble des items du " Savoir faire du médecin régulateur - livret de validation à la Régulation Médicale SAMU 88 " déjà mis en place actuellement, avant de pouvoir intégrer le pool de régulateurs " titulaires ". Les 1ères régulations seules se feront avec un soutien rapide en cas de difficultés. De même, les 1ères régulations ne concerneront que les plages de jour et de semaine, l'activité nocturne et/ou de week-ends étant plus difficile.
	Etape 4	Formaliser la création de l'équipe et l'engagement de chacun des établissements par une convention de mise à disposition des professionnels médicaux	déc-17	Des conventions types existent déjà puisque 2 urgentistes régulateurs ont déjà intégré ce dispositif (CH Remiremont et CH Saint-Dié).
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2017	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires	Ressources humaines :	Peu d'impact organisationnel au niveau du CRRA 15, chaque nouvel arrivant étant pris en charge par le médecin régulateur du CRRA 15 en poste.		
	Moyens (hors RH) :	Aucun moyen supplémentaire à envisager		
	SI :			
	Autres	" publicité " auprès des différents établissements hospitaliers (appel à candidature via les chefs de service des urgences-SMUR)		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Existence ou non d'un planning commun à l'échelle du GHT Nombre de conventions de mise à disposition			
Points d'attention*	Le CRRA 15 des Vosges va voir son mode de fonctionnement changer au 28 mars 2018 (changement de logiciel) et surtout au 30 mai 2018 (ouverture du CTRA 88).			

ACTION N°3 : FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS DANS LES SERVICES D'URGENCES				
Date validation fiche action	30/05/17		Etat d'avancement	Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n°1 : Structurer la réponse aux besoins de santé Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence</p>			
Objectifs de l'action	<p>Renforcer l'articulation ville/hôpital Limiter les inadéquations de prise en charge et les hospitalisations non pertinentes Coordonner les réponses d'aval du court séjour</p>			
Description de l'action	<p>Développer les prises en charge directes en HAD depuis les services d'urgences et les UHTCD Favoriser les transferts des patients des services d'hospitalisation de court séjour vers les SSR dès le matin</p>			
Référents de l'action	<p>Référents médicaux : Dr HOMEL- Dr LAHALLE- Dr BEAUMONT Référents CSIRMT GHT : Mme HAUTENAUVE- Mme DUFOUR</p>			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Expérimenter les retours directes en EHPAD par le biais de conventionnements avec l'HAD	déc-18	Les conditions de prise en charge directe par l'HAD doivent être définies entre les services d'urgence et l'HAD dont ils dépendent.
	Etape 2	Evaluer la pertinence de l'usage du ROR et d'IMAD SSR aux urgences	déc-18	Une évaluation d'IMAD SSR doit être réalisée en lien avec le pôle de coordination territorial. Il s'agira d'identifier les facteurs qui constituent un frein à son utilisation et de déterminer les conditions d'une utilisation optimale
	Etape 3	Mener une réflexion avec les services de SSR portant sur les possibilités et les conditions d'une d'admission des patients hospitalisés en court séjour, dès le matin	déc-18	Identifier les modalités d'accueil dans les différents SSR du GHT, leurs spécificités, leur organisation (fonctionnement médical, accessibilité des thérapeutiques/PUI, gestion des lits...) ainsi que les freins à l'admission des patients dès le matin. Développer la fonction de coordonnateur de parcours patients au sein des établissements de MCO.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Temps dédié au coordonnateur de parcours patient à définir		
	Moyens (hors RH) :	Elaboration d'une fiche de poste de coordonnateur de parcours patient		
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Nombre de conventions Urgences/EHPAD/HAD Nombre de retours en EHPAD avec HAD Nombre d'admissions en SSR le matin</p>			

ACTION N°4 : DEVELOPPER LES FILIERES DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES				
Date validation fiche action	30/05/17	Etat d'avancement		Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n°3 : Accompagner la fragilité et la vulnérabilité (filière transversale santé mentale) Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des prises en charge et des organisations</p>			
Objectifs de l'action	<p>Limiter les inadéquations de prise en charge et les hospitalisations non pertinentes Favoriser l'accès aux soins des personnes en difficultés Adapter les prises en charge Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles</p>			
Description de l'action	<p>Définir les filières de prise en charge en chirurgie ambulatoire aux urgences Développer et harmoniser les filières de prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité</p>			
Référents de l'action	<p>Référent chirurgie ambulatoire : Dr ALBIZATTI Référents périnatalité : Dr MORLIER-GANDELET- Mme HAUTENAUVE Référent psychiatrie adulte : Dr BUJON-PINARD</p>			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Echéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Recenser les protocoles existants sur chaque service d'urgences et pour chaque filière de prise en charge (gériatrie, addictologie, psychiatrie adulte, périnatalité)	sept-17	Effectuer sur chaque filière un état des lieux des différentes modalités de prise en charge (circuits courts) au sein des quatre SAU du territoire et des SNP de Gérardmer
	Etape 2	Identifier les besoins pour chaque type de prise en charge	déc-17	Création d'un groupe de travail pluriprofessionnel. L'objectif étant de confronter la réalité du terrain avec les recommandations de bonnes pratiques, d'identifier les expériences reproductibles sur le territoire.
	Etape 3	Evaluer les conventions existantes avec le secteur psychiatrique.	déc-17	Déterminer les points forts et les points faibles de l'organisation actuelle
	Etape 4	Définir et diffuser les procédures communes	juin-18	Une harmonisation des prises en charge sur le territoire sera recherchée
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	30/06/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de protocoles élaborés			
Points d'attention*	<p>L'avis du collège médical et de la CSIRMT du GHT devra être recueilli avant diffusion sur les CME et CSIRMT des établissements parties au groupement.</p> <p>Conformément au décret du 27 avril 2016 sur les Groupements Hospitaliers de Territoire, les partenariats avec le CHS de Ravenel sur les filières périnatalité et psychiatrie adulte seront formalisés dans le cadre d'une convention de partenariat entre le CPN de Laxou et l'établissement support du GHT Vosges.</p>			

ACTION N°5 : DEFINIR UNE POLITIQUE TERRITORIALE DE GESTION DES EMPLOIS MEDICAUX SUR LA FILIERE "URGENCES"				
Date validation fiche action	30/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé			
Objectifs de l'action	Valoriser auprès des jeunes praticiens le service public hospitalier et les possibilités de recrutement sur le GHT Vosges Limiter le recours massif à l'intérim médical Mettre en cohérence les besoins hospitaliers et les projets professionnels Sécuriser les prises en charge et les conditions de travail des équipes des urgences			
Description de l'action	Objectiver les besoins sur l'organisation territoriale de la filière pour assurer une couverture sécurisée et de qualité Définir avec le CHRU une politique de gestion prospective des compétences médicales sur la filière "urgences"			
Référents de l'action	Référent médical : Dr DOUART-LEGER Référent administratif : Mme PEIFFER			
Etapes de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Cartographier les ressources existantes sur chaque service d'urgences	sept-17	La cartographie des ressources devra concerner l'ensemble des professionnels affectés au service des urgences : professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs
	Etape 2	Mettre en parallèle les organisations et identifier les situations à risque pour la sécurité et la qualité des soins	sept-17	Une étude des FSEI sur la qualité et sécurité des soins pourra être réalisée en plus des déclarations des professionnels
	Etape 3	Quantifier les besoins nécessaires à la mise en œuvre d'une organisation territoriale pertinente	janv-18	Définition d'un schéma cible complété d'une étude médico-économique pour en mesurer l'impact sur les organisations
	Etape 4	Définir et mettre en œuvre avec le CHRU les outils communs d'une gestion prévisionnelle territorialisée des emplois et des compétences médicales	déc-18	Mettre en place avec le CHRU de Nancy, dans le cadre de la convention d'association, une politique territoriale de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales et développer le recours aux temps partagés.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	A évaluer en fonction des perspectives opérationnelles définies à l'échelle du territoire, de l'impact du protocole sur l'aménagement du temps de travail des urgentistes et de la réforme du 3ème cycle (MIR) sur le fonctionnement des USC		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Déploiement du logiciel LOGIMED sur les établissements MCO des Vosges		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de places d'internes Nombre de FSEI sur la qualité, sécurité des soins Nombre de départs anticipés			
Points d'attention	La définition de principes communs en matière de politique de ressources humaines médicales entre les établissements du GHT et avec le CHRU est un élément indispensable pour limiter les phénomènes de concurrence entre les établissements et garantir une répartition équilibrée des ressources et des compétences sur le territoire.			

ACTION N°6 : PROMOUVOIR LA FORMATION ET LE PARTAGE D'INFORMATION DES EQUIPES D'URGENTES SUR LE GHT				
Date validation fiche action	30/05/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé Axe n°5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des prises en charge et des organisations			
Objectifs de l'action	Renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire Favoriser les échanges de pratique à l'échelle du territoire Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles			
Description de l'action	Harmoniser et mutualiser les formations à l'échelle du GHT Développer l'accès à l'information et les échanges de pratiques sur le GHT			
Référents de l'action	Référents médicaux : Dr HAKMOUN- Dr CHERRIER Référents CSIRMT GHT : Mme HAUTENAUVE- Mme DUFOUR			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape	Echéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Etablir une cartographie des formations et des dispositifs d'information existants et accessibles aux professionnels des établissements parties au groupement	sept-17	Etat des lieux des formations existantes à l'échelle du GHT (types de formation, public concerné, fréquence...)
	Etape 2	Construire les programmes de formation au regard des besoins exprimés	janv-18	Recenser à l'échelle du GHT les besoins en formation (plan de formation des établissements parties au groupement, projets de services)
	Etape 3	Créer les outils en faveur d'une interconnaissance des équipes d'urgences sur le territoire	sept-17	Réaliser un organigramme avec trombinoscope
	Etape 4	Définir une politique de communication des formations et dispositifs d'information à l'échelle du GHT	déc-18	Création d'un portail GHT (architecture à définir) Réalisation de posters pour les séquences d'information : colloques... Création d'un groupe "filiale urgences" pour les adresses mails
	Etape 4	Donner au CESU les moyens de développer son offre de formation	déc-18	Etat des lieux des moyens actuels du CESU 88 et des besoins en formation de l'ensemble des professionnels du GHT / Renforcement des Moyens du CESU à envisager si inadéquation des moyens et des besoins.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Portefeuille de formateurs		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de formations réalisées à l'échelle du GHT Nombre de formation sur la médecine de catastrophe Nombre de professionnels des urgences impliqués dans les exercices du SDIS Nombre de colloques réalisés			
Points d'attention*	Obtenir les coordonnées de l'ensemble des médecins urgentistes du GHT, recenser les médecins référents des formations existantes dans chaque établissement.			

I. La filière périnatalité

Bien que faisant partie des quatre filières prioritaires définies par l'Agence Régionale de Santé Grand Est en lien avec la FHF Grand Est, la filière périnatalité n'a pas été abordée dans la version finalisée au 30 juin 2017, notamment en raison du caractère indissociable que représente le Projet Médical Commun Epinal/Remiremont en cours d'élaboration.

La décision récente d'un maintien d'un plateau technique d'accouchement sur les deux sites, sous condition de création d'une équipe commune entre Epinal et Remiremont, va permettre au GHT « Vosges » d'initier sur le deuxième semestre 2017 une démarche de réflexion portant sur le renforcement des liens avec les réseaux d'acteurs de proximité, l'harmonisation des pratiques, le soutien à la parentalité, le développement des actions de prévention et l'accès à l'IVG.

Le projet de la filière périnatalité sera défini par voie d'avenant au 1^{er} janvier 2018

IV. LES PROJETS MEDICO-TECHNIQUES

A. Le projet de biologie médicale

1. Composition du groupe de travail

- **Consultant : M. Alain COEUR**
- Dr DUVAL (CHED)
- Dr DELIGNE (Remiremont)
- Dr IMBS (CHSD)
- Dr REINS (CHSD)
- Dr QUEUCHE (CHSD)
- Dr ZEMGHOUNI (CHOV)
- Mme PORTAL (Cadre CHED/Remiremont)
- Mme ZINCK (Cadre CHSD)
- Mme CADAMURO (Cadre CHOV)

2. Enjeux et perspectives

Sur l'Ouest Vosgien, l'activité de biologie de Vittel a été transférée sur Neufchâteau au moment de la fusion des deux établissements, en 2012, avec maintien d'une biologie délocalisée sur le site de Vittel..

Sur Le centre Vosges, la création d'un GCS de moyen, intégrant l'activité biologie médicale d'Epinal et Remiremont, est en cours. Elle intègre la prise en compte des besoins de l'EHPAD de Taon les Vosges et du site de Golbey.

Sur la Déodatie, l'activité répond aux besoins de l'établissement de Fraize et du site de Foucharupt, les établissements de Raon l'étape, Senones et Gérardmer ayant recours à des laboratoires privés.

Les difficultés rencontrées par les laboratoires sont les suivantes :

CH Ouest Vosgien	CH Epinal/Remiremont	CH St Dié des Vosges
<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement médical et PDS • Accréditation : difficultés pour dégager du temps et difficultés sur le site délocalisé • Externalisation de la fonction transports (peu de sociétés de taxi sur l'ouest Vosgien) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement médical et PDS • Sous-exploitation de la chimie de routine • Instabilité des techniciens qui « asphyxie » le laboratoire • Temps qualité réduit en raison des mouvements importants de personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement médical et PDS • Exigences des prescripteurs sur les examens spécialisés : surcoût) • Temps qualité réduit • Obsolescence des appareils sur la bactériologie

Les réflexions en cours s'orientent vers une mutualisation des astreintes, une réorganisation de l'activité de biologie par sous-territoires et entre sous-territoires.

Dans le cadre de l'accompagnement national des GHT, l'appui d'un consultant a été sollicité pour évaluer l'impact médico-économique de cette réorganisation.

3. Fiches actions

OBJECTIF N°1 : PROMOUVOIR UNE MUTUALISATION PROGRESSIVE DES ASTREINTES DE BIOLOGIE MEDICALE AU SEIN DU GHT				
Date validation fiche action	06/06/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	<p>Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence</p> <p>Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé</p>			
Objectifs de l'action	<p>Répondre aux obligations de permanence des soins sur l'activité de biologie médicale</p> <p>Renforcer l'attractivité des établissements de santé en diminuant la pénibilité liée au nombre de gardes</p>			
Description de l'action	Mettre en œuvre une mutualisation des astreintes entre les établissements d'Epinal - Remiremont - St-Dié-des-Vosges			
Référents de l'action	Référents médicaux : Les biologistes des établissements de santé			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les grands principes d'une mutualisation des astreintes.	En cours	La mutualisation des astreintes entre les trois établissements nécessite au préalable que la mutualisation entre Epinal et Remiremont dans le cadre du GCS de moyen soit opérationnelle : mise en place du SIL commun entre les deux laboratoires. Le déplacement des biologistes sur chacun des trois sites ne sera pas envisagée sauf incident grave (déplacement des échantillons en cas de besoins).
	Etape 2	Harmoniser le panel de garde	juin-18	Le panel commun Epinal- Remiremont pourra servir de base de travail. Le panel de garde commun devra faire l'objet d'une validation en CME des établissements parties au groupement.
	Etape 3	Prévoir un accès distant au SIL, Middleware et outils CIQ de chaque site et anticiper l'impact informatique éventuel	déc-18	L'accès distant est à ouvrir pour tous les biologistes des trois sites. Impact éventuel sur les graphes d'héмато sur Middleware.
	Etape 4	Prévoir les modalités de transfert des échantillons pendant la garde	déc-18	Navettes entre les établissements de St-Dié- Epinal- Remiremont
	Etape 5	Réaliser l'habilitation des biologistes	déc-18	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	En fonction des possibilités d'évolution du SIH et des possibilités de transfert des échantillons	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	L'impact sur l'informatique et les possibilités d'accès à distance seront évalués avec la commission territoriale du SIH		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Mutualisation effective des astreintes			
Points d'attention*	La mise en œuvre de la mutualisation des astreintes reste conditionnée par les possibilités informatiques.			

OBJECTIF N°2 : FAVORISER LA COMPLEMENTARITE ENTRE LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE (LBM) DU GHT				
Date validation fiche action	06/06/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence			
Objectifs de l'action	Offrir une réponse biologique adaptée aux besoins cliniques Garantir le maillage territorial de l'offre de biologie Maîtriser les coûts			
Description de l'action	Réorganiser l'activité de biologie au sein du GHT			
Référents de l'action	Référents médicaux : Les biologistes des établissements de santé			
Etapas de mise en œuvre (RAS et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Etablir la liste des examens sous-traités par chaque LBM	Réalisé	
	Etape 2	Identifier parmi les examens sous-traités lesquels peuvent être réalisés au sein du GHT	sept-17	
	Etape 3	Définir les examens qui peuvent être échangés en les LBM	sept-17	Il s'agira principalement des examens non urgents (J+1 et plus) et à faible volume réalisés au sein d'un des laboratoires du GHT et pouvant être pris en charge par un autre LBM.
		Définir les besoins logistiques et informatiques	déc-17	Nombre de navettes nécessaires et besoins informatiques si intensification des échanges d'examens au sein du GHT : Système commun multi site ou interfaces entre les SIL existants.
	Etape 4	Valider les scénarii par la réalisation d'une étude économique	déc-17	La réorganisation devra tenir compte des prix de revient, des délais de rendu et de la qualité du service proposé.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	La réorganisation de l'activité de biologie nécessitera à minima l'acquisition et la maîtrise des interfaces informatiques		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre d'examens échangés (nombre d'actes et nombre d'examens)			
	Nombre d'examens sous-traités au sein du GHT			
Points d'attention*	Coût/remises sur les examens échangés Aspects liés à l'hébergement des données de santé			

OBJECTIF N°3 : DEVELOPPER L'ACTIVITE DE BIOLOGIE MEDICALE HOSPITALIERE				
Date validation fiche action	06/06/17	Etat d'avancement		Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°2 : Renforcer les activités de proximité et de référence			
Objectifs de l'action	Offrir une réponse biologique adaptée aux besoins cliniques Garantir le maillage territorial de l'offre de biologie Maîtriser les coûts			
Description de l'action	Etudier par territoire de proximité les possibilités de reprise totale ou partielle de l'activité des ex-hôpitaux locaux			
Référents de l'action	Référents médicaux : Les biologistes des établissements de santé			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Réaliser un état des lieux sur la collaboration des ex-hôpitaux locaux avec les laboratoires privés	sept-17	Evaluer l'activité et établir une cartographie des contrats en cours, des conditions financières et des services associés.
	Etape 2	Définir les besoins logistiques et informatiques	déc-17	Nombre de navettes nécessaires et besoins informatiques
	Etape 3	Etudier l'hypothèse d'une biologie délocalisée	déc-17	
	Etape 4	Valider les scénarii par la réalisation d'une étude économique	déc-17	La réorganisation devra tenir compte des prix de revient, des délais de rendu et de la qualité du service proposé.
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :			
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de conventions avec les ex-hôpitaux locaux			
Points d'attention*				

B. Le projet de radiologie conventionnelle

1. Composition du groupe de travail

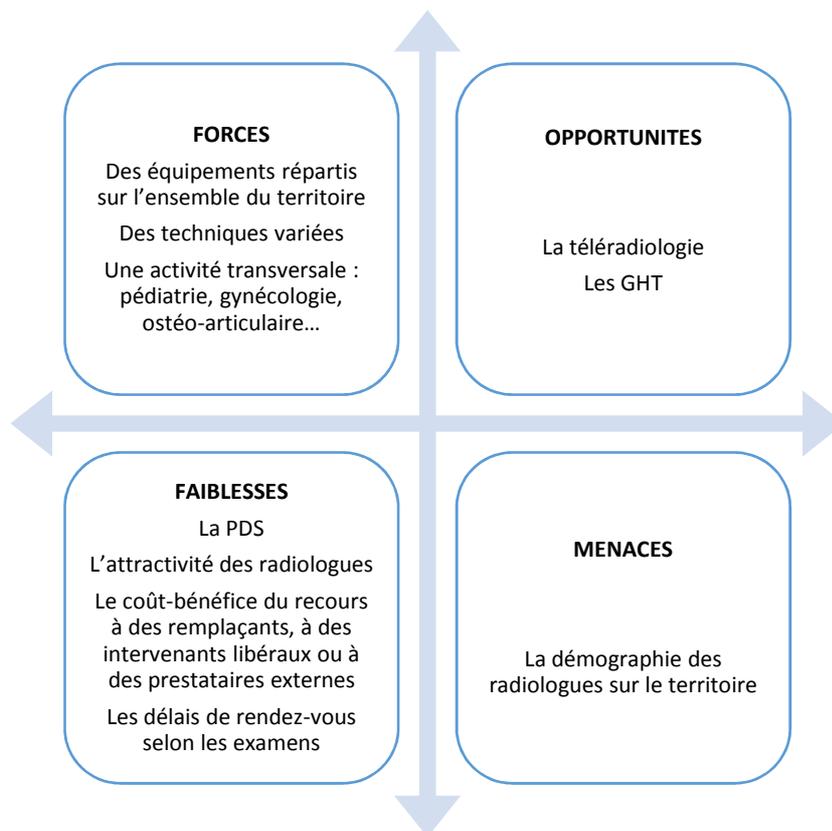
- Dr BEZAZ (CHED)
- Dr BOUYACOUB (Remiremont)
- Dr DERMECHE (CHOV)
- Dr PAIETTA (CHSD)
- Dr CHEVALIER (PCME Remiremont)
- Dr DOUART-LEGER (PCME CHOV)
- Dr LALOT (PCME CHED)
- M. DEMANGE (PCME CHSD)

- Mme MAITRE (DA CHED/ Remiremont)
- Mme MARION (AD Remiremont)
- Mme FLEURANCE (DA CHED/Remiremont, référente SIH GHT)
- M. BOILEAU (DA CHSD, référent SIH GHT)
- Mme PERRIN (CS CHED)
- M. LE BRIS (CS Remiremont)
- Mme RAUBUCH (CS CHSD)
- Mme SCHRINNER (CHOV)
- Mme LAURENT (CS CHOV)

2. Enjeux et perspectives

Confrontés à de réelles difficultés dans les mois à venir, en raison de nombreux départs, les radiologues des établissements de santé des Vosges ont engagé aux côtés des Directions une réflexion portant sur une réorganisation à court terme des astreintes de radiologie et à plus long terme sur un projet de territoire, attractif pour les jeunes radiologues.

Une étude préalable des actes réalisés par les établissements de 18h à 24h et de 24h à 8h a été réalisée.



3. Fiches actions

ACTION N°1 : METTRE EN ŒUVRE UNE ASTREINTE COMMUNE D'IMAGERIE MEDICALE A L'ECHELLE DU GHT					
Date validation fiche action	22/05/17	Etat d'avancement			En cours
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé				
Objectifs de l'action	Répondre aux obligations de permanence des soins sur l'activité de radiologie médicale Renforcer l'attractivité des établissements de santé en diminuant la pénibilité liée au nombre de gardes				
Description de l'action	<p>Mise en place d'une astreinte commune sur l'activité de scanner, du lundi au vendredi et de 18h à 24h.</p> <p>Chaque radiologue assure la responsabilité de la radiologie conventionnelle sur son site ainsi que l'activité programmée qui perdure au-delà de 18h.</p> <p>Un avis peut toutefois être demandé au radiologue d'astreinte.</p> <p>L'astreinte exclut l'interprétation des IRM de l'UNV d'Epinal, sous réserve de l'acceptation des neurologues d'Epinal et CHRU pour lequel un avis spécialisé devra être sollicité (Téléradiologie).</p> <p>Le lieu de l'astreinte est laissé au libre choix du radiologue (sur site ou à domicile)</p> <p><u>Cas de l'échographie</u> : patient de plus de 8 ans: demande transformée en scanner, enfant de moins de 8 ans, patient adressé au CHU Nancy</p>				
Référents de l'action	Référents : chefs de service des établissements MCO, Directions des Affaires Médicales, Référents SIH				
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Pilotes	Commentaire
	Etape 1	Etablir la liste des radiologues participant à l'astreinte et définir les modalités de mise en œuvre d'un agenda partagé des radiologues d'astreinte	30-juin-17	Directions	La rémunération de l'astreinte doit être harmonisée à l'échelle du GHT. Le tableau de garde devra être anticipé afin d'adapter l'activité de radiologie les jours d'astreinte.
	Etape 2	S'assurer de la faisabilité technique auprès du GCS Télésanté Lorraine	01-sept-17	Référents SIH	Une phase de test de 3 mois sera mise en œuvre avec une astreinte de sécurité sur chaque site
	Etape 3	Organiser l'interprétation des scanners sur la plage horaire 24h-8h et sur les week-ends	01-oct-17	Directions et chefs de service radiologie	Il appartient à chaque établissement d'anticiper l'organisation nécessaire à la PDS en nuit profonde et le week-end : externalisation CGTR ou réponse interne.
	Etape 4	Redéfinir ce qui relève de l'urgence et ce qui peut être différé	31-oct-17	Chefs de service radiologie et PCME	Sensibiliser les Praticiens et des internes à la notion de "scanner urgent" et de "scanner différé" Diffuser la procédure d'astreinte en CME
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/09/2017	Début réel :		
	Échéance prévisionnelle :	01/11/2017	Échéance réelle :		
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	Participant à l'astreinte PH et tout radiologue volontaire intervenant dans un des sites du GHT			
	Moyens (hors RH) :				
	SI :	Utilisation de l'outil T-Lor			
	Autres				
Modalité de suivi de l'action (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	Mise en œuvre effective de l'astreinte : oui/non Nombre d'astreintes réalisées par radiologues				
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de scanners réalisés pendant l'astreinte Coût de l'astreinte/ coût de l'externalisation Nombre de FSEI Nombre d'appels des astreintes informatiques (internes et GCS)				
Points d'attention*	Nécessité de pouvoir recourir à une ligne d'astreinte par site en cas de dysfonctionnement pendant la période de test Rédaction de modes dégradés.				

ACTION N°2 : ELABORER DES PROTOCOLES COMMUNS					
Date validation fiche action	22/05/17	Etat d'avancement			En cours
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations				
Objectifs de l'action	Harmonisation des pratiques à l'échelle du GHT				
Description de l'action	Standardiser la prescription d'examen d'imagerie et les protocoles d'examen de 18h à 00h00 dans le cadre de la permanence des soins commune entre les établissements des Vosges				
Référents de l'action	Référent médical : Dr BEZAZ Référents paramédicaux : Mme RAUBUCH - M. LE BRIS - Mme LAURENT - Mme PERRIN				
Etapas de mise en œuvre (RASC) et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Pilotes	Commentaire
	Etape 1	Définir les modalités relatives à la demande d'examen pour les sites participants	juin-17	Cadres	Appui sur l'outil T-LOR existant et sur une procédure déjà établie entre le CHED et le CH Remiremont
	Etape 2	Valider les modalités de demande d'examen auprès des différents établissements	oct-17	Chefs de service et PCME	Information en CME, aux praticiens et en COPS
	Etape 3	Elaborer des protocoles d'acquisition et de reconstruction communs, validés par l'ensemble des participants à l'astreinte	juin-17	Cadres et chefs de service	Rencontre entre les cadres de santé du groupe pour proposer un modèle type (17/05/2017).
	Etape 5	Organiser les modalités de transferts par les MERM des images nécessaires à l'interprétation	juin-17		A inclure dans les protocoles d'acquisition
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : 15/05/2017 Échéance prévisionnelle : 31/10/2017	Début réel : Échéance réelle :			
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :				
	Moyens (hors RH) :	Formation des utilisateurs du service d'imagerie et de l'établissement			
	SI :				
	Autres :				
Modalité de suivi de l'action (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	mise en oeuvre de la demande commune, nombre de protocoles communs établis				
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Mise en oeuvre de la demande commune Nombre de protocoles communs établis Nombre de demandes non conformes Nombre d'examens non conformes aux protocoles				
Points d'attention*	Prérequis: mise en place de l'outil Tlor dans les centres non utilisateurs et formations des nouveaux utilisateurs. Mise en adéquation des lignes téléphoniques le cas échéant, accès aux protocoles pour les différents personnels impliqués				

ACTION N°3 : ELABORER UN PROJET D'IMAGERIE TERRITORIAL					
Date validation fiche action		Etat d'avancement			Non débuté
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n°4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé				
Objectifs de l'action	Répondre aux obligations de continuité des soins sur l'activité de radiologie médicale Renforcer l'attractivité des établissements de santé				
Description de l'action	Favoriser l'engagement dans une carrière hospitalière Fidéliser les radiologues qui travaillent à l'hôpital Améliorer les conditions de travail Anticiper les besoins				
Référents de l'action	Référents : chefs de service des établissements MCO, Directions des Affaires Médicales				
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Pilotes	Commentaire
	Etape 1	Réaliser une cartographie des compétences et des projets de développement de la radiologie interventionnelle	30-sept-17	Directions et chefs de service radiologie	Définir les besoins en formation et les trajectoires professionnelles en lien avec les projets de développement
	Etape 2	Harmoniser les pratiques financières à l'échelle du GHT	31-déc-17	Directions	Réaliser un état des lieux des pratiques actuelles et définir une stratégie à l'échelle du GHT, qui tienne compte des possibilités offertes par le cadre réglementaire et de la situation financière des établissements
	Etape 3	Créer un annuaire commun des remplaçants et favoriser le remplacement multi-site	31-déc-17	Directions et chefs de service radiologie	Les établissements disposent aujourd'hui d'un réseau de connaissance qui pourrait être étendu pour créer une base commune de remplaçants (annuaire de remplaçants). Sur la base du volontariat, proposer des remplacements multi-sites
	Etape 4	Formaliser l'accueil des nouveaux praticiens	31-déc-17	Chefs de service radiologie et PCME	Connaissance de l'institution, des équipes, du projet d'établissement et Projet Médical Partagé du GHT, les conditions d'exercice et moyens matériels mis à disposition, les possibilités de mobilité au sein du GHT.
	Etape 5	Expérimenter les modèles alternatifs associant statut public et télétravail	01-déc-18	Directions	Les avantages de ce modèle : pas de charges pour le professionnel comme en libéral, pas de frais de déplacements pour les établissements et pas d'obligation pour le professionnel de s'installer dans les Vosges.
	Etape 6	Définir et mettre en oeuvre avec le CHRU les outils communs d'une gestion prévisionnelle territorialisée des emplois et des compétences médicales	31-déc-18	Directions, PCME, collège médical GHT	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :		
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :		
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :				
	Moyens (hors RH) :				
	SI :	Mise en œuvre de l'outil Logimed			
	Autres				
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatifs et quantitatifs)	Nombre de nouveaux contrats de praticiens Existence ou non d'une procédure formalisée d'accueil des nouveaux praticiens à l'échelle du GHT Existence ou non d'un annuaire commun des remplaçants Nombre de contrats multi-sites				
Points d'attention*					

C. Le projet pharmaceutique

1. Composition du groupe de travail

- M. LAHET (CHED)
- Mme DEMANGE (Remiremont)
- M. DEMANGE (CHSD)
- M. GIBAUD (Neufchâteau)
- Mme LAHET (Vittel)
- Mme BALDACINI (Gérardmer)
- Mme CORNU (Fraize)
- Mme SEFFRE (Raon l'étape)
- M. CHRETIEN (Bruyères/Rambervillers)
- Mme SIMON (Val du Madon)
- M. KETTANI (Chatel sur Moselle)
- M. SIMPLOT (Lamarche)
- M. BAH (C2HVM)
- Mme JEANNOEL (Cadre CHOV)

2. Enjeux et perspectives

La prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé doit répondre aujourd'hui à un triple enjeu :

- **Celui de la qualité** : le circuit du médicament est un processus complexe qui implique de nombreux professionnels de santé ;
- **Celui de la sécurité** : les médicaments représentent la troisième cause d'évènements indésirables graves ;
- **Celui de l'efficience**, dans un contexte financier contraint.

Les objectifs priorités par le groupe de travail visent à répondre à ces enjeux en initiant une démarche qualité unifiée à l'échelle du GHT.

3. Fiche actions

OBJECTIF N°1 : DEFINIR UNE POLITIQUE TERRITORIALE DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES A L'ECHELLE DU GHT				
Date validation fiche action	01/06/17	Etat d'avancement	En cours	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations			
Objectifs de l'action	Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles Promouvoir l'efficacité des organisations Promouvoir le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux			
Description de l'action	Créer et mettre en œuvre une Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles Territoriale (COMEDIMST)			
Référents de l'action	M. GIBAUD			
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir la composition de la COMEDIMST et les modalités de fonctionnement	mars-17	<p>Les Membres permanents : La commission est composée de membres permanents, proposés par les COMEDIMS locaux ou à défaut les CME, au Collège Médical de Territoire. Le collège des membres permanents est composé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Un pharmacien par établissement, plus un suppléant – Un médecin par établissement, plus un suppléant – Un membre parmi les préparateurs en pharmacie (possibilité) – Un membre désigné par la CSIRMT du GHT du collège des infirmiers (es) <p>Les Membres invités :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les Sages-femmes – Les Référents anti-infectieux – Les spécialistes en fonction des thèmes abordés <p>Il existe un bureau composé d'un président et d'un vice-président élus par scrutin uninominal majoritaire à deux tours parmi les médecins ou pharmaciens membres de la COMEDIMST. En cas d'égalité, le candidat le plus âgé est élu. Le COMEDIMS territorial se réunit 1 à 2 fois par an en séances ordinaires ou en séances thématiques sur invitation de spécialistes. Le Quorum exige la présence de 3 médecins et 3 pharmaciens.. L'usage de la vidéoconférence sera privilégié.</p>
	Etape 2	Formaliser sa composition et son organisation	mai-17	Un règlement intérieur du COMEDIMS territorial sera rédigé.
	Etape 3	Informers les établissements parties au groupement sur sa création et ses missions	sept-17	Une présentation du règlement intérieur sera faite sur chaque CME, par le pharmacien référent de l'établissement.
	Etape 4	Mettre en œuvre la COMEDIMST	déc-17	Désignation des membres permanents et membres invités Election du Président et vice-président
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/06/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	01/12/2017	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires	Ressources humaines :	Temps de secrétariat		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres	Système de visioconférence		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de réunions Nombre d'audits, enquêtes réalisés			
Points d'attention*	Le règlement intérieur du COMEDIMS devra être soumis à l'avis du collège médical du GHT. Le COMEDIMS territorial sera en lien fonctionnel avec les groupes de travail sur les filières du PMP du GHT Vosges et la commission territoriale des achats.			

OBJECTIF N°2 : SECURISER LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT LORS DU PARCOURS DE SOINS				
Date validation fiche action	01/06/17	Etat d'avancement		En cours
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations			
Objectifs de l'action	Prévenir ou corriger les erreurs médicamenteuses. Eviter les interruptions de traitement ou les modifications de manière inappropriée. Contribuer au bon usage du médicament Permettre une diminution du recours à l'hospitalisation Assurer une continuité médicamenteuse avec la poursuite de la conciliation des traitements médicamenteux réalisée en secteur de ville			
Description de l'action	Définir les modalités de mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse sur les établissements de Santé du GHT Vosges			
Référents de l'action	M. LAHET-Mme DEMANGE			
Etapas de mise en œuvre (RASCI et planning si nécessaire)		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Réaliser un état des lieux	mai-17	Modalités de recueil de la liste des médicaments habituels du patient hospitalisé. Processus actuels dans les établissements Ressources dédiées.
	Etape 2	Définir les services concernés ainsi que la population initiale à concilier	sept-17	Définir les services : chirurgie, consultations d'anesthésie, SSR, HDJ ? Définir les critères d'éligibilité à la conciliation : âge, pathologie chronique, médicaments à haut niveau de risque...
	Etape 3	Définir les modalités de mise en œuvre	déc-17	Professionnels en charge de la conciliation médicamenteuse (pharmacien, interne, préparateur en pharmacie) Conciliation médicamenteuse à l'entrée ou à la sortie du patient Elaboration d'une fiche de recueil
	Etape 4	Réaliser une phase pilote	déc-18	Déterminer les établissements pilotes, les services pilotes
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/05/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2017	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires	Ressources humaines :	A définir		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :	Repérer les évolutions nécessaires du SI : DPI, logiciel d'aide à la prescription, messageries sécurisées		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de divergences			
Points d'attention*	Définir un plan de communication : identifier les destinataires et répertorier les supports utilisables Prévoir les modalités d'analyse des divergences et de suivi des indicateurs avec les services qualité			

OBJECTIF N° 3 : GARANTIR LA CONTINUITE PHARMACEUTIQUE SUR LES PUI DU GHT				
Date validation fiche action	01/06/17	Etat d'avancement		En cours
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé			
Objectifs de l'action	Mutualiser les remplacements pour faire face aux difficultés rencontrées par les PUI des ex-hôpitaux locaux Participer à l'attractivité du territoire en proposant un exercice multi-sites			
Description de l'action	Créer un pool de remplacement de pharmaciens et de préparateurs en pharmacie			
Référents de l'action	M. DEMANGE-M. BAH-Mme SIMON			
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Réaliser une cartographie des ressources à l'échelle du GHT	mai-17	Identifier le nombre d'ETP de pharmaciens et de préparateurs en pharmacie sur chaque établissement de santé
	Etape 2	Définir les critères de remplacement ainsi que les modalités de remplacement	sept-17	Réalisation d'une étude portant sur le remplacement des pharmaciens et préparateurs en pharmacie par des professionnels en contrat à durée déterminée, l'objectif étant d'identifier les établissements qui recourent le plus aux remplacements, de valoriser le coût des remplacements et d'identifier les pistes d'action.
	Etape 3	Définir une organisation cible	déc-17	Il conviendra en premier lieu de déterminer le périmètre opportun pour définir l'organisation cible : territoire de proximité ou à l'échelle du GHT. Définir un modèle qui prenne en compte les contraintes réglementaires mais également spatiales du territoire des Vosges, Créer les outils de suivi : planning commun
	Etape 4	Mettre en œuvre le dispositif	déc-18	Constitution de l'équipe de remplacement
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/05/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires (à quantifier lorsque possible)	Ressources humaines :	A définir		
	Moyens (hors RH) :			
	SI :			
	Autres :			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Existence ou non d'un pool de remplacement			
	Nombre de professionnels qui constituent le pool de remplacement Nombre de jours de remplacements effectués par le pool de remplacement			
Points d'attention*	Décret n° 2017-883 du 9 mai 2017 modifiant les conditions d'exercice et de remplacement au sein des pharmacies à usage intérieur			

OBJECTIF N°4: MUTUALISER LES STOCKS DE MEDICAMENTS ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX A L'ECHELLE DU GHT				
Date validation fiche action	01/06/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations			
Objectifs de l'action	Promouvoir l'efficacité des organisations Gérer en commun les stocks et les échanges entre les différentes PUI Gérer en commun les plans d'urgences (Plans Blancs, Plans Attentas, EPRUS etc.) en lien avec le SDIS			
Description de l'action	Mutualiser et gérer en commun, en multi-magasins, les stocks des différentes PUI avec un logiciel commun et favoriser les échanges pour éviter les surstockages locaux et faciliter les dépannages.			
Référents de l'action	Catherine DEMANGE- Valérie LAHET- Boris SIMPLOT			
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les besoins de fonctionnalité au regard de l'existant sur les différentes PUI	août-17	Etablir la cartographie de l'existant
	Etape 2	Elaborer le plan d'action du Système d'Information commun des PUI	dec-17	Définir les collaborations possibles ou non et les besoins à couvrir
	Etape 3	Demander le financement ARS si nécessaire	janv-18	Solliciter l'ARS pour des besoins nouveaux
	Etape 4	Mise en place	dec-18	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/07/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	31/12/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires	Ressources humaines :	Temps de pharmacien		
	Moyens (hors RH) :	Etude impact et retour sur investissement possible		
	SI :	A harmoniser ou à défaut à compléter		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Besoins définis Crédits sollicités Implantation réalisée			
Points d'attention*				

OBJECTIF N°5 : MUTUALISER A L'ECHELLE DU GHT LA PREPARATION DES DOSES UNITAIRES DE MEDICAMENTS ET DES DOSES A ADMINISTRER POUR LES PATIENT				
Date validation fiche action	01/06/17	Etat d'avancement	Non débuté	
Référence aux orientations stratégiques du PMP	Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations			
Objectifs de l'action	Mutualiser la préparation de doses unitaires de médicaments et la préparation des doses à administrer aux patients. La préparation des doses unitaires peut se faire par sur-conditionnement, sans modifier la présentation industrielle, donc sans casser l'AMM et les conditions de conservation. Les modules de préparation peuvent être centralisés. Les modules de préparation des doses à administrer (PDA) doivent être au plus près des patients, sur les sites MCO et prendre en charge les EHPAD et structures d'hébergement autour de chaque site. La libération des préparateurs des tâches manuelles afférentes à la préparation des doses pourra faire avancer le projet de conciliation médicamenteuse et de gestion des stocks des unités de soins.			
Description de l'action	Gérer en commun des automates de surconditionnement des médicaments en dose unitaire et des automates de préparation des doses à administrer aux patients			
Référents de l'action	Catherine DEMANGE- Valérie LAHET- Boris SIMPLOT- Stéphane GIBAUD- Laurence SIMON			
Etapas de mise en œuvre		Nom Etape 1	Échéance prévisionnelle	Commentaire
	Etape 1	Définir les modalités d'organisation actuelle et les moyens matériels et humains affectés	aout-17	Nombre de patients par type de service, amplitudes horaires de travail, modalités de préparation des doses et de dispensation, éloignement des différents sites à desservir etc...
	Etape 2	Présenter les différentes solutions techniques et les valoriser	dec-17	Démonstration des solutions techniques, valoration du projet selon les organisations définies
	Etape 3	Solliciter l'ARS pour des crédits d'investissement ciblés	janv-18	Les ARS des autres régions ont des crédits ciblés
	Etape 4	Débuter la mise en place	dec-18	Définir les sites pilotes et démarrer la mise en place
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	01/07/2017	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle :	01/07/2018	Échéance réelle :	
Impact organisationnel et moyens nécessaires	Ressources humaines :	Temps de pharmacien		
	Moyens (hors RH) :	Etude d'impact et retour sur investissement		
	SI :	A interfacier avec le système d'information commun des PUI		
	Autres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Etudes et visites faites Dossier de financement déposé Mise en place programmée			
Points d'attention*				

V. SUIVI ET EVALUATION DU PROJET MEDICO-SOIGNANT

Le suivi du projet Médico-Soignant est pluridisciplinaire.

Il repose sur :

- Les indicateurs de résultats qualitatifs et quantitatifs définis pour chaque action, par les membres des groupes de travail ;
- Les travaux engagés par le DIM de territoire et le pôle de « coordination du parcours patient ».

VI. TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS

A. Les axes transversaux du projet médico-soignant

AXE TRANSVERSAL N°1 : DEVELOPPER LE PARTAGE DES EXPERTISES SOIGNANTES SUR LE TERRITOIRE

1. Mettre en commun les ressources d'expertises présentes au sein des établissements membres du GHT	2018	En cours
2. Partager par un dispositif de mise à disposition les personnes ressources, les connaissances et savoir-faire	2018	Non débuté

AXE TRANSVERSAL N°2 : DEVELOPPER LE SENS CLINIQUE DES PROFESSIONNELS ET DES ETUDIANTS

1. Proposer un accompagnement ou tutorat dans un parcours professionnalisant	2018	Non débuté
2. Favoriser la formation continue et la recherche en soins infirmiers	2018	Non débuté
3. Développer les analyses de pratiques professionnelles	2018	Non débuté

AXE TRANSVERSAL N°3 : DEFINIR UN SOCLE COMMUN DE VALEURS SOIGNANTES AU SEIN DU GHT

1. Identifier les valeurs portées aujourd'hui par les professionnels de santé au sein du GHT	2018	Non débuté
2. S'accorder sur un socle de valeurs partagées intégrant les valeurs d'humanité, de dignité et de bientraitance	2018	Non débuté

AXE TRANSVERSAL N°4 : PROMOUVOIR LA DEMARCHE ETHIQUE SUR LE TERRITOIRE

1. Faciliter l'accès des professionnels de santé à la réflexion éthique et aux comités éthiques existants	2018	Non débuté
---	------	------------

AXE TRANSVERSAL N°5: OPTIMISER LA FLUIDITE DU PARCOURS PATIENT SUR LE TERRITOIRE

1. Développer les outils nécessaires à la coordination inter-établissement et ville-hôpital	2018	Non débuté
---	------	------------

B. Le projet « filières et activités de soins »

La filière addictologie :

OBJECTIF N°1 : DISPOSER D'UNE STRUCTURE DE COURT SEJOUR ADDICTOLOGIQUE DE RECOURS SUR LE TERRITOIRE		
1. Permettre la reconnaissance d'une unité de court séjour de sevrages et de soins résidentiels complexes sur le CHOV	2019	Non débuté
OBJECTIF N°2 : DISPOSER D'UNE STRUCTURE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE SUR LE TERRITOIRE		
1. Permettre la reconnaissance de lits de SSR en addictologie, par transformation de lits de SSR polyvalents	2020	Non débuté
OBJECTIF N°3 : DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE		
1. Créer des places d'hospitalisation de jour en addictologie sur les Centres Hospitaliers d'Epinal et de Saint-Dié des Vosges	2020	En cours
OBJECTIF N°4 : DEVELOPPER LA CULTURE ADDICTOLOGIQUE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DU TERRITOIRE		
1. Développer la formation des professionnels paramédicaux	2018	Non débuté

La filière cancérologie

OBJECTIF N°1 : STRUCTURER LES PRISES EN CHARGE EN CANCEROLOGIE SUR LE TERRITOIRE DANS LE RESPECT DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITE ET DE GRADUATION DES SOINS		
1. Définir les parcours patients en cancérologie par spécialités et formaliser les coopérations entre les différents niveaux de prise en charge	2019	En cours
OBJECTIF N°2 : PROMOUVOIR L'EGALITE D'ACCES A DES SOINS DE QUALITE SUR LE TERRITOIRE		
1. Favoriser l'égalité d'accès des patients du territoire aux protocoles de recherche et aux innovations thérapeutiques	2018	En cours
2. Promouvoir la diffusion des bonnes pratiques sur l'ensemble du territoire	2018	Non débuté
3. Coordonner la mise en place d'actions communes pour la formation continue et le DPC des professionnels de santé	2020	Non débuté

OBJECTIF N°3 : PROMOUVOIR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE GLOBALE ET INTEGREE DES SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN CANCEROLOGIE

1. Harmoniser les pratiques sur le territoire dans la mise en œuvre des Plans Personnalisés de Soins (PPS)	2018	Non débuté
2. Développer la mise en œuvre des Plans Personnalisés de l'Après Cancer (PPAC)	2018	Non débuté

La filière cardiologie**OBJECTIF N°1 : DEFINIR UNE POLITIQUE TERRITORIALE DES EMPLOIS MEDICAUX SUR LA FILIERE CARDIOLOGIE**

1. Objectiver les besoins sur l'organisation territoriale de la filière pour assurer la continuité et la permanence des soins	2021	Non débuté
2. Définir avec le CHRU de Nancy, en première intention, une politique de gestion prospective des compétences médicales sur la filière cardiologie	2018	Non débuté

OBJECTIF N°2 : PERENNISER ET DEVELOPPER L'ACTIVITE DE RYTHMOLOGIE SUR LE TERRITOIRE EN LIEN AVEC LES PLATEAUX TECHNIQUES NANCEENS

1. Définir le positionnement et l'activité d'une USIC de territoire	2021	En cours
2. Formaliser la coopération avec les plateaux techniques Nancéens	2017	En cours
3. Renforcer l'attractivité médicale sur le GHT	2021	Non débuté

OBJECTIF N°3 : DEVELOPPER ET COORDONNER L'EDUCATION THERAPEUTIQUE HOSPITALIERE EN CARDIOLOGIE AVEC LE RESEAU DE VILLE

1. Définir un programme hospitalier d'éducation thérapeutique	2018	En cours
---	------	----------

OBJECTIF N°4: RENFORCER LES FILIERES DE MEDECINE DU SPORT ET PERENNISER LES CENTRES DE READAPTATION CARDIAQUE

1. Développer la prise en charge des préventions primaires et secondaires des pathologies cardio-vasculaires	2018	En cours
--	------	----------

OBJECTIF N°5 : DEVELOPPER ET SECURISER LES DISPOSITIFS DE TRANSMISSION D'IMAGES

1. Développer, organiser et sécuriser la transmission des images et les solutions de télé-expertise et de télé-médecine sur le territoire	2021	Non débuté
---	------	------------

La filière neurologie/AVC

OBJECTIF N°1 : CONFORTER LA PLACE DE L'UNV DE TERRITOIRE D'EPINAL DANS LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DE L'AVC

1. Répondre aux besoins de la population par la création de 5 lits supplémentaires sur l'UNV d'Epinal	2017	En cours
2. Organiser la filière "AVC" pour chaque niveau de prise en charge, dans le respect du principe de subsidiarité et de graduation des soins	2018	Non débuté

OBJECTIF N°2 : CRÉER UN POLE DE COMPETENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE TERRITOIRE

1. Conforter les compétences médicales et paramédicales de territoire	2018	Non débuté
2. Favoriser l'accès aux avis spécialisés par le développement de la téléconsultation	2019	En cours

OBJECTIF N°3 : PROMOUVOIR L'ACCES AUX CONSULTATIONS SPECIALISEES EN POST-AVC SUR CHAQUE TERRITOIRE DE PROXIMITE

1. Renforcer et développer les consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC et de suivi des AVC	2018	En cours
---	------	----------

OBJECTIF N°4 : ANTICIPER LES BESOINS DE REEDUCATION ET POURSUIVRE L'EVOLUTION DES PRISES EN CHARGE

1. Conforter les lits du SSR "affections neurologiques" de Vittel	2017	En cours
2. Développer les places d'HDJ de MPR sur le site de Golbey	2019	En cours

OBJECTIF N°5 : DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION EN SSR

1. Promouvoir la création de deux appartements thérapeutiques sur l'établissement de santé de Bruyères	2022	Non débuté
--	------	------------

OBJECTIF N°6 : ANTICIPER ET PREPARER LA SORTIE DES L'ENTREE EN COURT SEJOUR

1. Expérimenter une filière post-AVC sur le Centre Hospitalier Emile Durkheim dans le cadre de l'HAD	2018	En cours
--	------	----------

La filière gériatrique : maladie d'Alzheimer et démences apparentées

OBECTIF N°1 : ORGANISER L'ACCES A L'EXPERTISE GERIATRIQUE SUR CHAQUE TERRITOIRE DE PROXIMITE		
1. Développer les outils de télémédecine dans le champ de la psychogériatrie sur la base des expérimentations menées sur d'autres thématiques	2019	Non débuté
2. Développer l'hospitalisation programmée sur chaque territoire de proximité (HDJ et court séjour gériatrique)	2020	Non débuté
3. Développer les consultations mémoires et gériatriques avancées (Déodatie)	2020	Non débuté

OBECTIF N°2 : RENFORCER L'OFFRE DE SOINS SPECIALISES SUR CHAQUE TERRITOIRE DE PROXIMITE		
1. Permettre la reconnaissance de prises en charges spécialisées dans le champ sanitaire et médico-social (PASA et UPG sur Moyennoutier, réhabilitation UCC Golbey, UCC sur Val du Madon, SSR gériatrique sur Vittel)	2020	Non débuté
2. Développer les prises en charge en accueil de jour	2020	Non débuté

OBJECTIF N°3 : OPTIMISER LES PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES AGEES EN FAVORISANT LA CONTINUTE DES DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE		
1. Renforcer la coordination intra et extra-hospitalière (EMG)	2019	Non débuté
2. Intégrer « la coordination du parcours patient » dans la gestion des situations complexes et dans l'optimisation des parcours	2017	En cours

OBECTIF N°4 : DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION ET L'INSTITUTIONNALISATION		
1. Créer un service d'hébergement temporaire en accueil non programmé d'une capacité de 6 places sur Rambervillers	2018	En cours

OBECTIF N°5 : PROMOUVOIR LA CULTURE GERIATRIQUE SUR LE TERRITOIRE		
1. Homogénéiser et développer les bonnes pratiques gériatriques et gérontologiques sur l'ensemble du territoire	2018	Non débuté
2. Développer la recherche clinique sur le territoire	2019	Non débuté

OBJECTIF N°6 : ASSURER LA CONTINUITE DES PROJETS DE VIE ET PROJETS DE SOINS		
1. Assurer des transmissions qualitatives et un accompagnement des résidents lors de leurs hospitalisations	2018	Non débuté
2. Sensibiliser les professionnels du court séjour à la continuité du Projet de Vie individualisé et du projet de soins	2019	Non débuté

La filière « soins critiques »

OBJECTIF N°1 : ETABLIR LES PARCOURS DE SOINS TYPES D'UNE PRISE EN CHARGE GRADUEE SUR LA FILIERE "SOINS CRITIQUES"		
1. Organiser la filière "soins critiques" pour chaque niveau de prise en charge, dans le respect du principe de subsidiarité et de graduation des soins	2018	Non débuté

OBJECTIF N°2 : ANIMER ET COORDONNER LA FILIERE "SOINS CRITIQUES" SUR LE TERRITOIRE		
1. Créer la fonction d'animateur territorial de la filière "soins critiques"	2018	Non débuté

OBJECTIF N°3 : DEVELOPPER LES PROCEDURES COMMUNES RELATIVES AUX TECHNIQUES DE PRISE EN CHARGE SUR LA FILIERE "SOINS CRITIQUES"		
1. Harmoniser et formaliser les protocoles types existants	2019	En cours

OBJECTIF N°4 : DEVELOPPER ET RENFORCER LES COMPETENCES PARAMEDICALES SUR LA FILIERE "SOINS CRITIQUES"		
1. Proposer des modalités de formation continue harmonisées au sein du GHT et assurées par des personnels médicaux et paramédicaux expérimentés	2017	En cours

L'activité de prélèvements d'organes et de tissus

OBJECTIF N°1 : RENFORCER L'ACTIVITE DE PRELEVEMENTS SUR LE TERRITOIRE		
1. Définir et mettre en œuvre une politique de sensibilisation et de formation harmonisée à l'échelle du territoire	2017	Non débuté

OBJECTIF N°2 : RENFORCER LE MAILLAGE TERRITORIAL ET L'ACTIVITE DES SITES DE PRELEVEMENTS

1. Développer les sites de prélèvements de tissus par le partage des autorisations entre deux établissements de santé d'un même territoire	2018	Non débuté
2. Promouvoir le recensement des donneurs potentiels sur les ex-hôpitaux locaux	2019	Non débuté
3. Diversifier les prélèvements de tissus sur le Centre Hospitalier d'Epinal	2020	Non débuté

OBJECTIF N°3 : PROMOUVOIR LE RECOURS A LA COORDINATION HOSPITALIERE ET A UN AVIS MEDICAL 24h/24 SUR LE TERRITOIRE

1. Formaliser et diffuser les modalités de recours à la coordination hospitalière et à un avis médical 24h/24	2018	En cours
---	------	----------

OBJECTIF N°4 : CONSTRUIRE UNE EQUIPE PARAMEDICALE ELARGIE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PRELEVEMENTS MULTI-ORGANES SUR LE TERRITOIRE

1. Elargir l'accès de l'activité des PMO aux IBODE-IADE des autres établissements MCO	2018	Non débuté
---	------	------------

La filière urgences**OBJECTIF N°1 : OPTIMISER LES TRANSPORTS SECONDAIRES INTERHOSPITALIERS MEDICALISES ET/OU PARAMEDICALISES**

1. Mutualiser les transports secondaires sur chaque territoire de proximité afin de limiter l'impact sur le fonctionnement des urgences et de maintenir une prise en charge sécuritaire des patients	2017	En cours
--	------	----------

OBJECTIF N°2 : CRÉER UNE EQUIPE TERRITORIALE DE REGULATION DU SAMU 88

1. Développer la participation des urgentistes des établissements MCO des Vosges au fonctionnement du SAMU 88	2017	En cours
---	------	----------

OBJECTIF N°3 : FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS DANS LES SERVICES D'URGENCES

1. Développer les prises en charge directes en HAD depuis les services d'urgences et les UHTCD	2018	Non débuté
3. Favoriser les transferts des patients des services d'hospitalisation de court séjour vers les SSR dès le matin	2018	Non débuté

OBJECTIF N°4 : DEVELOPPER LES FILIERES DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES		
1. Définir les filières de prise en charge en chirurgie ambulatoire aux urgences	2018	Non débuté
2. Développer et harmoniser les filières de prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité (gériatrie, addictologie, psychiatrie adulte, périnatalité)	2018	Non débuté

OBJECTIF N°5 : DEFINIR UNE POLITIQUE TERRITORIALE DE GESTION DES EMPLOIS MEDICAUX SUR LA FILIERE "URGENCES"		
1. Objectiver les besoins sur l'organisation territoriale de la filière pour assurer une couverture sécurisée et de qualité	2017	Non débuté
2. Définir avec le CHRU une politique de gestion prospective des compétences médicales sur la filière "urgences"	2018	Non débuté

OBJECTIF N°6 : PROMOUVOIR LA FORMATION ET LE PARTAGE D'INFORMATION DES EQUIPES D'URGENCES SUR LE GHT		
1. Harmoniser et mutualiser les formations à l'échelle du GHT	2017	Non débuté
2. Développer l'accès à l'information et les échanges de pratiques sur le GHT	2017	Non débuté

C. Les projets médico-techniques

Le projet de biologie

OBJECTIF N°1 : PROMOUVOIR UNE MUTUALISATION PROGRESSIVE DES ASTREINTES DE BIOLOGIE AU SEIN DU GHT		
1. Mettre en œuvre une mutualisation des astreintes entre les établissements d'Epinal - Remiremont - St-Dié-des-Vosges	2021	Non débuté

OBJECTIF N°2 : FAVORISER LA COMPLEMENTARITE ENTRE LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE DU GHT		
1. Réorganiser l'activité de biologie au sein du GHT	2018	En cours

OBJECTIF N°3 : DEVELOPPER L'ACTIVITE DE BIOLOGIE MEDICALE PUBLIQUE SUR LE TERRITOIRE		
1. Etudier par territoire de proximité les possibilités de reprise totale ou partielle de l'activité des ex-hôpitaux locaux	2018	Non débuté

Le projet de radiologie conventionnelle

OBJECTIF N°1 : MUTUALISER LES ASTREINTES D'IMAGERIE MEDICALE A L'EHELLE DU GHT		
1. Mettre en place une astreinte commune concernant l'activité de scanner, du lundi au vendredi et de 18h à 24h	2017	En cours
OBJECTIF N°2 : ELABORER DES PROTOCOLES COMMUNS		
1. Standardiser la prescription d'examen d'imagerie et les protocoles d'examen de 18h à 24H dans le cadre de la permanence des soins commune entre les établissements des Vosges	2017	En cours
OBJECTIF N°3 : ELABORER UN PROJET D'IMAGERIE TERRITORIAL		
1. Favoriser l'engagement dans une carrière hospitalière	2017	Non débuté
2. Fidéliser les radiologues qui travaillent à l'hôpital	2017	Non débuté
3. Améliorer les conditions de travail	2017	Non débuté
4. Anticiper les besoins	2018	Non débuté

Le projet pharmaceutique

OBJECTIF N°1 : DEFINIR UNE POLITIQUE TERRITORIALE DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES A L'EHELLE DU GHT		
1. Créer et mettre en œuvre une Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles Territoriale (COMEDIMST)	2017	En cours
OBJECTIF N°2 : SECURISER LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT LORS DU PARCOURS DE SOINS		
1. Définir les modalités de mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse sur les établissements de Santé du GHT Vosges	2018	En cours
OBJECTIF N°3 : GARANTIR LA CONTINUITE PHARMACEUTIQUE SUR LES PUI DU GHT		
1. Créer un pool de remplacement de pharmaciens et de préparateurs en pharmacie sur le GHT	2018	En cours

OBJECTIF N°4 : MUTUALISER LES STOCKS DE MEDICAMENTS ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX A L'ECHELLE DU GHT

1. Mutualiser et gérer en commun, en multi-magasins, les stocks des différentes PUI	2018	Non débuté
---	------	------------

OBJECTIF N°5 : MUTUALISER A L'ECHELLE DU GHT LA PREPARATION DES DOSES UNITAIRES DE MEDICAMENTS ET DES DOSES A ADMINISTRER POUR LES PATIENTS

1. Gérer en commun des automates de sur conditionnement des médicaments en dose unitaire et des automates de préparation des doses à administrer aux patients	2018	Non débuté
---	------	------------

ANNEXE : Courrier du Directeur Général de l'ARS Grand Est, en date du 21 mars 2017, portant sur l'approbation de l'avenant n°1 à la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges et l'analyse du Projet Médical Partagé en cours.

	
Direction Générale	Le Directeur Général de l'ARS
Service émetteur : DOS – SA2	A
Affaire suivie par : Anne-Sophie THOMAS	Monsieur le Directeur du CH Emile Durkheim Etablissement support du GHT des Vosges 3, avenue Robert SCHUMAN 88 000 Epinal
Courriel : anne-sophie.thomas@ars.sante.fr Tél : 03 83 39 30 16	
	
	Nancy, le 21 MARS 2017
<p>Lettre recommandée avec accusé de réception</p> <p>Objet : approbation de l'avenant n°1 à la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges et analyse du Projet médical partagé en cours</p> <p>P.J : Arrêté</p> <p>Monsieur le Directeur,</p> <p>Vous m'avez transmis l'avenant à la convention constitutive du GHT n°8, reprenant les éléments permettant de vous conformer aux textes législatifs et réglementaires, signé par l'ensemble des directeurs des établissements membres de ce groupement et je vous adresse en retour l'arrêté l'approuvant.</p> <p>Conformément aux dispositions de l'article 5 I-2° du décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers, j'ai également reçu les objectifs et l'organisation par filières de votre projet médical partagé. Ces documents ont servi de base à l'échange qui s'est tenu le 9 février 2017 en présence de la Direction de l'offre sanitaire, de la Délégation Départementale des Vosges et des établissements parties au GHT 8.</p> <p>L'Agence Régionale de Santé Grand Est a défini en lien avec la FHF GE quatre filières prioritaires. Parmi celles-ci, celles relatives aux urgences et à la cancérologie ont été traitées, caractérisées dans leur ensemble et s'inscrivant dans une démarche commune.</p> <p>Pour la filière santé mentale, le GHT n°8 se caractérise par l'absence d'établissement spécialisé en son sein ; pour autant, la prise en charge des patients de ce territoire est assurée par le CH de Ravenel, avec lequel une convention de partenariat est prévue. Des échanges entre le GHT et cet établissement ont permis de travailler sur cette filière, devra apparaître de manière plus formalisée dans le projet médical partagé V3.</p> <p>Concernant la filière périnatalité, elle n'a pas été traitée, considérant que l'essentiel du travail relevait du projet médical commun entre le CH Emile Durkheim d'Epinal et le CH de Remiremont. Si cette réflexion constitue en effet un élément majeur qui a vocation à s'insérer dans le projet médical partagé, il n'en demeure pas moins que le GHT dans son ensemble doit se saisir de la filière périnatalité et, au-delà du travail mené par les deux établissements précités, initier une démarche commune de réflexion sur celle-ci.</p> <p>Au-delà de ces éléments, plusieurs points de réflexion ont été soulevés lors de cette rencontre, qui justifient d'être poussés plus avant dans la perspective de production du projet médical partagé V3 :</p> <ul style="list-style-type: none">- sur la filière urgences, vous avez initié une réflexion intéressante sur la mutualisation des moyens nécessaires à l'organisation des transports médicalisés secondaires.	
<small>Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX - Standard régional : 03 83 39 30 30</small>	

- sur la filière soins critiques, vous avez mis en avant la nécessaire articulation entre les unités de surveillance continue non adossées à une réanimation et ces derniers services.
- sur la filière neuro-AVC, les questions de formation des personnels médicaux et plus largement de démographie médicale, renvoient au projet médical commun entre les CH d'Epinal et de Remiremont, projet qui a vocation à enrichir la réflexion autour du PMP.
- sur la filière cardiologie, votre réflexion vise à conforter l'offre existante et à la développer notamment dans le champ de la rythmologie. Le lien doit se faire dans le cadre des travaux du PRS2.
- l'organisation ad hoc que vous envisagez pour les prélèvements d'organes, doit être réfléchi en cohérence avec l'organisation régionale et en lien avec l'Agence de Biomédecine.

Pour plusieurs filières en cours de sélection avec la FHF Grand Est, et afin de s'assurer de la cohérence des travaux menés sur le futur PRS avec les filières décrites dans les PMP, j'envisage des échanges avec les pilotes des groupes de travail de l'ARS. Le format vous sera précisé à l'issue du comité régional de suivi des GHT du 6 avril prochain.

En outre, je vous invite à vous rapprocher du CHRU de Nancy afin bâtir la future convention d'association qui doit permettre de préciser notamment les notions de référence et de recours au sein du territoire. L'échéance du 30 juin 2017 s'impose en cohérence avec les PMP.

Vous veillerez comme la loi le prévoit à me transmettre un nouvel avenant comprenant la version finale du PMP d'ici le 30 juin 2017 après avis des instances des établissements parties au GHT.

De manière générale, la qualité des documents transmis démontre la réalité de la dynamique enclenchée entre les membres du GHT. Je tiens à ce stade à saluer tous les travaux menés dans un calendrier contraint et remercier l'ensemble des équipes qui y participent avec implication.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Christophe LANNELONGUE