



PROJET MEDICAL

Territoire
AMBERT – THIERS

2012 - 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	page 1
GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES	page 2
MEDECINE – ONCOLOGIE – GERIATRIE – SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION	page 18
CHIRURGIE – G.C.S.	page 39
GYNECOLOGIE – OBSTETRIQUE – CENTRE PERINATAL DE PROXIMITE	page 45
URGENCES/SMUR – UNITE D’HOSPITALISATION DE COURTE DUREE – ANESTHESIE ET SURVEILLANCE CONTINUE	page 50
PSYCHIATRIE ADULTES – ADDICTOLOGIE	page 60
PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE	page 75
SOINS PALLIATIFS	page 83
PHARMACIE	page 88
RADIOLOGIE	page 100
QUALITE ET SECURITE DES SOINS	page 112
ORGANISATION EN POLES - PARCOURS DE SOINS	page 117
ANNEXE SPECIFIQUE C.L.I.N.	page 119
GLOSSAIRE	page 124

INTRODUCTION

Le territoire Thiers Ambert constitue l'Est du département du Puy-de-Dôme et compte 59 061 habitants au 1^{er} janvier 2006. Il s'étend essentiellement le long de la vallée de la Dore, bordé à l'Est par les monts du Livradois Forez. Les arrondissements de Thiers et d'Ambert réunis totalisent 87 034 habitants en 2008.

Le Sud du territoire est particulièrement enclavé avec des voies de communication difficiles. C'est une zone rurale avec deux villes de taille moyenne, Ambert au Sud et Thiers au Nord. Cette population, parfois défavorisée, a un recours aux soins nettement inférieur à la moyenne régionale et nationale.

Il n'existe que deux établissements sanitaires dotés d'un plateau technique sur le territoire, les Centres Hospitaliers de Thiers et d'Ambert.

Peu de médecins spécialistes sont implantés, et plusieurs zones du territoire sont fragilisées pour l'implantation de médecins généralistes.

L'attraction de la capitale régionale Clermont-Ferrand, fortement dotée en établissements de santé, se manifeste par un fort taux de fuite de la patientèle.

A la lumière de la fragilité du système de soins sur ce territoire, et des recommandations du SROS Auvergne 3^{ème} révision d'octobre 2009, les deux Commissions Médicales des deux établissements ont tenu à marquer par un symbole fort leur attachement au besoin de santé publique sur ce territoire.

Les communautés médicales des Centres Hospitaliers de Thiers et d'Ambert ont donc décidé de présenter un projet médical commun qui leur paraît seul à même de répondre à l'enjeu que constitue le système de soins sur le territoire de santé.

Des déclinaisons pour chaque établissement ont bien évidemment été effectuées lorsqu'elles étaient nécessaires, mais seulement pour une partie faible dans un projet qui se veut global et à l'échelle du territoire.

C'est donc dans cet esprit que chaque chapitre de ce texte a fait l'objet de réunions communes des deux Commissions Médicales, et d'une rédaction commune.

Les praticiens des deux établissements espèrent par ce texte contribuer à la mise en place d'un système de santé cohérent localement et apporter une aide décisionnelle aux différentes autorités administratives et aux tutelles, ainsi qu'aux représentants élus des habitants.

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET LES PRINCIPALES LIGNES DIRECTRICES DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Au niveau institutionnel, et à l'issue des nombreuses réunions qu'a nécessité la rédaction du projet médical commun aux deux établissements, les deux communautés médicales ont estimé qu'un approfondissement des liens entre les deux centres hospitaliers était nécessaire.

Les deux CME recommandent donc pour des raisons de simplification des décisions et d'atteinte d'une taille critique une fusion des deux établissements de santé.

Pour ce qui est de l'orientation stratégique de l'établissement de santé résultant de cette fusion, la communauté médicale se positionne fortement pour la poursuite d'une activité MCO sur le territoire de santé conformément au SROS.

Dans l'intérêt des patients, le principe d'une mobilité des personnels médicaux entre les deux sites plutôt que le déplacement des patients est l'option choisie sur ce territoire où les moyens de transport sont difficiles en raison de la géographie, et la population âgée. Evidemment, ce principe n'est appliqué qu'en cohérence avec la qualité et la sécurité de la prise en charge. Ceci implique donc la poursuite de l'activité MCO sur les deux sites existants avec une répartition des activités et une gradation dans le recours aux soins qui a commencé à être mise en place et doit être poursuivie.

Les hôpitaux d'Ambert et de Thiers se structurent autour des différentes activités :

- Médecine polyvalente et filière gériatrique,
- Chirurgie (viscérale et orthopédique),
- Prise en charge des malades en situation critique,
- Pôle mère-enfant,
- Santé mentale,
- Prestations médico-techniques.

Dans le cadre de ces activités, en transversal, doivent être organisés :

- Le développement de l'ambulatoire,
- Le développement de la cancérologie.

1. L'activité de médecine se structure autour de cinq axes forts:

Un développement de l'activité de **gérontologie** liée au vieillissement de la population du territoire doit être mis en place.

Après la réorganisation nationale des USLD, le développement de la filière gériatrique doit être renforcé, en proposant :

- des consultations précoces de gériatrie, des consultations mémoire,
- une équipe mobile de gériatrie sera maintenue ou mise en place sur chaque site (avec des éléments d'organisation communs tels numéros de téléphone, coordination, ...) pour une meilleure évaluation des besoins des personnes âgées et pour la coordination du bilan d'évaluation gériatrique,
- la prise en charge des personnes âgées en ambulatoire,
- le développement du court séjour gériatrique,
- des structures spécifiques d'aval en parallèles, avec moyen séjour gériatrique, PASA, EHPAD, USLD, UHR, voire la géronto-psychiatrie par exemple ; la prise en charge en centre d'accueil de jour (CLARA à Ambert et projet dans le cadre de la convention tripartite à Thiers) sera développée sur chaque site,
- la coordination des professionnels hospitaliers, médico-sociaux et libéraux.

Par la présence de médecins reconnus en **cancérologie** et vu l'accroissement des maladies tumorales liées à l'âge, les deux sites désirent développer cette activité; essentiellement par une mise en commun des compétences, avec toujours à l'esprit la prise en charge des patients sur les deux sites au plus près de leur domicile, en ambulatoire.

Une activité de soins palliatifs sera confortée sur chaque site avec création ou extension du nombre de lits identifiés.

Une équipe mobile commune de soins palliatifs et de lutte contre la douleur sera maintenue avec une antenne mise en place sur chaque site.

Le troisième axe fort de la réflexion est la réorganisation des services de **médecine** en médecine polyvalente et interne, avec des consultations spécialisées de cardiologie, hépato gastroentérologie, diabétologie, etc... L'activité de **dialyse** est maintenue sur les deux sites.

L'activité d'hospitalisation de jour permet d'effectuer les chimiothérapies, les endoscopies bronchiques, digestives et urinaires, les bilans de médecine interne, les bilans gériatriques de jour, certains traitements telles transfusions sanguines ...

Dans la logique de la réforme nationale en cours sur les **SSR**, les deux établissements se positionnent sur des services non spécialisés à orientation gériatrie et addictologie, et projettent une augmentation du nombre de lits sur le territoire qui est sous doté, avec environ 40 à 50 lits à terme sur chaque site, conformément à la demande de l'ARS d'étoffer les places de moyen séjour.

Les deux établissements souhaitent finaliser leur projet d'**HAD** commun avec le Centre Hospitalier de Vichy afin que cette activité vitale, implantée en janvier 2011 à Thiers, s'étende au territoire d'Ambert, pour désengorger les services hospitaliers.

2. L'activité de chirurgie se réorganise sur les deux sites et s'enrichit d'axes nouveaux :

L'activité chirurgicale doit être modernisée afin d'atteindre pour l'établissement résultant les seuils d'activité nationaux actuellement en cours de détermination.

L'activité de chirurgie de spécialités doit être développée, face à une demande de plus en plus faible de la population pour de la chirurgie générale.

- chirurgie viscérale, chirurgie bariatrique,
- chirurgie urologique,
- chirurgie traumatologique et orthopédique,
- chirurgie gynécologique (cf chapitre gynécologie obstétrique).

En ce qui concerne la Chirurgie du territoire, dans le cadre du GCS Ambert-Thiers, le plateau technique de Thiers doit être modernisé (locaux annexes et trois salles de bloc, procédures de fonctionnement). La chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation ambulatoire en général sont insuffisantes sur les deux établissements et doivent être développées. Les consultations chirurgicales et gynécologiques permettent d'envisager un regroupement de ces actes sur quelques demi-journées hebdomadaires à Ambert.

Sur le site de Thiers, seront réalisées la chirurgie lourde du territoire Thiers-Ambert et la chirurgie ambulatoire du secteur de Thiers. Cette chirurgie ambulatoire doit être optimisée avec la

réalisation d'actes tels ablation de vésicules, cures de hernies, hystérocopie, ablations de kystes de l'ovaire, par technique mini-invasive (coelioscopie). Le recrutement récent d'un chirurgien spécialisé dans la coelioscopie et la chirurgie bariatrique permet d'envisager une optimisation de cette activité.

Après structuration de l'activité du bloc opératoire de Thiers, une place doit être envisagée à de nouvelles activités d'ambulatoire, telles l'ORL, l'ophtalmologie, l'angiologie, ...

Le site d'Ambert réservera son plateau technique aux actes d'endoscopie et à la chirurgie ambulatoire (« petite chirurgie ») des patients de son secteur, au moins deux jours par semaine, afin d'optimiser les moyens humains et matériel.

Le service de chirurgie du CH d'Ambert sera organisé avec une activité de chirurgie post-opératoire de courts séjours afin d'accueillir les patients du bassin Ambertois qui auront été opérés à Thiers ou dans les hôpitaux ou cliniques de proximité. Cette réorganisation impliquera une modification des effectifs médicaux budgétés.

L'activité de gynécologie obstétrique est pérennisée :

Le recrutement de chirurgiens spécialistes permet d'envisager un développement de la chirurgie Gynécologique sur les deux sites avec essentiellement de la chirurgie ambulatoire sur le site d'Ambert et la réalisation de la chirurgie lourde sur le site de Thiers, en cohérence avec l'utilisation du plateau technique ambertois. En effet, l'offre de soins en gynécologie sur le territoire ambertois est exclusivement assurée par les praticiens thiernois à hauteur de 4 demi-journées hebdomadaires.

Le vieillissement de la population implique un nombre croissant de pathologies gynécologiques relevant d'une sanction chirurgicale (prolapsus uro-génitaux, kystes annexiels, pathologies fonctionnelles comme l'incontinence urinaire, etc...).

Au niveau obstétrical, la pérennisation du CPP d'Ambert devrait permettre une montée en charge de la maternité de Thiers, pour atteindre 600 accouchements par an d'ici cinq ans.

Actuellement, 9 postes ETP de sages-femmes sont budgétés. Les besoins de développement fixés (consultations de grossesse, rééducation pelvi-périnéale, cours de préparation à l'accouchement, implication plus importante en PMI) nécessitent une réévaluation des moyens humains.

L'établissement est en cours de réflexion quant à un important recrutement potentiel en carcinologie mammaire. Plusieurs pistes sont envisagées : collaboration avec le service de radiologie de

l'établissement et les intervenants libéraux (les repérages pré-opératoires stéréotaxiques et prélèvements biopsiques), et convention avec le Centre Jean Perrin pour que les chirurgiens gynécologues de Thiers y opèrent leurs patientes. Selon l'organisation de l'hôpital de jour, les traitements de chimiothérapies et les interventions de reconstruction pourront se réaliser au CH de Thiers.

L'optimisation des activités dans un but d'amélioration de l'offre de soins nécessite une amélioration de l'occupation des salles de consultations des différents intervenants (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, psychologues) et une réorganisation architecturale des locaux existants. Cela permettra un raccourcissement des délais d'attente et de rendez-vous.

L'offre de soins médico-chirurgicaux s'axe sur la pérennisation et le renforcement d'activités existantes en s'efforçant d'introduire de nouvelles activités pourvoyeuses d'améliorations notables de la prise en charge (chirurgie minimale invasive, raccourcissement des durées d'hospitalisation, promotion de la chirurgie ambulatoire, etc...). Cela permet également une optimisation du recrutement de la patientèle. Les formations permanentes aux nouvelles technologies représentent la pierre angulaire de l'ensemble de ces objectifs.

La tenue de la réunion du cercle des gynécologues obstétriciens des hôpitaux périphériques auvergnats en Septembre 2009 et de la réunion du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne à Thiers traduit le dynamisme de l'équipe médicale qui a à cœur de maintenir la collaboration avec le CHRU et les autres établissements de la région Auvergne.

Il est également nécessaire de permettre aux patientes présentant un handicap (sensoriel, moteur) de pouvoir bénéficier d'une prise en charge de qualité (accueil, formation du personnel, accessibilité et adaptation des locaux).

Une collaboration est également en cours avec le Conseil Régional dans la réalisation de livrets d'information patientes bilingues.

Compte tenu des données de démographie médicale (départ prochain à la retraite de certains praticiens) et de modifications de fonctionnement de l'offre de soins sur le bassin vichyssois (rapprochement entre l'hôpital et la clinique), de nouvelles perspectives s'offrent aux deux centres hospitaliers en matière d'attractivité vers l'ouest du département. La prise en compte de ces données épidémiologiques du secteur sanitaire, en évolution permanente, devraient ainsi contribuer à une analyse continue du rayon d'attractivité du service de gynécologie-obstétrique.

Ce constat nécessite le renforcement des activités existantes tout en promouvant l'émergence d'activités nouvelles.

Le recours aux pédiatres du CH de Vichy dans le cadre d'une convention de mise à disposition, après transfert du poste du CH de Thiers, permet de pérenniser cette activité dans le service de maternité. Les consultations externes de pédiatrie seront renforcées au travers de cette collaboration dans la mesure où cette offre de soins n'existe plus en pratique de ville depuis le départ à la retraite de la seule pédiatre du secteur. De plus ce rapprochement permettra de conforter l'équipe de pédiatrie constituée actuellement de deux pédiatres, assurant in fine la bonne continuité des soins en néonatalogie notamment.

3. *La psychiatrie adultes et la pédopsychiatrie s'organisent sur les deux sites :*

Le service de **Psychiatrie d'adultes** du Centre Hospitalier de Thiers est responsable d'un des neuf secteurs du département du Puy-de-Dôme (63G01). Dans sa dimension hospitalière, il accueille aussi les patients en provenance du secteur d'Ambert (63G02) du fait de l'absence d'un dispositif d'hospitalisation temps plein au Centre Hospitalier d'Ambert.

La mission d'un service de Psychiatrie est d'assurer la prise en charge psychiatrique, pour les patients d'une aire géographique donnée (environ 60 000 habitants à partir de 2006, avec les nouveaux découpages en territoires de santé), dans une volonté de spécificité des techniques employées, et de continuité des soins.

Le projet médical de la Psychiatrie est donc centré sur la mise en œuvre d'unités fonctionnelles spécifiques, pour une meilleure visibilité des possibilités de soins, des propositions de prises en charge plus particulières et plus différenciées, et une meilleure intégration au sein de l'établissement hospitalier par l'amélioration de l'interface avec les services des Urgences, de Médecine, de Chirurgie, de Gynéco-obstétrique et de Gériatrie.

La perspective élaborée par l'Agence Régionale de Santé est celle de la création d'un territoire de santé Thiers-Ambert et d'un Groupement de Coopération Sanitaire Thiers-Ambert. Cette mise en place d'un unique secteur de santé mentale impose l'intégration des deux secteurs initiaux, qui dépend étroitement de l'organisation administrative future des deux hôpitaux.

La réalisation du projet architectural sur le Centre Hospitalier de Thiers est structurante. Ce projet sous-tend le développement d'alternatives à l'hospitalisation, dans des conditions adaptées, en particulier le développement d'un plateau technique d'activités permettant un accueil en hôpital de jour mieux identifié dans le

service, par rapport à l'existant. Ceci représente un objectif important, qui permettra l'évolution des modalités de prise en charge de l'hospitalisation complète vers des hospitalisations à temps partiel.

La coopération avec le service de psychiatrie adulte du Professeur Llorca doit faciliter des recrutements pour une équipe commune permettant le maintien de l'activité sur la région ambertoise après la mise à disposition des postes du CH d'Ambert au CH de Thiers.

Sur le territoire et à la lumière de nouveaux recrutements médicaux, dans la suite du plan national, un développement de l'activité d'addictologie est envisagé sur une autorisation de médecine sur les deux sites.

Une prise en charge psychiatrique des personnes âgées est envisagée dans une unité de médecine géro-psi-chiatrique.

En **pédopsychiatrie**, la poursuite du renforcement de l'activité sur le site principal de Thiers en collaboration avec l'équipe du CHRU a permis le recrutement de nouveaux praticiens afin d'assurer des consultations sur le site d'Ambert.

En 2006, le SROS III a induit un nouveau découpage régional en territoires de santé « qui ne se superpose pas aux anciens secteurs de psychiatrie et impose l'élaboration d'une nouvelle organisation de la prise en charge psychiatrique ». Le SROS recommande en outre de « favoriser le travail en réseau dans le champ de la psychiatrie infanto-juvénile dont l'articulation est indispensable avec le secteur sanitaire, le secteur médico-social, l'Éducation Nationale, la justice ».

La ville de Thiers est au centre du territoire de santé « Thiers – Ambert ». La population de moins de 18 ans représente 13 000 personnes dont 3 940 enfants de 5 à 10 ans. (Recensement de la population 2006)

L'activité du Service de PEA, renforcée et restructurée autour de ces 2 unités (Thiers-Ambert, d'une part, Cournon de l'autre) doit permettre, dans ces deux territoires aux besoins insuffisamment pourvus, compte tenu de leurs particularités socio-économiques (territoire de Thiers-Ambert) et démographiques (secteur de Cournon), une politique de prévention précoce orientée sur la petite enfance d'une part, et la mise en place d'un dispositif de soins et de prévention spécifiquement adapté aux adolescents de l'autre.

Actuellement, le CMPEA de Thiers est la seule structure disponible pour cette jeune population qui peut bénéficier de soins ambulatoires. Cependant, le CMPEA n'a pas de dispositif de soins pour les patients nécessitant une prise en charge plus

intensive : l'hôpital de jour le plus proche est celui du CHRU de Clermont-Ferrand. Cet hôpital de jour à Thiers s'inscrit en complémentarité du CMPEA et répond aux besoins des patients souffrant de troubles plus sévères.

4. L'activité d'urgences/SMUR et d'anesthésie surveillance continue est indispensable sur les deux sites :

L'accueil et le traitement dans **les 2 services d'urgences** se révèlent de plus en plus nécessaires à plusieurs titres pour :

- ne pas pénaliser des populations enclavées et vieillissantes ;
- permettre une PEC la plus précoce possible des urgences "vraies" (AVC, syndrome coronarien, pathologies neurochirurgicales ...) selon les recommandations nationales et internationales ;
- permettre une collaboration étroite avec la PDS : faute de structure type SOS sur tout le territoire, de 24 heures à 8 heures du matin, seuls ces 2 services symbolisent la présence médicale ;
- permettre l'accueil H 24 des patients, pour un bilan aussi exhaustif que possible, notamment pour les personnes âgées peu mobiles ;
- favoriser une orientation précoce des urgences chirurgicales vers le praticien le plus adapté en médicalisant si besoin le transport.

Les 2 lignes de garde se trouvent pleinement justifiées H 24, avec la nécessité de renforcer la présence paramédicale, notamment nocturne.

Des conventions de PEC spécialisées sont établies entre les 2 sites et le CH de Vichy, le CHRU de Clermont Ferrand, voire Lyon pour les grands brûlés.

A ce titre, l'absence de scanner à Ambert ne correspond pas aux recommandations de l'HAS.

L'activité des 2 équipes de SMUR est indissociable et complémentaire de la PEC des urgences, en amont de celles-ci, afin :

- d'effectuer les premiers soins urgents, d'autant que le plateau technique d'Ambert ne permet plus la PEC des urgences chirurgicales ni gynéco-obstétricales,
- d'assurer un transport médicalisé rapide sur d'autres plateaux techniques, le cas échéant, y compris en secondaire surtout pour Ambert.

Il faut donc assurer une dotation H 24 séniorisée du SMUR d'Ambert, actuellement sous doté financièrement.

L'activité de l'UHCD d'Ambert doit être maintenue et renforcée, vu son succès ; celle de Thiers est encore à l'état de projet, faute de moyens humains, et ne permet pas de jouer son rôle au sein de l'établissement, particulièrement en évitant les hospitalisations de longue durée.

La stabilisation de **l'équipe d'anesthésie**, par le biais du rapatriement des postes ambertois à Thiers, autorise une présence H 24 aussi bien en soins continus qu'au bloc obstétrical et chirurgical, et l'amélioration de la PEC des patients en ambulatoire (ALR, ...) est en adéquation avec les futures exigences.

La présence d'un **dépôt de sang**, sous la responsabilité des anesthésistes et IADE, au sein des deux établissements (dépôt d'urgence à Ambert et dépôt attributeur à Thiers), permet de sécuriser la prise en charge des patients.

L'activité du **service de soins continus** de 6 à 8 lits est parfaitement adaptée à la demande du territoire, aussi bien pour les détresses vitales de personnes âgées (VNI+++) que les intubations de courtes durées (TS, Alcoolisation).

5. Les services de pharmacie souhaitent évoluer :

La coopération entre les pharmaciens de Thiers et Ambert s'exerce depuis 2006 avec efficacité dans le cadre du **groupement de commandes interdépartemental d'Auvergne**. Il permet la massification et l'homogénéisation des référencements des médicaments et dispositifs médicaux dans les établissements concernés, générant ainsi des économies par diminution des prix unitaires. La création du comité technique du groupement, dynamique et motivé, mené par le coordonnateur pharmacien du CH de Thiers, permet la centralisation de protocoles médico-pharmaceutiques appliqués dans tous les établissements adhérents, pour les mettre en commun, voire les uniformiser, en liaison constante avec toutes les équipes (via la création d'un site internet).

Parallèlement, sur le territoire Thiers-Ambert, la coopération entre les 2 établissements de santé s'est poursuivie en juillet 2008 avec la mutualisation des chirurgiens et des anesthésistes. Cette nouvelle organisation sur les 2 établissements a incité les pharmaciens à uniformiser les références et les pratiques, selon les mêmes protocoles, au sein de chaque centre hospitalier.

L'objectif des deux pharmaciens est d'assurer une qualité optimale du service rendu dans la participation à la prise en charge globale du patient dans le respect des contraintes budgétaires et réglementaires.

Il est donc nécessaire de mettre en place et entretenir un système d'assurance qualité des processus et parallèlement d'optimiser le fonctionnement interne des deux pharmacies pour gagner le temps nécessaire aux actions en faveur des patients et des acteurs des services de soins.

Ce projet tentera de mettre en avant les nombreux avantages de la création d'une unité juridique commune fonctionnant sur 2 sites, avec présence obligatoire de pharmaciens sur ces deux sites.

Les **enjeux de cette fusion** de pharmacie sur le territoire Thiers-Ambert sont nombreux et peuvent, en priorité, se décliner ainsi :

- seuils à partir desquels certaines activités sont autorisées (ex. : chimiothérapies anticancéreuses, chirurgie...) [répartitions d'activité sur un territoire de santé définies par les SROS],
- groupements de coopération sanitaire de territoire entre les CH de Thiers et d'Ambert, et conventions de coopération avec les établissements de territoire incluant EHPAD, établissements médico-sociaux, PSPH ou privés..., avec ou sans PUI,
- augmentation des investissements hospitaliers en matière d'informatisation des systèmes de production de soins,
- évolution de la gestion prévisionnelle des risques,
- qualité de prise en charge des patients et utilisation optimale des ressources,
- attentes des usagers en matière de protection et de prise en charge : accès à l'innovation, réduction et prévention des risques iatrogènes,
- vieillissement de la population,
- promotion de l'efficacité des pratiques dans tous les secteurs,
- évolution de la définition de rôles propres et délégués des préparateurs en pharmacie hospitalière.

La valeur ajoutée des prestations pharmaceutiques s'explique par une vision transversale des activités de l'établissement et la pluralité des compétences des pharmaciens au sein des centres hospitaliers :

- une tradition de travail en réseau : groupements de commandes et coordination de son comité technique, coopérations pour la préparation des dispositifs médicaux stériles,

- travaux pluridisciplinaires au sein des sous-commissions de la CME, travaux des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT), travaux au sein du réseau de cancérologie ONCAUVERGNE, participation au COPIL CBUMPP, ...,
- une culture de la qualité et de l'évaluation,
- des référentiels de bonnes pratiques existant depuis plusieurs années,
- une culture de gestion des risques et des non conformités dans les circuits des produits de santé,
- une habitude des réformes, des dispositions réglementaires, des inspections,
- un réseau associatif de formation continue.

Ce dossier est élaboré à partir des textes réglementaires en vigueur et des projets de législation en relecture, encadrant la pharmacie hospitalière. Un projet à court terme de partage d'activités, consolidé par convention inter-établissements, envisage l'activité de stérilisation par la PUI du CH de Thiers. L'élaboration des préparations des cytotoxiques par la PUI du CH d'Ambert est à l'étude, ce projet-là étant fonction de l'activité exponentielle de l'oncologie à Thiers, avec le recrutement d'un nouvel oncologue en poste partagé avec le CHRU.

6. La radiologie doit se structurer en complémentarité :

L'intégration de l'imagerie dans le groupement de coopération sanitaire de moyens déjà en place doit être une des réponses au manque d'effectif médical par mutualisation par la télémedecine des ressources actuelles et futures des deux unités.

La consolidation des relations avec le cabinet privé de Thiers peut être une réponse à une partie des besoins en imagerie exprimée entre autres dans le projet de Gynécologie Obstétrique.

L'existant doit être développé. En particulier, les délais de consultations externes des cabinets privés pour le scanner de Thiers sont trop importants et l'activité de consultations externes publiques doit être développée. Pour cela, du temps médical supplémentaire est nécessaire.

Dans le cadre de l'intégration de l'activité de radiologie au GCS de chirurgie Thiers-Ambert, une équipe de radiologie commune devra permettre de recruter de nouveaux praticiens et de mutualiser par télémedecine les moyens médicaux du territoire.

L'évolution des techniques médicales rend de plus en plus difficile l'exercice d'une activité hospitalière sans haute technologie sur le site d'Ambert. L'implantation d'un scanner correspond aux recommandations de la HAS et répond à la demande des 40 médecins du bassin de population.

Le scanner est maintenant un outil banal de diagnostic et de suivi, indispensable à une prise en charge cohérente et crédible des patients.

Toujours à propos de la modernité des techniques médicales, l'accès des habitants du territoire à des examens d'IRM dans un délai raisonnable n'est pas assuré actuellement.

Il est donc nécessaire qu'une réflexion soit menée pour résoudre ce problème par un développement propre sur le territoire.

Il ne sera pas possible de maintenir une équipe de radiologues sans accès aux techniques d'IRM, d'autant plus que les sociétés savantes mettent actuellement les autorités en garde contre le risque d'irradiation excessive lié à l'emploi du seul scanner comme moyen d'imagerie.

La communauté médicale se prononce donc pour l'implantation d'une IRM sur le territoire Ambert-Thiers, à Thiers ; il conviendra d'évaluer si les dépenses de transport ne permettent pas à elles seules de justifier cette installation.

La communauté médicale se prononce pour un développement des techniques de télétransmission afin de rationaliser la permanence des soins sur les deux établissements.

7. Les structures administratives et techniques doivent évoluer :

La taille des deux hôpitaux ne permet pas des structures de gestion et des services techniques très lourds en raison de leurs possibilités financières.

La communauté médicale recommande donc une mutualisation et une réflexion permettant d'aboutir à une structure adaptée et de taille mesurée pour les deux établissements.

8. Assurance qualité et gestion des risques liés aux soins doivent être structurés en commun et en complémentarité :

Le territoire Ambert-Thiers s'est engagé dans une **démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des**

soins auprès de la Haute Autorité de Santé. La procédure d'accréditation, rebaptisée certification par la loi du 13 août 2004, est bien ancrée dans nos établissements.

C'est dans le cadre de cet engagement qu'une politique qualité est formalisée, régulièrement actualisée et déclinée en projets. Elle définit des objectifs pluriannuels à partir du programme d'amélioration de la qualité.

Ces projets d'amélioration sont soit transversaux, soit spécifiques à chaque unité de soins. Un certain nombre de projets ont été menés par les équipes médicales entre les deux procédures de certification.

La responsabilité de la **mise en œuvre concrète de la démarche d'amélioration de la qualité** repose aujourd'hui davantage sur les médecins, que ce soit par la mise en œuvre :

- de la procédure de certification de la HAS,
- du développement professionnel continu (EPP et FMC),
- du renforcement des attributions de la CME et de son Président en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En accord avec les orientations du projet médical, les **objectifs de qualité retenus** sont les suivants :

- diffuser et évaluer les bonnes pratiques médicales, développer les Revues de Morbi-Mortalité (RMM),
- renforcer la coordination de la prise en charge du patient,
- contribuer à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique,
- élaborer et mettre en œuvre le plan de développement professionnel continu des personnels médicaux (commission de la CME),
- évaluer les organisations et les actions notamment grâce à la mise en œuvre d'indicateurs de suivi et à la réalisation d'audits,
- améliorer la coordination des actions qualité avec la cellule qualité notamment pour la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité.

Les CME et leurs Présidents veillent à la mise en œuvre et à l'atteinte de ces objectifs. Dans cette optique, la Cellule qualité et le Comité de pilotage qualité assurent l'accompagnement et le suivi des objectifs qualité sous le contrôle des Présidents de CME.

Il est nécessaire d'arrêter une **politique de développement professionnel continu** poursuivant les objectifs suivants :

- développer le savoir médical et adapter les pratiques à l'évolution permanente des connaissances par la formation médicale continue,
- développer une véritable politique d'EPP en fonction des besoins des patients,
- établir avec les usagers des relations leur permettant de participer activement à la prise en charge de leur santé en poursuivant le développement des actions d'éducation thérapeutique au sein des différents secteurs d'activité des deux Centre Hospitalier de Thiers et Ambert,
- prendre en compte les facteurs qui impactent la santé des personnes (l'environnement physique, familial, social et professionnel) et contribuer à l'équité sociale en matière d'accès à la prévention et aux soins,
- utiliser de manière optimale les ressources du système de santé.

Ce projet qualité repose sur le renforcement du rôle des **sous commissions de la CME : CLIN, CLUD, CLAN, CMDMS, ...**

Toutes les actions entreprises feront l'objet d'évaluations.

Créée en 2009 et intégrée à la gestion des risques, la **coordination des vigilances sanitaires** se met en œuvre progressivement. Il est nécessaire d'accorder une attention particulière quant à son bon fonctionnement et à l'exercice effectif de ses missions, en lien avec gestionnaire des risques et cellule qualité.

Il est souhaitable, dans un sens général, d'améliorer la veille réglementaire et technologique, d'assurer une permanence, d'évaluer l'organisation et les actions plus systématiquement, dans le cadre de l'**Hémovigilance, la Pharmacovigilance, la Matérovigilance, l'Infectiovigilance, l'Identitovigilance, ...**

INTRODUCTION

La réflexion développée durant le PTOS a conduit à dégager six priorités :

- organiser la prise en charge des personnes âgées dans le cadre de filières de soins intégrées sur chaque site et arrondissement,
- développer la cardiologie (épreuves d'effort et de stress) et consolider la gastro-entérologie sur chacun des deux sites dans le cadre de consultations spécialisées,
- consolider la prise en charge de proximité des personnes atteintes de cancers ainsi que l'organisation des soins de support sur chacun des deux sites,
- élargir l'offre de consultation médicale spécialisée sur chacun des deux sites,
- consolider la médecine polyvalente et les soins de suite sur chacun des deux sites,
- consolider la médecine interne à Thiers,
- adapter les plateaux techniques aux besoins de proximité (chirurgicaux, diagnostiques et thérapeutiques).

Par ailleurs, la dernière révision du SROS a des implications en particulier sur les Soins de Suite et de Réadaptation et la prise en charge des personnes âgées en USLD.

Les décrets n° 2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 relatifs aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à cette même activité modifient en profondeur les conditions d'autorisation en ne retenant désormais qu'une seule discipline « soins de suite et de réadaptation », l'autorisation pouvant désormais être complétée de mentions liées soit à l'âge, soit à la spécialisation de l'activité.

La loi prévoit un processus de partition des unités de soins de longue durée (USLD) et une répartition de leurs capacités d'accueil entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une meilleure adéquation du dispositif de prise en charge. La partition ainsi réalisée entraîne une révision des objectifs quantifiés en termes d'implantations et de volumes des unités de soins de longue durée. Le volet thématique relatif à la prise en charge des personnes âgées qui avait été révisé en septembre 2008 est complété par des dispositions spécifiques aux USLD.

Le complément au volet thématique des « personnes atteintes du cancer » ne modifie pas la prise en charge sur notre territoire de santé, la radiothérapie n'y étant pas pratiquée.

Après un état des lieux, le projet médical développera chacune des grandes orientations du PTOS sur les deux établissements.

ETAT DES LIEUX

A - Analyse des besoins de la population :

Age moyen :

Ambert : 62% de patients de plus de 75 ans en 2009
Thiers : 58% de patients de plus de 75 ans en 2009

Maladies les plus fréquentes dans les deux sites :

- Pathologies cardiaques
- Démence et accidents vasculaires cérébraux
- Soins palliatifs
- Affections de l'appareil respiratoire
- Affections du tube digestif, du système hépatobiliaire et du pancréas
- Cancers
- Anémie et maladies hématologiques
- Dépendance alcoolique
- Maladies infectieuses
- Diabète et affections endocriniennes
- Affection des reins et des voies urinaires
- Dépression et troubles psychiques

B - Points forts, points faibles

Sur le site d'Ambert

Forces :

Il s'agit d'une petite structure de proximité, à caractère familial ; l'hôtellerie est accueillante, il n'y a pas de concurrence du privé à proximité, la gériatrie est déjà bien développée et la DMS de médecine est de 7 à 8 jours.

Faiblesses :

Éloignement du « Grand Clermont », peu de spécialistes en ville comme à l'hôpital, pas de projet médical depuis 10 ans, structure pavillonnaire vétuste, âge des médecins de ville, pas de scanner, pas de soins intensifs.

Sur le site de Thiers

Forces :

Nombreux spécialistes en ville ou à l'hôpital, scanner, présence des soins intensifs, structure monobloc du MCO-Urgences-Plateau technique.

Faiblesses :

En médecine, praticiens temps partiel, DMS à plus de 10 jours.

Départs de médecins temps plein (mutation, retraite) dans différents services, notamment en gastro-entérologie et en anesthésie, impactant l'activité de chirurgie.

C - Ressources locales

Sur le site d'Ambert

Ressources architecturales humaines et activités sectorisées

- une unité de 30 lits de médecine court séjour dont un lit identifié de soins-palliatifs, une unité de court séjour gériatrique et une unité de 26 lits de SSR indifférenciés gérées par 3 praticiens temps plein Médecine-Diabétologie-Gériatrie,
- une unité de 18 lits de SSR indifférenciés confiés par Thiers et gérée par 1 temps partiel Gériatrie,
- 120 lits d'USLD sur 3 niveaux (partitionnés en 40 SMTI et 80 EHPAD) au Pré-Bayle, en cours de restructuration avec création d'une unité PASA, d'une UHR, d'un centre d'accueil de jour pour patients Alzheimer (7 places) ,84 lits d'EHPAD à la maison de retraite sur 4 niveaux (convention tripartite signée en 2009), gérés par un temps Plein Gériatrie et un temps partiel Gériatrie,
- un poste de praticien gériatre-coordonnateur a été créé par la convention tripartite mais n'est pas encore pourvu, ce qui fait au total 1,4 ETP de PH non pourvus entre le long séjour et la maison de retraite,
- 1 ETP de psychologue, 1 ETP d'ergothérapeute et 1 ETP de psychomotricien ont été créés pour la gériatrie, mais ne sont pas pourvus actuellement,
- une unité d'autodialyse (5 postes) gérée par l'AURA de Chamalières

Ressources humaines et activités transversales

- 1 temps plein Oncologue-Pneumologue, qui gère l'hôpital de jour, la consultation d'Onco-Pneumologie, et remplace en médecine-SSR en période de congés
- Consultations externes : Dermatologie, Gastro-entérologie, Gynécologie-obstétrique, Néphrologie, ORL, OPH
- Consultations de Gériatrie (externes et internes) actuellement 5 à 6 par semaine
- Équipe de soins palliatifs (2 x 0,50 IDE + 0,50 AS)
- Équipe mobile de Gériatrie (2 x 0,40 IDE)
- Consultations de cardiologie en ville.

Sur le site de Thiers

Actuellement, le secteur de Médecine comporte 68 lits de médecine générale, accueillant tous les patients posant des problèmes médicaux et quelles que soient leurs pathologies.

Le secteur est organisé en deux unités de 33 et 35 lits de Médecine. 2 lits de SSR sont provisoirement situés dans le service de Chirurgie, les 6 autres étant dans le service de Médecine.

Pour assurer la prise en charge de ces patients, l'équipe médicale comprend actuellement 1 PH temps plein médecin interniste, un praticien attaché temps plein et 2 PH temps partiel, un cardiologue et un pneumologue, soit 2 ETP, suite au départ à la retraite du gastro-entérologue. Le CH, en cours de recrutement et de réorganisation, a donc recours ponctuellement à de l'intérim.

Le service dispose également d'avis spécialisés :

- 2 vacations hebdomadaires en neurologie
- des consultations de rhumatologie, de dermatologie, d'ORL, de phlébologie et d'ophtalmologie peuvent être effectuées à la demande des médecins hospitaliers par les spécialistes de ville
- des consultations des néphrologues de l'AURA dans les services
- une vacation de chirurgie dentaire sur l'établissement.

Depuis 2010, ont été lancées les procédures de recrutements d'un PH en médecine générale à orientation gériatologique et d'un praticien temps plein gastro-entérologue, afin de compléter l'équipe médicale. Le transfert de poste de gastro-entérologue au CH de Vichy est organisé pour faciliter le

recrutement d'un praticien et pérenniser par convention cette activité indispensable au CH de Thiers.

Le Centre Hospitalier comprend :

- 153 lits d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), répartis sur deux sites différents,
- 30 lits d'USLD (SMTI soins médicaux et techniques importants).

A l'occasion de la nouvelle organisation architecturale de l'EHPAD, une unité de PASA sera créée ainsi qu'une unité Alzheimer.

Il est à noter que l'établissement dispose également de 48 places de S.S.I.A.D. et depuis janvier 2011 de 10 places d'H.A.D.

L'établissement accueille également d'une unité d'autodialyse de 5 postes gérée par l'AURA de Chamalières.

PROJET MEDECINE

1. Organiser la prise en charge des personnes âgées dans le cadre de filières de soins intégrées sur chaque site et arrondissement

1.1. Orientations générales

Les projets concernant ce secteur sont orientés par 7 axes de réflexion :

- être en adéquation avec les besoins de la population du territoire de santé,
- maintenir voire améliorer l'autonomie des personnes pour les actes de la vie quotidienne en développant les soins de base, l'animation, la rééducation, la psychomotricité,
- lutter contre la douleur, qu'elle soit physique et/ou psychologique, (formation du personnel afin de systématiquement identifier, évaluer, traiter et réévaluer les situations douloureuses),
- assurer des soins de confort (ou soins palliatifs) de qualité jusqu'à la fin de la vie en soulageant la souffrance physique, psychique, sociale et spirituelle,
- développer la prise en charge spécifique des personnes atteintes d'un syndrome démentiel, en particulier d'une démence de type Alzheimer,

- proposer un accueil temporaire aux personnes âgées,
- favoriser le retour ou le maintien à domicile par l'intervention de l'HAD et du SSIAD, et d'une intervention à domicile de l'équipe mobile de gériatrie.

Un numéro unique de contact téléphonique sera mis en service sur chaque site pour toute la filière gériatrique de l'établissement avec, en première ligne, l'équipe mobile de gériatrie.

Le manque d'effectifs de kinésithérapeute sera compensé par des « aides-kinésithérapeutes », AS ou ASH sur prescription médicale, par exemple en recrutant des diplômés STAPS, licence ou maîtrise.

a) Sur le site d'Ambert

Une extension de 18 lits de **SSR** est demandée pour l'hôpital d'Ambert, en attendant la structuration d'un service d'environ 40 à 50 lits.

Il faudra sectoriser 12 lits de SSR à orientation gériatrique situés dans le même bâtiment que le court séjour gériatrique, grâce au renforcement récent de l'équipe médicale dans le service de médecine par un PH gériatre, et renforcement des moyens paramédicaux (aides-soignantes, kinésithérapeute et ergothérapeute, diététicien, assistante sociale).

Du fait de ce renforcement, l'équipe mobile de gériatrie sera consolidée afin de favoriser l'évaluation et l'orientation de la préparation de la sortie de l'hôpital pour le domicile ou une institution. La prise en charge par l'équipe mobile de gériatrie se fera dès l'admission d'un patient âgé en perte d'autonomie.

L'équipe mobile de gériatrie pourra également intervenir par conventions au sein des institutions du bassin de population, et au domicile des patients sur appel des organismes de prise en charge (SSIAD,...)

L'établissement souhaite créer un **court séjour gériatrique** de 6 lits (bilan en 5 jours du « syndrome de fragilité » en hospitalisation de semaine) : autonomie, consultations mémoire, scanner, bilan somatique, bilan nutritionnel, bilan moteur, bilan social, et synthèse.

Les admissions seront programmées, en lien avec les autres EHPAD du secteur et les médecins libéraux, et avec l'équipe mobile de gériatrie.

Des places **d'HAD gériatrique** seront également identifiées au sein de l'HAD polyvalente.

Les **consultations spécialisées de gériatrie** existantes seront renforcées avec mise en place d'Hospitalisation de jour et de semaine pour bilan et suivi.

La filière d'aval (**SSIAD, EHPAD, SMTI, SSR gériatriques**) sera structurée par conventions.

Une synergie sera organisée avec les urgences en amont et la médecine de ville en aval.

Par ailleurs, le renforcement récent de l'effectif médical a permis d'augmenter l'activité de diabétologie et de reprendre une activité d'**addictologie**, en liaison avec l'addictologue de l'hôpital de Thiers. Cette orientation sera maintenue.

b) Sur le site de Thiers

L'établissement projette la création d'un **court séjour gériatrique** de 8 ou 10 lits au minimum gérés par un gériatologue qui permettra d'améliorer la prise en charge de ces patients poly-pathologiques (par exemple bilan du « syndrome de fragilité » en Hospitalisation de semaine : autonomie, consultations mémoire, scanner, bilan somatique, bilan nutritionnel, bilan moteur, bilan social, et synthèse, ...) en admission programmée ou non, directe ou non (passage aux urgences), en lien avec les autres EHPAD du secteur et les médecins libéraux.

Le service de médecine bénéficiera alors du concours d'un gériatre en lien avec la **consultation de gériatrie**. Ceci devra permettre une baisse de la DMS en court séjour.

Le Centre Hospitalier désire recouvrer ses capacités de **SSR** en rouvrant au moins 25 lits. 8 lits au lieu de 25 sont actuellement disponibles, 2 pris sur les lits de chirurgie, et 6 sur les lits de médecine, ce qui est notoirement insuffisant et augmente donc la durée de séjour. Le projet d'augmenter la capacité d'accueil à 40 à 50 lits comme à Ambert permettra de répondre au mieux aux besoins de la population du territoire.

Pour les 30 lits de **SMTI** (déterminés selon l'évaluation Pathos) et les 78 lits d'**EHPAD** situés sur le site de l'hôpital dans le bâtiment Aquarelle, une présence infirmière 24h/24 est nécessaire. Par ailleurs, une prise en charge de qualité nécessite la présence d'un médecin à temps plein, d'un(e) kinésithérapeute à temps plein, d'un(e) psychologue à mi-temps, d'un ergothérapeute à mi-temps et d'un(e) psychomotricien(ne) à mi-temps.

L'**EHPAD** « Le Belvédère », localisé actuellement sur un site différent du reste de l'hôpital, comprenant 75 lits, doit

faire l'objet d'une restructuration ou d'une reconstruction tant au niveau du bâtiment que de la prise en charge proposée. Les locaux ne sont plus adaptés aux personnes hébergées.

Le **SSIAD** de 48 lits doit être renforcé de 2 lits supplémentaires réservés à des adultes handicapés âgés de moins de 60 ans afin de répondre aux besoins de la population de manière plus adaptée.

L'identification de places d'**HAD gériatriques** au sein de l'HAD polyvalente est requise.

La création d'une **équipe mobile gériatrique** est nécessaire avec la prise en charge et l'orientation des patients âgés dès leur admission. Cette équipe regroupera l'ensemble des praticiens à orientation gériatrique du secteur de manière à créer une fédération de gériatrie, avec les EHPAD de Courpière (direction commune) et de Lezoux.

La **filière d'aval** (SSIAD, EHPAD, SMTI) doit être structurée par conventions.

Il est nécessaire d'organiser une synergie avec les urgences en amont et la médecine de ville en aval.

1.2. Patients en Long séjour et Maladie d'Alzheimer

a) Sur le site d'Ambert

Création d'une unité pour patients déments déambulants **UHR** (unité d'hospitalisation renforcée) de 14 lits.

Renforcement de la capacité d'accueil du **centre d'accueil de jour pour malades d'Alzheimer** (actuellement 7 places, à porter à 10 places).

Création d'une unité d'accueil de jour **PASA** de 12 places, réservée à l'EHPAD.

Partition de l'**USLD** : un niveau **EHPAD** de 34 lits et deux niveaux **EHPAD+SMTI** de 14+20 lits.

Création de 2 à 4 lits d'**hébergement temporaire** à la Maison de Retraite (1 à 2 lits) et au Pré-Bayle (1 à 2 lits).

HDJ Gériatrique.

Renforcement de l'**équipe mobile de Gériatrie** en y faisant participer tous les gériatres (tour de garde).

Formation d'AS en **Assistants de Soins Gériatologiques**.

Le manque d'effectifs de **kinésithérapeute** sera, là aussi, compensé par des « aides-kinésithérapeutes », AS ou ASH sur prescription médicale, par exemple en recrutant des diplômés STAPS, licence ou maîtrise.

Passage à plein temps de l'**ergothérapeute** (pour Maison de Retraite, Pré-Bayle et Hôpital).

Renforcer les moyens d'**assistante sociale**.

b) Sur le site de Thiers

Création d'une unité pour **patients déments déambulant type Alzheimer** lors de la restructuration de la maison de retraite.

Création d'une unité d'accueil de jour **PASA** de 12 places, réservée à l'EHPAD.

Création d'un **centre d'accueil de jour pour patients Alzheimer** d'environ 5 places lors de la restructuration de la maison de retraite.

Création de 2 à 3 lits d'**hébergement temporaire**, permettant une transition entre une hospitalisation et un retour à domicile ou une entrée en institution, ainsi que l'accueil sur des périodes brèves de personnes dépendantes vivant à domicile.

La création d'une unité spécifique pour la **prise en charge de résidents souffrant des troubles psychiatriques** particulièrement difficiles à gérer est indispensable dans le cadre de la gériatopsychiatrie.

Si l'on considère l'ensemble de la filière gériatrique, à savoir 6 à 10 lits de court séjour, 25 lits de soins de suite et de réadaptation, 153 lits d'EHPAD, 30 lits de SMTI, une unité PASA, 2 lits d'hébergement temporaire, une consultation d'évaluation gériatologique et une équipe mobile de gériatrie, il est nécessaire de redimensionner les effectifs des gériatres, des kinésithérapeutes, des psychologues, des ergothérapeutes, psychomotricien(ne), secrétaire et assistant(e) social(e), au vu de l'activité prévisionnelle du SROS.

2. Développer la cardiologie et consolider la gastroentérologie sur chacun des deux sites.

a) Sur le site d'Ambert

Les épreuves d'effort et les échographies-Doppler sont actuellement pratiquées par un cardiologue en ville sous statut libéral. Ce praticien et le centre hospitalier sont en cours d'élaboration d'une convention permettant de réaliser un certain nombre d'exams dans les murs de l'hôpital, en particulier les épreuves d'effort, en profitant des jours de présence à Ambert d'un anesthésiste.

Les avis cardiologiques dans les services se feront alors sous statut public (attaché).

Les urgences cardiologiques resteront régulées par le SAMU (coopération avec les USIC du « Grand Clermont »).

Le fonctionnement de la gastro-entérologie reste assuré par les contrats existants avec une équipe de praticiens libéraux donnant entière satisfaction.

b) Sur le site de Thiers

Pour la cardiologie, la prise en charge est faite par un seul temps partiel qui assure une prise en charge dans le service, mais également les échographies cardiaques classiques et les bilans préopératoires.

La récente convention avec le CH de Vichy renforce les moyens médicaux pour élaborer des échographies cardiaques standard et les échographies de stress qui permettent, dans un fonctionnement externe de consultations, des explorations spécialisées à la population du bassin de Thiers.

Les échographies-Doppler veineux des membres inférieurs sont réalisées par un angiologue libéral. Une prochaine convention avec un groupe d'angiologues crédibilisera la prise en charge de ces patients atteints de pathologie cardiovasculaire et d'actes de sclérose de varices coûteux jusque-là réalisés à l'extérieur, dans le privé. Cette activité pourra être partagée avec le CH d'Ambert.

Accès aux Soins Intensifs de Cardiologie pour les urgences régulées par le SAMU (coopération avec les USIC du CH de Vichy).

Création d'une convention avec le CH de Vichy pour la mise à disposition d'un gastro-entérologue, pour assurer les consultations et les actes d'endoscopies intra-hospitalières et externes.

3. Consolider la prise en charge de proximité des personnes atteintes de cancers ainsi que l'organisation des soins de support sur chacun des deux sites.

3.1. Orientations générales :

Renforcement de l'activité d'oncologie par l'embauche d'un temps supplémentaire de PH en Oncologie à Thiers, déchargeant le pneumo-oncologue, en poste partagé avec le CHRU.

Augmentation du nombre des lits identifiés de soins palliatifs.

a) Sur le site d'Ambert

Pour répondre aux mesures du Plan Cancer 2009-2013, un projet a été formalisé, en cohérence avec les nouvelles dispositions réglementaires (décret du 21 mars 2007 du code de santé publique et arrêté du 29 mars 2007) relatives aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins du cancer, en l'occurrence à Ambert, et à l'autorisation d'administration de la chimiothérapie.

Le **seuil quantitatif** de 80 nouveaux malades par an n'est pas encore atteint, mais l'activité augmente régulièrement.

Néanmoins, il apparaît que cette activité répond (sur le bassin d'Ambert tout comme sur celui de Thiers) à un véritable besoin de soins de proximité pour une population plutôt âgée qui se déplace donc difficilement et permettant probablement une meilleure observance du traitement.

Il s'agirait donc pour le CH d'Ambert d'être établissement associé par convention à un ou plusieurs établissements autorisés (Centre Jean Perrin [CJP], CHRU Gabriel Montpied voire Pôle Santé République) tout en offrant aux patients les meilleurs soins oncologiques.

Le projet s'étend au Centre Hospitalier de Thiers dans le cadre du territoire et d'une Fédération de Cancérologie ou par simple Convention entre les deux établissements.

En tant qu'établissement associé, il n'est plus question de seuil, en revanche le projet va s'organiser autour des autres critères requis, plus qualitatifs :

➤ Présence dans l'établissement d'un Médecin Oncologue qualifié :

Ce qui est vrai pour Ambert et nécessite donc pour Thiers le déplacement de l'oncologue pour des consultations avancées. Cela ne se conçoit pas sans une aide et le recrutement d'un praticien spécialiste en Oncologie à

partager entre les deux centres hospitaliers pour assurer la continuité des soins.

➤ **Accès à une imagerie de proximité conforme aux recommandations de l'HAS :**

Le scanner est maintenant un outil banal de diagnostic et de suivi, indispensable à une prise en charge cohérente et crédible des patients.

➤ **Participation à un Réseau Régional de Cancérologie :**

Les deux établissements de Thiers et Ambert sont membres du réseau Oncauvergne, avec participation aux réunions du Conseil Scientifique, à l'Assemblée Générale du Réseau et aux sessions de formation mises en place directement en rapport avec la pratique, tant au niveau médical que paramédical.

➤ **Mise en place d'un dispositif d'annonce :**

L'annonce du diagnostic ou/et de la thérapeutique proposée est faite par le médecin oncologue, au cours d'une consultation dédiée (d'une durée de 45 minutes au minimum) ; elle est reprise par une des infirmières de l'équipe (formée spécifiquement) au cours d'un entretien spécifique (temps infirmier d'annonce). Quatre infirmières (2 de l'Hôpital de Jour et 2 de l'Equipe Mobile d'accompagnement) ont été formées.

Des documents sont, si besoin, remis au patient pour compléter l'information.

En particulier pour les protocoles les plus courants, une « fiche d'information patient » a été rédigée par les pharmaciens du Réseau Oncauvergne et peut ainsi être remise pour compléter les informations orales et permettre de répondre aux questions.

➤ **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :**

En l'absence de radiothérapeute sur place, il n'y a pas de véritable RCP mais un « staff bimensuel » rassemblant chirurgien et oncologue permet de discuter des dossiers et d'enregistrer une décision (selon référentiel) quand cela est possible directement. Un compte-rendu est rédigé.

Cependant, la plupart des dossiers sont présentés et discutés au cours des différentes RCP d'organes au CJP ou au CHRU principalement en Oncologie Thoracique, en Oncologie Digestive et en Hématologie. Le compte-rendu de la RCP est transmis au service demandeur et est classé dans le dossier.

Enfin des patients peuvent être adressés directement après RCP pour prise en charge de leur traitement de chimiothérapie pour que celui-ci soit administré au plus près de leur domicile, ce qui est de plus en plus le cas et ce qui répondra en outre à la demande faite aux établissements associés.

Un double de la RCP est systématiquement rangé dans un classeur spécifique.

- Ce qui veut dire que les traitements restent conformes à **des protocoles et des référentiels validés** soit au niveau national (INCa) soit le plus souvent au niveau régional (**Oncauvergne**)
- La mise en place du **PPS programme personnalisé de soins** est en cours de formalisation dans le cadre du Réseau justement, et pour l'instant les informations données au patient sont surtout orales et assorties de fiches écrites et d'un calendrier ; elles sont reprises si besoin tout au long de l'évolution.
- **Le 3C (Centre de Coordination en Cancérologie)** devra probablement dépendre ou se fondre avec le ou les établissements autorisés avec lesquels les CH d'Ambert et Thiers s'associeront.
- **Préparation centralisée des cytostatiques** : une hotte à flux laminaire est installée dans une pièce dédiée et conforme aux normes de sécurité. Pour l'instant, la préparation est assurée par les infirmières du service sous la responsabilité du Pharmacien. Ces infirmières ont reçu une formation spécifique au Centre Léon Bérard à Lyon.

Très prochainement, la préparation sera assurée par un préparateur en Pharmacie et une des infirmières formées pour permettre le double contrôle nécessaire à la sécurité de cette préparation, toujours sous la responsabilité du Pharmacien.

➤ **Possibilité d'accès aux soins de support :**

✓ *Prise en charge des aplasies fébriles :*

Dans le service de médecine, le patient peut être hospitalisé pour aplasie fébrile, bénéficier d'une chambre seule avec isolement protecteur ou/et septique et recevoir antibiothérapie (selon protocole) et facteurs de croissance hématopoïétique.

✓ *Mise en place d'une voie veineuse centrale :*

Les chambres implantables sont posées par les anesthésistes au bloc opératoire d'Ambert ; il en est de même à Thiers.

- ✓ *Evaluation et traitement de la douleur :*
Le but est que la question « avez-vous mal ? » soit systématiquement posée à tous les patients suivis pour un cancer, puis évaluée avec l'échelle EVA ; pour cela, une procédure est en cours d'élaboration par le CLUD.

Toute douleur doit être prise en compte et traitée selon les bonnes pratiques des SOR de la FNLCC. Pour cela, 2 médecins à l'hôpital d'Ambert ont la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur.

Il n'y a pas de consultation spécifique douleur mais une réponse adaptée est donnée au cas par cas.
 - ✓ *Prise en charge psychologique :*
Tout patient qui le souhaite ou qui le nécessite peut être reçu par le psychologue du CMP d'Ambert avec un suivi personnalisé s'il le désire.
 - ✓ *Soutien nutritionnel :*
Chaque patient doit avoir une évaluation nutritionnelle au moins clinique (IMC et surtout perte de poids), biologique (albuminémie) et peut si besoin voir le diététicien pour adapter l'alimentation.
 - ✓ *Aspect social :*
L'assistante sociale est à la disposition des patients qui nécessitent une aide (problème financier, isolement, mise en place d'aides à domicile...).
 - ✓ *Soins palliatifs :*
L'équipe EMAS (Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soutien) du Centre Hospitalier d'Ambert voit systématiquement les patients en cours de traitement à l'Hôpital de Jour dès le début de la prise en charge et les suit dans les services. Elle est composée de 2 ETP infirmier, d'1/2 ETP aide-soignant et de 2 médecins ayant le DU de soins palliatifs.

Elle assure aussi l'accompagnement de fin de vie ainsi que la formation continue des personnels aussi bien à Ambert qu'à Thiers.

Tout cela contribue à la continuité des Soins.

Actuellement il existe un « lit identifié soins palliatifs » dans le service de médecine du CH d'Ambert et un au CH de Thiers : il en est demandé un deuxième dans chaque établissement.
- **Onco-gériatrie** : une Equipe Mobile de Gériatrie est mise en place à Ambert depuis le début de l'année 2009 ; elle pourra intervenir auprès des personnes âgées atteintes de cancer, soit dans un but diagnostique (par ex. troubles cognitifs, dénutrition) soit pour aider à leur prise en charge dans le cadre des soins de support oncologiques ou de la

mise en œuvre des aides à domicile.

Cette prise en charge globale est assurée sous la responsabilité d'un médecin ayant la compétence en cancérologie ; le personnel est composé d'une équipe de 2 infirmières ayant été formées à la cancérologie, à l'annonce du diagnostic et à la préparation centralisée des cytotoxiques. Sont associés dans cette démarche les psychologues, l'assistante sociale, le diététicien et l'EMAS.

Une réunion mensuelle de tous les membres de l'équipe permet de faire le point sur les dossiers et constitue un espace de parole pour l'équipe.

Une telle prise en charge nécessite la mise en place d'une démarche qualité qui sera concrétisée par l'adhésion à un 3C, sachant que pour l'instant chaque intervenant en soins de support laisse une trace écrite dans le dossier et que chaque intervention est recueillie dans un classeur ainsi que chaque réunion de service.

La visibilité de l'ensemble de la prise en charge fera l'objet d'une procédure écrite. Une plaquette destinée aux patients pour les informer de l'accès possible aux différents soins est en cours d'élaboration.

La traçabilité nécessite l'utilisation d'indicateurs mais l'avis des patients usagers pourra aussi être recueilli par un questionnaire spécifique à la Cancérologie. Le but final étant d'harmoniser les pratiques entre les 2 établissements de Thiers et d'Ambert.

b) Sur le site de Thiers

L'activité de cancérologie est mise en place depuis 2002, sans moyens supplémentaires jusque-là.

Cette activité répond (sur le bassin de Thiers tout comme sur celui d'Ambert) à un véritable besoin de soins de proximité pour une population plutôt âgée qui se déplace donc difficilement et permettant probablement une meilleure observance du traitement.

Le CH de Thiers, comme le CH d'Ambert, a vocation à être établissement associé (il n'est plus question de seuil) par convention avec un ou plusieurs établissements autorisés (Centre Jean Perrin [CJP], CHRU Gabriel Montpied et Nouvel Hôpital Estaing [NHE] voire Pôle Santé République) tout en offrant aux patients les meilleurs soins oncologiques.

Ce projet médical d'oncologie, dans le cadre du territoire, est celui des CH d'Ambert et Thiers, dans le cadre d'une

Fédération de Cancérologie ou par simple convention entre les deux établissements.

Les chimiothérapies, préparées dans l'unité de reconstitution centralisée de la PUI par les préparateurs en pharmacie avec contrôle pharmaceutique et sous la responsabilité des pharmaciens, sont administrées dans le service ambulatoire ou dans les services de soins, suite aux RCP d'oncologie du CHRU et du CJP.

Le dispositif d'annonce a été mis en route début 2008 : la consultation est faite par le praticien concerné, objectivée par un document écrit; un entretien avec une infirmière du service ambulatoire est également organisé.

Le Projet Personnalisé de Soins est remis au patient, l'élaboration d'un document plus spécifique à THIERS est en cours. Une fiche d'information concernant les effets indésirables de son traitement, (rédigée par le groupe pharmaciens du réseau Oncauvergne) lui est fournie. A ce stade de la prise en charge, une amélioration de soins pourrait être envisagée par la collaboration d'un onco-psychologue.

La prise en charge thérapeutique, tant en interne qu'en consultation externe, pourrait voir sa qualité s'améliorer et se développer par le recours à deux oncologues partagés entre le CH d'Ambert et le CH de Thiers (création d'un 2^{ème} poste pour le territoire).

Les moyens médicaux et paramédicaux de **l'équipe mobile de soins palliatifs** à créer sont les suivants :

- 1 lit identifié « soins palliatifs » : un 2^{ème} lit est nécessaire
- 2 médecins sont titulaires du DU de soins palliatifs, 1 IDE du DU de soins palliatifs et un DIU est en cours.

Une réflexion sera menée pour mutualiser les moyens et les connaissances en ce qui concerne la prise en charge des soins palliatifs, dans l'idée d'officialiser une seule équipe mobile de soins palliatifs avec deux antennes locales (une sur chaque site). L'obtention de postes médicaux, infirmiers et psychologues est indispensable.

De même, la création d'un CLUD commun à Ambert et à Thiers avec antenne locale de part et d'autre grâce à la fédération des deux organisations devrait être effective dans les prochains mois, afin d'uniformiser les connaissances et les protocoles de soins pour la lutte contre la douleur.

4. Élargir l'offre de consultation médicale spécialisée sur chacun des deux sites.

a) *Sur le site d'Ambert*

- Gastro-entérologie
- Pneumologie : renforcement du temps de consultation par l'embauche d'un Temps plein de PH en Oncologie partagé avec Thiers, déchargeant le pneumo-oncologue
- Gynécologie médicale (augmentation du temps de consultation par renforcement de l'équipe du GCS)
- Diabétologie : augmentation du temps de consultation par renforcement des moyens médicaux du service de médecine avec ouverture aux patients de Thiers
- Cardiologie (retour du praticien de ville sous statut libéral et public)
- Gériatrie (augmentation des moyens médicaux gériatriques de l'établissement liée à la création du court et du moyen séjour gériatrique)
- Rhumatologie (sous statut libéral)
- Phlébologie (sous statut libéral)
- ORL (sous statut libéral)
- Dermatologie (sous statut libéral)
- Néphrologie : passage d'une convention avec l'AURA pour créer des consultations hospitalières
- Neurologie : Ouverture de la consultation de neurologie au centre hospitalier de Thiers aux patients d'Ambert, avec pratique d'EEG (projet de télétransmission à Thiers d'EEG réalisés à Ambert)
- Médecine interne : ouverture de la consultation du centre hospitalier de Thiers aux patients d'Ambert.

Réflexion sur une solution architecturale globale pour positionner les locaux de consultations spécialisées à proximité des urgences et des services d'hospitalisation

b) *Sur le site de Thiers*

- **Cardiologie** : le temps de cardiologie au sein de l'établissement est augmenté grâce à la convention signée avec le CH de Vichy.
- **Gastro-entérologie** : la convention avec le CH de Vichy doit permettre :
 - ✓ de poursuivre l'offre de consultation et d'éviter de la fuite sur Clermont-Ferrand,

- ✓ de développer l'offre d'endoscopie avec accès à des techniques interventionnelles (écho-endoscopie, cathétérisme rétrograde en particulier),
- ✓ de participer activement à la prise en charge des patients relevant de la cancérologie par une collaboration avec les deux oncologues du territoire.
- **Obésité** : en lien avec la chirurgie bariatrique, dans le cadre d'un site associé au CH de Vichy, consultations groupées de prise en charge de patients obèses (endocrinologue, cardiologue, pneumologue, diététicien, psychologue, ...) ; et suivi post opératoire dans le cadre d'un SSR obésité avec atelier cuisine, suivi des adolescents,...)
- **Oncologie** : consultation avancée de l'oncologue d'Ambert grâce à la création d'un 2^{ème} temps plein partagé
- **Pneumologie** : les maladies respiratoires chroniques et la pathologie tumorale pulmonaire représentent la première cause d'hospitalisation en médecine et cette spécialité pourrait s'orienter dans deux directions :
 - ✓ développement de techniques complémentaires (explorations d'apnée du sommeil par exemple) et extension de la consultation de tabacologie
 - ✓ principalement prise en charge des patients porteurs de pathologie tumorale en relation avec le CHRU par les RCP, et réalisation des chimiothérapies à l'hôpital de Thiers qui dispose d'un service ambulatoire
- Développer une **expertise échographique** parmi les médecins urgentistes et anesthésistes pour les soins continus et les urgences (blocs nerveux, etc.)
- **Gérontologie** : création d'un court séjour et de consultations dédiées ouvertes aux patients de ville
- **Médecine interne** : il convient de développer les consultations pour répondre à la demande des médecins généralistes de Thiers – Ambert :
 - ✓ bilans programmés de médecine interne en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle, à partir des patients recrutés en consultation,
 - ✓ prise en charge en ambulatoire des patients nécessitant une chimiothérapie pour traitement des maladies systémiques et auto-immunes rares de l'adulte, l'hôpital de Thiers étant reconnu comme un acteur de proximité par le Centre Régional de Compétences,
 - ✓ consultation et hospitalisation en diabétologie,
 - ✓ prise en charge en ambulatoire des chimiothérapies pour myélomes du sujet âgé, en lien avec les RCP d'hématologie du CHRU.

Pour ce faire, il est nécessaire de renforcer l'équipe médicale du service de médecine afin de libérer du temps pour le spécialiste de l'établissement.

5. Consolider la médecine polyvalente, la médecine interne et les soins de suite sur chacun des deux sites.

a) Sur le site d'Ambert

- Développement d'une hospitalisation de semaine de **diabétologie**, avec éducation du patient, ouverte aux consultations externes, évaluation diététique, podologue, cardiologue, ophtalmologue, bilan somatique et biologique, néphrologue, kinésithérapeute. Collaboration en réseau avec le service d'endocrinologie du CHRU pour la diabétologie et l'endocrinologie.
- Augmentation de la capacité du service de **SSR « indifférencié »** de 18 lits, dont 12 à orientation gériatrique. Accueil de patients provenant de l'USI de Thiers.
- Antenne **HAD** locale d'une structure régionale
- Renforcement des **moyens gériatriques** au sein du service de médecine (HAD, Equipe Mobile Gériatrique, augmentation du SSR indifférencié, augmentation des consultations mémoire)
- **Orientation** des patients dès l'admission (alternative à l'hospitalisation)
- Création d'une **fiche d'alerte** (fiche de repérage) pour le médecin traitant. Lien avec extérieur (CLIC, SSIAD, ADMR, infirmières libérales) par cadre coordonateur.
- Renforcement de **l'équipe mobile de soins palliatifs** à la faveur de l'identification demandée du deuxième lit.
- Accroissement des capacités d'**autodialyse** (AURA).
- Développer la **psychiatrie de liaison** (voir volet psychiatrie).
- Création d'une activité d'**addictologie** (voir volet psychiatrie) avec prédominance de l'alcoologie (lits identifiés ou autorisation d'activité). Présence médicale une fois par semaine minimum.
- **Former des infirmières** (besoins d'établissement) à toutes ces activités: diabétologie, oncologie, sophrologie, lutte contre la douleur, addictologie, gériatrie.

b) Sur le site de Thiers

En premier lieu, l'objectif à atteindre pour les prochaines années est un raccourcissement de la DMS en service de médecine et pour cela plusieurs conditions sont nécessaires :

- Les patients pris en charge dans le service de médecine doivent être gérés par des médecins de **médecine générale** ou de médecine interne à temps plein (les spécialistes d'organes se recentrant sur leur spécialité qu'ils pourraient développer), ce qui nécessite un personnel médical suffisant avec 5 ETP, et impose donc des moyens médicaux supplémentaires.
- Rapatriement des 17 lits de **SSR indifférenciés** confiés à Ambert, pour restaurer la capacité du SSR indifférencié à 25 lits, avec rajout de 25 lits supplémentaires, ce qui impliquera la création de postes médicaux (1 ETP pour 25 lits) et paramédicaux.
- Antenne **HAD** locale de la structure du CH de Vichy.
- Orientation des patients dès l'admission (alternative à l'hospitalisation).
- Création d'une fiche d'alerte (fiche de repérage) pour le médecin traitant.
- Prise en charge de patients de **médecine interne** à la suite des consultations, en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle.
- Accroissement des capacités d'**autodialyse** (AURA).

6. Adapter les plateaux techniques aux besoins de proximité (diagnostiques et thérapeutiques)

Cette déclinaison du PTOS sera essentiellement développée dans le projet de radiologie.

BESOINS ARCHITECTURAUX ET TRANSVERSAUX

(à valider dans le cadre du projet d'établissement)

Sur le site d'Ambert

Réflexion à mener sur un regroupement centralisé de l'accueil, du secrétariat, des consultations, des bureaux médicaux, extension de surface du plateau technique de l'imagerie, en synergie avec les restructurations nécessaires (positionnement de l'UHCD à proximité des urgences, extension de la capacité du SSR et de la médecine, installation du scanner, création de l'espace pour les familles accompagnant les patients en fin de vie). Achèvement de la restructuration du Centre Pré-Bayle.

Augmenter le temps de diététicienne, d'ergothérapeute, de kinésithérapeute (en recrutant des aides-kinésithérapeutes), d'assistante sociale, d'infirmière d'éducation, de psychothérapeute et psycho-oncologue; réorganiser ou augmenter les moyens du secrétariat médical pour satisfaire aux critères de qualité de l'HAS sur le dossier patient.

Sur le site de Thiers

Ce projet de **restructuration du service de médecine** s'accompagne d'une modification géographique des secteurs : la répartition sur une aile du secteur de cardiologie, pneumologie et médecine interne et sur l'autre secteur médecine générale et gastro-entérologie tendra vers la persistance d'un secteur de médecine interne au sein d'un service de médecine polyvalente générale.

Le **développement de la gastro-entérologie**, en particulier l'activité ambulatoire logiquement en augmentation, et le taux d'occupation potentiel à 170 %, doivent faire reconsidérer le nombre de places d'ambulatoire : l'ouverture de 6 lits supplémentaires est nécessaire.

Il est nécessaire aussi de retrouver une capacité d'accueil SSR, avec la création de court et moyen séjour gériatrique.

Le transfert du plateau d'imagerie au rez-de-chaussée doit être planifié.

Augmenter le temps de diététicienne, d'ergothérapeute, de kinésithérapeute, d'assistante sociale, d'infirmière d'éducation, de psychothérapeute et psycho-oncologue, et de secrétariat médical, pour satisfaire aux critères de qualité de l'HAS sur le dossier patient.

Enfin, le projet de restructuration ou de reconstruction de l'EHPAD Le Belvédère devra être finalisé (projet de soins, projet architectural, projet financier) et débiter avant la fin de la période couverte par le présent projet médical.

Chirurgie

Groupement de Coopération Sanitaire

TERRITOIRE DE THIERS-AMBERT

➤ **Cadre général**

Le territoire THIERS-AMBERT est situé à l'Est du département du Puy de Dôme. Il jouxte le territoire du Grand Clermont à forte attractivité chirurgicale tant publique que privée.

Il compte 59 061 habitants au 1^{er} janvier 2006. Les arrondissements de Thiers et d'Ambert réunis totalisent 87 034 habitants en 2008. L'évolution démographique probable montre une quasi stabilité de la population ou une légère baisse avec une augmentation de l'indice de vieillissement.

Structurée géographiquement par la vallée de la Dore à l'Ouest et les Monts du Livradois-Forez à l'Est, c'est une zone rurale qui se caractérise par un relief accidenté, une population peu dense et regroupée autour des deux villes de Thiers au Nord et d'Ambert au Sud. Si le Nord du territoire est relié par liaison autoroutière à la capitale régionale, le Sud par contre est enclavé avec des voies de communications plus difficiles, surtout l'hiver.

➤ **L'offre de soins existante**

Le recours aux soins en médecine et en chirurgie est nettement inférieur à la moyenne régionale et nationale.

Deux établissements sanitaires ont un plateau technique chirurgical sur le territoire : les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert. Aucun autre établissement sanitaire n'est implanté sur le territoire.

Les deux sites disposent d'un accueil-urgences et d'un SMUR.

L'implantation des médecins spécialistes est très peu développée et plusieurs zones du territoire sont fragilisées pour l'implantation des médecins généralistes.

Les flux de patients sont négatifs, avec des fuites surtout vers la capitale régionale.

La disparition de l'activité chirurgicale des deux établissements sur ce territoire entraînerait de facto la disparition de la médecine spécialisée et par ricochet ne permettrait pas le maintien de l'offre de soins de proximité dans le territoire, même en médecine générale.

➤ **Les points forts du territoire :**

✓ Le GCS préfigure le regroupement des actes classants :

	2008		2009		2010	
	AMBERT	THIERS	AMBERT	THIERS	AMBERT	THIERS
Actes classants	491	2 579		4 821	415	4 749
Séjours donnant lieu à actes classants				1070		1179
Total d'actes chirurgicaux				6764		6437

- ✓ Les équipes intervenant au bloc opératoire sont reconnues (postes de chirurgiens du GCS) et pratiquent les chirurgies digestive, gynécologique, urologique, orthopédique et dentaire, et l'endoscopie digestive
- ✓ Surveillance continue dispose d'une équipe d'anesthésistes commune aux deux établissements
- ✓ La population sur le territoire est estimée à 60 000 habitants avec un bassin de recrutement d'environ 80 000 habitants.
- ✓ Une forte volonté de travail en commun de la communauté médicale est symbolisée par la rédaction commune des projets médicaux des deux établissements.
- ✓ Une équipe de direction commune vient fédérer et consolider le groupement de coopération sanitaire essentiellement centré sur les activités chirurgicales, la surveillance continue, et rejoint récemment par la radiologie.

➤ **Les perspectives chirurgicales du territoire :**

Les médecins des deux établissements se positionnent fortement sur une gestion commune de l'activité chirurgicale.

Ils considèrent comme indissociables les deux projets d'établissement en chirurgie et proposent donc un projet commun avec une déclinaison sur les deux sites.

Le groupement de coopération sanitaire est l'outil proposé pour structurer cette offre de soins.

Il doit se construire suivant trois axes de réflexion :

- ✓ un projet médical chirurgical cohérent pour les patients et leurs médecins traitants, le personnel des deux centres hospitaliers, la tutelle administrative,
- ✓ une réorganisation du fonctionnement des deux plateaux techniques,
- ✓ une politique de communication à destination de la population et des médecins généralistes.

Principes arrêtés pour guider l'activité chirurgicale du GCS :

L'activité de chirurgie de spécialités doit être développée, face à une demande de plus en plus faible de la population pour de la chirurgie générale, comme le prouve l'évolution générale en France.

Les deux centres hospitaliers désirent donc développer de la chirurgie spécialisée. Ainsi, les activités de soins post-opératoires et de petite chirurgie ambulatoire, toutes deux organisées par filière de spécialités sur AMBERT, impliqueront une modification des effectifs médicaux budgétés.

Les deux centres hospitaliers désirent pour chaque spécialité chirurgicale répondant aux besoins de la population la présence de praticiens sur le territoire afin d'assurer la continuité des soins et la continuité de l'activité.

Pour ce qui est de l'orientation générale de l'activité sur le territoire, les deux établissements ne souhaitent pas engager une concurrence utopique avec les grands centres privés et publics. Ils souhaitent néanmoins maintenir une activité conforme aux besoins réels de la population du territoire, pour diminuer les taux de fuite existants :

- conserver une activité de chirurgie osseuse avec **chirurgie orthopédique et traumatologique**, le recrutement étant acquis, comme le prouvent les chiffres de 2010 :
 - ✓ le développement de la **chirurgie orthopédique** avec l'ouverture de consultations avancées sur Ambert (éventuellement en collaboration avec d'autres établissements de santé) offrira un choix de qualité à la population des deux bassins ; la consultation d'orthopédie réglée sur Ambert et Thiers correspond à une forte demande de la population et des médecins généralistes correspondants,
 - ✓ l'activité de **traumatologie** existe depuis longtemps sur Thiers et Ambert avec la prise en charge des patients blessés se présentant aux urgences des CH de Thiers et d'Ambert,
 - ✓ la réalisation des actes de ces spécialités en **ambulatoire** (canaux carpiens, kystes synoviaux, ...) élargira l'offre de soins sur les deux sites ;
- développer un pôle de chirurgie cohérent autour de la **chirurgie digestive** avec :
 - ✓ le renforcement de **l'endoscopie digestive** sur les deux sites mêlant une activité publique avec les praticiens hospitaliers du CH de Vichy (convention récemment signée) essentiellement sur le site de Thiers, et une équipe issue du privé travaillant sur le site d'Ambert va relancer la chirurgie carcinologique,
 - ✓ la confortation de l'équipe actuelle de chirurgiens **digestifs** à un objectif final de trois praticiens travaillant sur le territoire,

et une permanence des soins nocturnes sur un seul site à Thiers, avec reprise de l'activité cancérologique et l'utilisation de techniques traditionnelles fiables et avancées de coelioscopie, pour assurer la prise en charge complète des patients en chirurgie programmée et en urgence 24h/24, 7j/7 sur le site de Thiers,

- ✓ au cours des journées de présence de médecins anesthésistes, développement d'une activité de chirurgie ambulatoire sur le site d'Ambert correspondant aux besoins de la population, avec la réalisation d'actes tels que cholécystectomie, cure de hernies, hystéroscopie, kystectomie de l'ovaire par technique mini-invasive, ...),
- ✓ le service de chirurgie d'Ambert est transformé en service de chirurgie post-opératoire, avec retour précoce pour accueillir dans les premiers jours post-opératoires des patients du bassin d'Ambert qui auront été opérés à Thiers ou dans les hôpitaux ou cliniques de proximité ; ces patients feront l'objet d'un suivi chirurgical et médical, respectivement par les chirurgiens et les anesthésistes du GCS, et les médecins de l'hôpital d'Ambert,
- ✓ le développement de la chirurgie bariatrique se fera en lien avec les consultations obésité ;
- la prise en charge **urologique** des patients sur le territoire représente un pilier incontournable du bon fonctionnement de la chirurgie viscérale et gynécologique :
 - ✓ un praticien urologue travaillant à temps plein sur le territoire est nécessaire, avec une orientation de chirurgie de la personne âgée, vu le type de population desservie,
 - ✓ la chirurgie lourde sera pratiquée à Thiers, avec le recours également à la chirurgie ambulatoire,
 - ✓ une consultation avancée et des actes pratiqués en ambulatoire seront proposés à Ambert pour proposer une prise en charge urologique de proximité à une population vieillissante,
 - ✓ la lithotritie et la chirurgie urologique carcinologique peuvent être réalisées sur la base d'une convention avec le CHRU ;
- une équipe de chirurgie gynécologique déjà fortement implantée sur le territoire, travaille sur les deux sites, et doit être suffisante pour assurer la permanence des soins sur la maternité de Thiers ;
- les consultations avancées de chirurgie à Ambert seront assurées par les chirurgiens du GCS, dans l'ensemble des spécialités représentées.

Réorganisation du fonctionnement des deux plateaux techniques :

Dans un souci de santé publique et d'aménagement du territoire, la population d'Ambert étant très éloignée du centre chirurgical le plus proche, le Centre Hospitalier d'Ambert souhaite conserver une activité ambulatoire sans risque majeur de complication comprenant de la petite chirurgie digestive, de la petite chirurgie gynécologique et urologique, sur des patients ne dépassant pas ASA 2, et de l'endoscopie digestive diagnostique.

Le Centre Hospitalier de Thiers assurera la permanence des soins de nuit, des dimanches et jours fériés et les interventions lourdes en chirurgie digestive, urologique, gynécologique et orthopédique pour les patients à risque. Il poursuivra et optimisera également une activité d'endoscopie diagnostique et interventionnelle. Il développera l'activité de chirurgie ambulatoire au sein du service actuel.

Des conventions seront établies avec d'autres services de chirurgie de la région, pour les actes de chirurgie lourde ne pouvant être réalisés à Thiers, et pour la prise en charge des patients dans ces structures pendant la permanence des soins et la veille des fins de semaines. Un retour en post-opératoire dans les services de chirurgie sera organisé dès que possible.

Pour ce qui est de l'organisation interne des deux blocs opératoires, une réflexion est en cours afin de la moderniser :

Implication architecturale de la réorganisation des blocs opératoires :

Pour le Centre Hospitalier de Thiers, le développement de l'activité ambulatoire nécessitera le redimensionnement du secteur ambulatoire et l'optimisation du plateau technique, notamment en étudiant la création d'un secteur d'endoscopies sur la plateforme du bloc opératoire.

Pour le Centre Hospitalier d'Ambert, une réorganisation du bloc opératoire s'avère nécessaire, en particulier pour la circulation interne entre les blocs et la SSPI et l'implantation d'un scanner. Un développement du nombre de lits d'ambulatoire est également nécessaire.

Développer une meilleure communication interne et externe :

Une fiche résumant les activités et les praticiens sera adressée aux médecins généralistes chaque année avec actualisation en cas de changement de praticien. Il est proposé également de l'inclure dans le livret d'accueil de l'hôpital, et de l'afficher aux urgences.

Il est souhaitable que les médecins traitants disposent d'un numéro de téléphone permettant de joindre directement chaque

opérateur, avec transfert sur le système de permanence des soins en dehors des heures ouvrables. Un dispositif par téléphone portable est envisagé.

Au niveau de la communication interne, un bilan chiffré régulier commun avec les praticiens urgentistes et une réflexion sur nos taux de fuites seront réalisés chaque année.

Les deux établissements souhaitent développer les courriers électroniques en direction des médecins traitants en temps réel (compte rendu d'intervention, lettre de sortie, complication, ...).

Dynamiser et optimiser l'activité ambulatoire :

- Chirurgie ambulatoire à développer (vésicules, hernies, chirurgie dentaire, ...), à Ambert selon une liste limitative approuvée par l'ARS
- Chirurgie ambulatoire à développer à Thiers (vésicules, hernies, ophtalmologie, ORL, chirurgie dentaire, ...)
- Médecine ambulatoire (transfusion, saignée, chimiothérapie, endoscopies, ...)

CONCLUSION

Les deux établissements souhaitent poursuivre une activité chirurgicale adaptée au besoin réel de la population afin de développer la fréquentation des deux établissements.

Même si l'activité actuelle dépasse les 1 400 actes classants, les deux établissements souhaitent développer cette activité.

Les deux établissements réaffirment fortement la nécessité de maintien de deux sites pour des raisons de santé publique et de couverture des besoins de la population âgée du territoire sur le principe d'un déplacement des médecins et non des malades, avec une activité prédominante sur le site de Thiers, réservant le plateau technique d'Ambert à de l'activité ambulatoire.

Les patients hospitalisés à Thiers et dans les établissements de la région seront de retour à Ambert et à Thiers en post-opératoire dès que possible.

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

INTRODUCTION

Le projet médical du service de gynécologie-obstétrique s'articule autour d'un projet territorial englobant les territoires de Thiers et d'Ambert. En cela, le rôle dévolu à l'équipe de gynécologie-obstétrique nécessite une adéquation parfaite entre l'offre de soins et les besoins de la population qui compose ces deux territoires.

ÉTAT DES LIEUX

Les forces de l'activité gynécologique et obstétricale passent par la formation permanente aux nouvelles techniques médico-chirurgicales de l'équipe médicale. Elles reposent également sur une mise aux normes progressive des moyens architecturaux (blocs opératoires, secteur de naissance et d'hospitalisation) et médico-techniques (échographe 3D et portatif, tococardiographes, colonne de cœliochirurgie, etc...).

Ces moyens paraissent moins opérationnels sur Ambert (table de consultation, échographe par exemple). Par ailleurs, les délais de rendez-vous des médecins sont plus longs qu'à Thiers.

L'activité obstétricale est en progression tant au niveau des consultations qu'au niveau du nombre de naissances. Avoisinant les 350 naissances par an en 2001, elle se situe actuellement autour de 500 naissances pour 2009 (492 naissances). Les objectifs raisonnables de progression dans les 3 ans est d'environ 10% par an, situant ainsi le nombre de naissances aux alentours de 600 naissances.

Le nombre de transferts in utero demeure supérieur à celui des transferts à la naissance ; ainsi, le lieu d'accouchement est bien défini, en accord avec le niveau de la maternité du CH de Thiers (niveau 1).

Le taux d'épisiotomie est en baisse constante, ce qui est en accord avec les recommandations actuelles.

Le taux de césariennes avoisine les 25%, ce qui peut paraître excessif au vu du niveau de la maternité. Cependant, il s'agit d'une tendance plus générale eu égard à la pression médico-légale et au souhait des couples.

Les cours de préparation à la parentalité reposent sur des modalités variées (PPO, piscine, yoga). Leur succès auprès des futurs parents permet d'établir une relation avec l'équipe obstétricale, relation qui porte ses fruits lors de l'accouchement et dans les suites de couches. Concernant ces dernières, l'ensemble du personnel du service a suivi une formation approfondie sur l'allaitement maternel afin d'améliorer l'encadrement des accouchées et le lien mère-enfant.

Des réunions d'expression sont régulièrement tenues, notamment pour améliorer la prise en charge du deuil périnatal, qui s'articule également avec les psychiatres et les psychologues. La présence d'une psychologue a renforcé l'accompagnement vers la parentalité afin d'appréhender au mieux les difficultés qui peuvent y être rattachées.

La prise en charge pédiatrique est effectuée 7 jours sur 7. De plus, une astreinte téléphonique est assurée permettant une couverture continue. En dehors des heures de présence du pédiatre, la réanimation du nouveau-né en salle de naissance est assurée par la sage-femme qui fait appel, si besoin, à l'IADE voire à l'obstétricien ou au médecin anesthésiste.

Le recours aux pédiatres du CH de Vichy dans le cadre d'une convention de mise à disposition, après transfert du poste du CH de Thiers, permet de pérenniser cette activité dans le service de maternité. Les consultations externes de pédiatrie seront renforcées au travers de cette collaboration dans la mesure où cette offre de soins n'existe plus en pratique de ville depuis le départ à la retraite de la seule pédiatre du secteur. De plus, ce rapprochement permettra de conforter l'équipe de pédiatrie constituée actuellement de deux pédiatres, assurant in fine la bonne continuité des soins en néonatalogie notamment.

L'établissement se distingue par la possibilité qu'ont les couples d'établir des « projets de naissance » afin de permettre un accouchement dit « physiologique », dans des conditions garantissant toutefois la sécurité mère-enfant. Ainsi, une trentaine d'accouchements de ce type ont pu être effectués par an, bon nombre de patientes venant de la région clermontoise voire d'autres départements. L'élaboration d'une salle spécialement dédiée à cette activité (« salle nature ») est nécessaire, ceci permettant une distinction qualitative du CH de Thiers. Il importe pour cela d'avoir une réflexion organisationnelle architecturale au sein du service de maternité.

L'activité d'anesthésie est assurée 7 jours sur 7 et 24 H sur 24 pour les activités programmées et non programmées gynécologiques et obstétricales (analgésies péridurales). Le taux de péridurales pour accouchements est de 56 %. L'acquisition et l'utilisation du MEOPA a généré un net progrès dans la prise en charge de la douleur lors des consultations et des actes obstétricaux afin de permettre l'évitement du recours à une anesthésie plus lourde et nécessitant une hospitalisation. La réalisation de blocs périnéaux s'inscrit dans cette démarche de prise en charge de la douleur périnéale au cours du geste et dans ses suites. Enfin, la présence d'un service de surveillance continue contribue à la possibilité de réalisation de gestes lourds chez les patientes potentiellement à risque dans des conditions sécuritaires.

Le centre périnatal de proximité, qui a vu le jour en Août 2006, permet de répondre aux exigences d'activité de l'Article R-712 du décret n°98-899 du 9 Octobre 1998 : suivi de grossesse (consultations prénatales cliniques et échographiques), préparation à la parentalité, suivi de l'allaitement, consultations du post-partum (mère et nouveau-né), rééducation pelvi-périnéale. Ainsi, les objectifs de développement et d'activité ont pu être atteints. Depuis Août 2008, une activité régulière de chirurgie gynécologique est également pratiquée (hystérosopies opératoires et diagnostiques, coéliosopies, chirurgie vaginale). Les plages de consultations de gynécologie sont pleinement remplies, ce qui dénote un besoin continu et croissant de la population. De plus, le recrutement chirurgical, alors même qu'il se fixe comme objectif la prise en charge des pathologies gynécologiques relevant d'une sanction chirurgicale sur le site ambertois, permet également un recrutement régulier pour des interventions plus lourdes menées quant à elles sur le centre hospitalier de Thiers. Cette synergie traduit la nécessaire et productive complémentarité des deux centres hospitaliers.

Une étroite collaboration régionale est mise à profit avec le Centre Anticancéreux Jean Perrin, le réseau auvergnat de périnatalité et le CHRU (visioconférence, dossier obstétrical informatisé partagé, staffs de chirurgie et d'oncologie) aboutissant ainsi à une stricte application de protocoles communs en accord avec les recommandations des sociétés savantes.

La collaboration avec la médecine de ville est également mise au premier plan. Celle-ci se traduit par la transmission rapide des courriers d'hospitalisation et une disponibilité téléphonique optimale ainsi que la tenue régulière d'enseignements post-universitaires sur des sujets intéressant les médecins généralistes. Ceci permet une optimisation du recrutement de la patientèle tout en contribuant à la formation des confrères de ville.

AXES D'ORIENTATION VISANT A PROMOUVOIR L'ATTRACTIVITE DE NOTRE ETABLISSEMENT AU SEIN DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE DE SANTE :

- Le départ d'un praticien temps plein a induit quelques difficultés d'adaptation, sans pour autant créer de déviance, ni dans la continuité des soins, ni dans la collaboration territoriale avec le centre hospitalier d'Ambert. Cependant, le recrutement prochain d'un praticien devrait permettre de réorganiser plus favorablement les différentes activités.
- Actuellement, 9 postes ETP de sages-femmes sont budgétés. Les besoins de développement fixés (consultations de grossesse, rééducation pelvi-périnéale, cours de préparation à l'accouchement, implication plus importante en PMI) nécessitent une réévaluation des moyens humains.

- L'établissement est en cours de réflexion quant à un important recrutement potentiel en carcinologique mammaire. Plusieurs pistes sont envisagées : collaboration avec le service de radiologie de l'établissement et les intervenants libéraux (les repérages pré-opératoires stéréotaxiques et prélèvements biopsiques), et convention avec le Centre Jean Perrin pour que les chirurgiens gynécologues de Thiers y opèrent leurs patientes. Selon l'organisation de l'hôpital de jour, les traitements de chimiothérapies et les interventions de reconstructions pourront se réaliser au CH de Thiers.
- L'optimisation des activités dans un but d'amélioration de l'offre de soins nécessite une amélioration de l'occupation des salles de consultations des différents intervenants (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, psychologues) et une éventuelle création de nouveaux locaux.
- L'offre de soins médico-chirurgicaux s'axe sur la pérennisation et le renforcement d'activités existantes en s'efforçant d'introduire de nouvelles activités pourvoyeuses d'améliorations notables de la prise en charge (chirurgie minimale invasive, raccourcissement des durées d'hospitalisation, promotion de la chirurgie ambulatoire, etc...). Cela permet également une optimisation du recrutement de la patientèle. Les formations permanentes aux nouvelles technologies représentent la pierre angulaire de l'ensemble de ces objectifs.
- La tenue de la réunion du cercle des gynécologues obstétriciens des hôpitaux périphériques auvergnats en Septembre 2009 et la tenue prochaine de la réunion du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne à Thiers traduit le dynamisme de l'équipe médicale qui a à cœur de maintenir la collaboration avec le CHRU et les autres établissements de la région Auvergne.
- L'amélioration de l'image de l'établissement passe par une communication efficiente. La création du site internet permet une présentation des différents services, notamment le service de gynécologie-obstétrique. Ce site est non seulement une mine d'informations pratiques pour les patientes, mais également le moyen de permettre une visite virtuelle qui met en lumière une valorisation et une actualisation permanente des différentes compétences.
- Il est également nécessaire de permettre aux patientes présentant un handicap (sensoriel, moteur) de pouvoir bénéficier d'une prise en charge de qualité (accueil, formation du personnel, accessibilité et adaptation des locaux).
- Une collaboration est également en cours avec le Conseil Régional dans la réalisation de livrets bilingues d'information patientes.

- Compte tenu des données de démographie médicale (départ prochain à la retraite de certains praticiens) et de modifications de fonctionnement de l'offre de soins sur le bassin vichyssois (rapprochement entre l'hôpital et la clinique), de nouvelles perspectives s'offrent aux deux centres hospitaliers en matière d'attractivité vers l'ouest du département. Déjà, bon nombre de patientes ambertoises suivies à la clinique de la Pergola optent finalement pour un suivi local. La prise en compte de ces données épidémiologiques du secteur sanitaire, en évolution permanente, devraient ainsi contribuer à une analyse continue du rayon d'attraction du service de gynécologie-obstétrique.
- Ce constat nécessite le renforcement des activités existantes tout en promouvant l'émergence d'activités nouvelles.

CONCLUSION

Le recrutement récent de chirurgiens reconnus permet d'envisager un développement de la chirurgie Gynécologique sur les deux sites avec essentiellement de la chirurgie ambulatoire sur le site d'Ambert et de la chirurgie plus lourde sur le site de Thiers.

La communauté médicale souhaite conforter l'activité de consultations gynécologiques à Ambert.

Au niveau obstétrique, la pérennisation du CPP d'Ambert devrait permettre une montée en charge de la maternité de Thiers, pour atteindre 600 accouchements dans cinq ans.

URGENCES SMUR - THIERS / AMBERT ANESTHESIE ET SURVEILLANCE CONTINUE
--

INTRODUCTION

Deux services d'Urgences - SMUR sont implantés sur ce territoire Ils sont distants de 52 kms (route de moyenne montagne), soit à 56 minutes l'un de l'autre en saison favorable. La population du territoire couvert est de 74 000 habitants (INSEE 2006). Selon les données 1999 :

- **Thiers** : 13 353 Habitants dont 25% de plus de 60 ans
- **Ambert** : 7 312 Habitants dont 28% de plus de 60 ans.

Le territoire Thiers-Ambert est caractérisé par :

- une balance migratoire négative,
- une population vieillissante,
- un taux de chômage élevé (>10 %),
- des moyens de communications difficiles.

ETAT DES LIEUX

Les deux SMURS :

L'activité :

Données d'activité	SMUR AMBERT		SMUR THIERS		REMARQUES
	2009	2010	2009	2010	
<i>PRIMAIRES</i>	259	288	649	708	
<i>SECONDAIRES</i>	17	26	17	27	<i>Assuré par SMUR local</i>
<i>RIH</i>	9				
<i>HELICO</i>		12*	7	5	<i>Pas de DZ à THIERS</i>

* 25 hélico pour l'hôpital, dont 12 pour le SMUR

Les moyens humains et matériels :

	SMUR d'AMBERT	SMUR de THIERS
Nombre IADE (SMUR)	3 IADE (SMUR + URG)	8,5 (SMUR + BLOC)
Nombre d'AS (SMUR)	6	6,4
Nombre de Véhicule Médicalisé	1	1 (1 de secours)
Dégagement Urgences Vitales SAUV	Surveillance continue commune Oui (2)	Surveillance continue commune Oui (2)
Aire Hélicoptère	Oui	Non

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée UHCD

<i>Données d'activité</i>	AMBERT : UHCD		THIERS : ZSCD Passage + 6H	
	2009	2010	2009	2010
Nombre de place	4	4		
Nombre d'entrée		583	964	1 109
Valorisation DIM	488	467		
Cout moyen d'un RUM	800 €		669,47€	625,12

Les services d'Urgences :

L'activité

<i>Données d'activité</i>	URGENCES AMBERT		URGENCES THIERS	
	2009	2010	2009	2010
TOTAL 1^{er} PASSAGE	8 113	8 264	12 711	12 159
Total 1^{er} Passage sortie externe		6 611	9 338	8 671
Total 1^{er} Passage hospitalisation		1 636	3 371	3 488
Consultations externes + pansements (2^{ème} passage)		2 227	3 149	2 806

Les personnels au 01/01/2012 :

	Urgences d'AMBERT	Urgences de THIERS
Nombre de MEDECINS	2 PH TP Remplaçants Intérim Coût Remplaçants 1 PH en temps additionnel (24h par semaine)	6,6 ETP 8 ETP Budgétés Intérim Manquent 1,4 ETP
Nombre d'interne	1	1
Nombres IDE / AS / ASH	Totalité Urgences UHCD: 7 ETP IDE pas d'AS 0,5 ETP ASH	Totalité Urgences ZSCD: 4,3 ETP IDE 4,4 ETP AS 1 ETP ASH
Nombres d'anesthésistes Jour/Nuit	1/0	2 / 1 (astreinte à partir minuit)
Chirurgiens Jour / Nuit	1 généraliste / 1 astreinte	1 ortho 1 Viscéral / 1 Viscéral
Dégagement Urgences Vitales SAUV	Surveillance continue Oui (2)	Surveillance continue Oui (2)
Psychiatrie fermée	Non	Oui
Chambre d'isolement au Urgences	Non	Oui
Plateau technique Radiologique	Table Capteur Plan	Scanner
Télétransmission	Non	Oui

LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES

	Points Forts	Points Faibles
<u>Les SMURs</u>	<p>La composition des équipes SMUR est optimale, composée d'une infirmière Anesthésiste, d'un médecin Urgentiste et d'un conducteur SMUR.</p> <p>Chaque site dispose d'un Véhicule Médical de Liaison, équipé et disponible sur place.</p> <p>Le site de THIERS possède un véhicule de secours.</p>	<p>Si le site d'Ambert possède une aire d'hélicoptère homologuée, celui de Thiers en est dépourvu.</p> <p>La Cartographie dédiée à chaque SMUR ne correspond pas à des courbes d'interventions isochrones homogènes.</p>
<u>Les UHCD</u>	<p>L'UHCD mise en place sur le site d'Ambert en Juin 2008 donne entière satisfaction.</p> <p>Cette unité permet de palier le manque de lits d'hospitalisation en période de sur-activité.</p>	<p>L'absence d'UHCD sur le site de Thiers est compensée par le maintien d'une ZSCD légalement inexistante. (en 2010, 1 184 passages dont 313 nuits).</p> <p>La localisation de l'UHCD d'Ambert dans le service de chirurgie est inadaptée.</p>
<u>Les URGENCES</u>	<p>La coopération sur le terrain des deux sites pour la gestion des lits disponibles.</p> <p>La mise en place des formations médicales, des formations paramédicales, des EPP sur le site de Thiers.</p>	<p>Absence d'attractivité des deux sites et coût exorbitant de l'intérim</p> <p>Absence de Formation sur le site d'Ambert</p> <p>Radiologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - absence de scanner à Ambert - il est impératif de mettre le service de radiologie à proximité des Urgences sur le site de Thiers.

Sur les deux sites :

- Installation de consoles de transmission (SIGMACOM)
- Transfert numérique des radios sur console : vision directe sur console
- Impression papier (abandon des films)
- Mise sur CD ROM des iconographies (Scanner Fibro...)
- Dotation des Urgences de Thiers (avec UHCD) d'un Echographe portatif.

PROJET MEDICAL URGENCES / SMUR – UHCD

L'un des principaux problèmes auquel seront confrontés les deux établissements est la modification de la formation des médecins urgentistes avec l'introduction du DESS. Il y aura donc dans les prochaines années des difficultés importantes de recrutement médical qui doivent être anticipées dès à présent par une séniorisation complète des postes tant qu'un recrutement est possible.

Projet médical SMUR :

L'étendue du territoire de santé et la mauvaise qualité du réseau routier nécessite le maintien de deux SMUR pour assurer des délais d'intervention conforme aux préconisations nationales.

Les deux SMUR désirent **mutualiser leur gestion technique** :

- Achat des Véhicules : même temps, même marque, même garage entretien (celui de Thiers est à changer en 2012).
- Mise en commun du véhicule de secours en cas de défaillance mécanique.
- Uniformisation d'achat du gros matériel (aspirateur, respirateur, scopes...)

Ils désirent **développer des procédures communes** :

- Uniformiser les moyens d'intervention type RIH (procédure et matériel)
- Stages de formation conducteurs communs

Ils désirent **améliorer la qualité de leurs prestations** :

- Equipement des deux véhicules de GPS
- Demande de révision du plan d'intervention par l'ARS (courbes iso temps), couverture zonale mutuelle : Lezoux, La Chaise Dieu, Cunlhat.
- Etude de faisabilité sur la disponibilité d'un service ambulancier commun aux deux établissements, vu le coût des transferts.
- Etude de faisabilité interne des transferts médicalisés (acquisition d'une ambulance de réanimation) et étude de faisabilité d'une médicalisation graduée (IADE) pour certains transferts SMUR prédéfinis.
- Etude coût de transfert hélicoptéré Ambert – Thiers.

PROJET MEDICAL DES UHCD

Mise en place d'une UHCD de 4 lits sur le site du Centre Hospitalier de Thiers.

Les deux UHCD désirent mutualiser leur réflexion et leur mode de gestion :

- **Cahier des charges de l'hospitalisation** : indications de l'UHCD, réseaux communs de prise en charge (assistantes sociales, psychiatres, spécialistes)...
- **Priorisation des patients issus du GCS**, c'est-à-dire :
 - ✓ prise en charge des patients en attente d'entrée en réanimation en cas de surcharge des services,
 - ✓ prise en charge d'un patient issu d'un des deux services Urgences UHCD en cas de saturation, dans les 6 heures.
- **Protocolisation des prises en charges** médicales : rédaction de procédures communes, en particulier pour les BPCO et la VNI, les douleurs thoraciques, les TC...
- **Améliorations architecturales**
 - ✓ à Ambert, une réflexion sur le déplacement de l'UHCD au même niveau que les Urgences et la Radiologie est en cours pour permettre d'installer sur un même plateau Urgences – UHCD – SMUR – consultations externes – radiologie,
 - ✓ à Thiers, le nouveau projet architectural doit permettre d'ouvrir l'UHCD à proximité du SSC redescendu au rez-de-chaussée et reconfiguré dans un souci de fonctionnalité et de mutualisation des moyens humains, avec le transfert également du service d'imagerie lui aussi à proximité de ces services de malades en situation critique.

PROJET MEDICAL SERVICES DES URGENCES

Les deux villes principales étant séparées par une distance trop importante, il est nécessaire de conserver deux services distincts.

Les deux services d'urgences désirent **mutualiser leur gestion technique** :

- **Commande de matériels** : respirateurs, détecteurs de CO, brancards...
- **Informatisation commune** :
 - ✓ Dossier Urgence/Médis : courriers

- ✓ Données de Laboratoires
- ✓ Mise en place de code barre communs Ambert Thiers d'identification

Ils désirent **développer des procédures de soins communes** :

- Mise en commun de protocoles médicaux de Thiers-Ambert
- Mise en place d'un PLAN BLANC commun
- Réfection commune du prochain dossier d'Urgence avec Intitulé commun : "Service Des Urgences Thiers & Ambert"
- Formations communes de compétence : Echographie (indispensable et urgente à Ambert en l'absence actuelle de scanner sur place), ...
- Mise en place de Staff communs
- Fiche de liaison et Protocole de prise en charge de transfert entre les deux établissements.

Ils désirent **développer une démarche qualité** :

- Participation à des protocoles de recherche (exemple étude ETVP)
- Mise en place d'un listing de communication HPRIM des médecins du territoire (courriels + images)
- Mise en place d'un réseau consultations externes spécialisées.
- Réflexion sur la sécurité des personnels aux urgences
- Mise en conformité des moyens d'imagerie (scanner à Ambert).

LES FILIERES DE PRISE EN CHARGE ET L'INTEGRATION DES URGENCES DANS LE PARCOURS DE SOINS

Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux :

La prise en charge de l'AVC est mauvaise sur notre territoire de santé comme sur la région Auvergne : elle n'est gérable que par transfert direct et rapide (hélico, ambulance disponible) sur l'Unité Neurovasculaire du CHRU qui est opérationnelle.

Les dernières recommandations préconisent un scanner **sur chaque site d'Ambert et de Thiers**, avec au moins un manipulateur et un urgentiste pour télétransmettre ses images.

Cette prise en charge ne peut se concevoir que dans le cadre d'une concertation Régionale et non locale.

Prise en charge des Infarctus Du Myocarde :

La prise en charge des infarctus est bonne sur le territoire.
Cependant, il faut améliorer les délais de transfert (hélistation, ambulance à disposition, médicalisation).

Si un réseau est actuellement établi de façon pragmatique, une convention avec un plateau technique afin d'assurer la suite de soin après les explorations adéquates est nécessaire. Cette étude, source de revenu T2A pour l'établissement, impliquerait le SMUR, un centre de coronarographie, les services de soins continus et de médecine à orientation cardiologique.

Prise en charge psychiatrique

Elle pose des gros problèmes, par l'absence de services psychiatriques sur le site d'Ambert. Le projet de psychiatrie envisage la mise à disposition par Thiers de deux journées de psychiatre à Ambert pour l'addictologie et la psychiatrie.

Avis ou consultations différées

Pour l'*Hospitalisation libre*, il faut :

- définir des critères d'hospitalisation,
- pouvoir avoir un avis psychiatrique par téléphone (Ambert), par téléphone et/ou sur place (Thiers) 24 h/24,
- avoir des rendez-vous de consultations dans des délais raisonnables,
- en cas de manque de place en HL, dégager une possibilité en Médecine ou UHCD,
- envisager des alternatives chez le patient alcoolique selon son degré d'agitation et son examen clinique : service de psychiatrie / UHCD / Chambre de dégrisement.

Pour l'*Hospitalisation sous contrainte, sans consentement*, dans le cadre de la nouvelle législation, le projet de transfert des patients à Clermont-Ferrand, au CHRU ou à Sainte Marie nécessite concertation et signature de convention. Une collaboration avec le CH de Vichy est à l'étude.

Se pose néanmoins le problème des patients en hospitalisation libre suivis par les psychiatres du CH de Thiers et dont l'état de santé se dégradant impose une hospitalisation sous contrainte : les praticiens souhaitent dans ce cas poursuivre leur prise en charge à Thiers.

La permanence des soins et les relations avec la médecine de ville :

La médecine d'urgence a évolué tandis que la permanence des soins en médecine générale a diminué. Les patients vieillissent, les médecins aussi (à Ambert, sur 15 médecins, 5 partiront à la retraite dans les 5 ans).

L'activité de médecine générale ne fait que croître dans les services d'urgence.

Les deux services visent dans l'idéal à informer en temps réel le médecin généraliste du devenir de son patient (listing de courriel, lettres informatisées).

Les urgentistes des deux centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert souhaitent renforcer l'enseignement de l'urgence et des premiers gestes par des EPU.

La rédaction commune d'une procédure d'admission unique sur le territoire des patients de Maison de retraite en l'absence du médecin référent sera proposée aux médecins de ville.

LES PERSPECTIVES EN SOINS CONTINUS DU TERRITOIRE

Les deux centres hospitaliers souhaitent conserver une unité de soins continus, de six à huit lits, nés de la fusion des deux anciennes unités de quatre lits et localisée au Centre Hospitalier de Thiers. L'équipe de médecins anesthésistes est commune aux deux établissements et composée de cinq praticiens.

Ce service doit être ajusté à la demande du territoire, avec des cibles préférentielles :

- transférer du territoire tous les patients relevant d'une véritable réanimation, aussi bien dans un souci financier que dans le cadre de la sécurisation et de l'optimisation des soins pour le patient,
- face aux perspectives d'augmentation d'activité du bloc opératoire, il convient de préserver des places pour le post op de malades souvent âgés, avec des co-morbidités associées,
- travailler les filières et les conventions pour réaliser le retour en SSC de patients coronariens, en post coronarographie précoce, comme en post interventionnel de gastroentérologie,
- un projet commun, architectural et humain, doit naître rapidement pour redescendre le SSC (et la radiologie à moyen terme) à proximité de la future UHCD.

L'ensemble de ces projets rend probable une évolution du nombre de lits à 6.

CONCLUSION

Centre hospitalier concerné	Centre Hospitalier de THIERS	Centre Hospitalier d'AMBERT
Priorité		
Court terme	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Ouverture de l'UHCD</i> (initialement prévue en 2009) 2. <i>Renforcement de l'équipe médicale</i> (diminution des ITA) 	<i>Renforcement de l'équipe médicale</i>
Moyen terme	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Redéfinition des territoires d'intervention du SMUR</i> 2. <i>Finalisation des réseaux (psychiatrie)</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Redéfinition des territoires d'intervention du SMUR</i> 2. <i>Finalisation des réseaux (psychiatrie)</i>
Long terme	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Hélistation</i> 2. <i>Réflexion sur création d'une ambulance hospitalière</i> 3. <i>Transfert du service de radiologie à proximité des urgences</i> 4. <i>Informatisation du DMP urgence</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formations Médicales 2. <i>Protocolisation</i> 3. <i>Informatisation du DMP urgence</i>

<p style="text-align: center;">PROJET MEDICAL du SERVICE de PSYCHIATRIE d'ADULTES du TERRITOIRE DE SANTE THIERS – AMBERT</p>

I – Introduction

Le service de Psychiatrie d'adultes du Centre Hospitalier de Thiers est responsable d'un des neuf secteurs du département du Puy-de-Dôme (63G01). Dans sa dimension hospitalière, il accueille aussi les patients en provenance du secteur d'Ambert (63G02) du fait de l'absence d'un dispositif d'hospitalisation temps plein au Centre Hospitalier d'Ambert.

La mission d'un service de Psychiatrie est d'assurer la prise en charge psychiatrique, pour les patients d'une aire géographique donnée (environ 60000 habitants à partir de 2006, avec les nouveaux découpages en territoires de santé), dans une volonté de spécificité des techniques employées, et de continuité des soins.

Le projet médical de la Psychiatrie est donc centré sur la mise en œuvre d'unités fonctionnelles spécifiques, pour une meilleure visibilité des possibilités de soins, des propositions de prises en charge plus particulières et plus différenciées, et une meilleure intégration au sein de l'établissement hospitalier par amélioration de l'interface avec les services des Urgences, de Médecine, de Chirurgie, de Gynéco-obstétrique et de Gériatrie.

La perspective élaborée par l'Agence Régionale de Santé est celle de la création d'un territoire de santé Thiers-Ambert et d'un Groupement de Coopération Sanitaire Thiers-Ambert. Cette mise en place d'un unique secteur de santé mentale impose l'intégration des deux secteurs initiaux, qui dépend étroitement de l'organisation administrative future des deux hôpitaux.

II – Situation actuelle

A. La population accueillie

La population accueillie se compose d'adultes résidant dans le secteur Thiers-Ambert du département du Puy-de-Dôme, soient environ 70 000 habitants, dont 2/3 pour le bassin Thiernois et 1/3 pour le bassin Ambertois.

La comparaison entre 2008 et 2010 objective l'évolution des hospitalisations suivante :

	2008	2010	Evolution
File active	2143	2246	4,82 %
Patients hospitalisés	386	390	1,03 %
Patients accueillis en HDT	83	64	-22,89 %
Patients accueillis en HO	17	13	-23,53%
Durée moyenne de séjour	26,9	23,4	-13,01%
Taux d'occupation du service	67,7	64,6	-4,58%

L'activité 2009 de consultation se répartit comme suit :

- Consultations psychiatres = 3 002
- Consultations psychologues = 2 318
- Consultations + démarches Assistante Sociale = 227+345
- Nombre de patients suivis en ambulatoire = 2 037

Les patients reçus sont :

- des patients présentant des pathologies névrotiques (anxieux, dépressifs et autres),
- des patients présentant des pathologies psychotiques,
- des patients suicidants, selon les recommandations de la HAS,
- des patients présentant des pathologies liées à l'alcool (après que les complications somatiques majeures aient été prises en charge), et d'autres troubles addictifs,
- des patients âgés présentant des problèmes psychiatriques,
- en hospitalisation libre ou médico-légale.

B. Moyens actuels à disposition

1) Au Centre Hospitalier de Thiers

Le service de psychiatrie est partagé en deux unités géographiquement séparées situées sur le site de l'hôpital général :

- l'Unité Diderot, fermée et aménagée de plain-pied, accueille les patients hospitalisés sans consentement, ainsi que des patients en hospitalisation libre
- l'Unité Pascal, ouverte, est aménagée sur deux étages :
 - ✓ Premier étage : hospitalisation libre temps plein,
 - ✓ Rez-de-Chaussée : bureaux de consultations, salles de réunion et d'ateliers de l'hôpital de jour, salles à manger, cafétéria.

L'équipe médicale et para-médicale se compose de :

- deux psychiatres temps plein,

- deux psychiatres temps partiel,
- une assistante sociale,
- trois psychologues temps plein,
- trois psychologues en addictologie (deux mi-temps et un 20 % en alcoologie).
- Le rattachement au CH de Thiers des deux postes de psychiatres praticiens hospitaliers temps plein vacants au CH d'Ambert a été demandé dans le cadre du Pôle de Psychiatrie.

L'activité de soin en psychiatrie s'articule autour de :

- consultation de psychiatrie générale,
- psychiatrie de liaison,
- activité ambulatoire (CATTP, Hôpital de jour, secteur),
- trois demi-journées de consultations de psychiatrie générale pour les patients du secteur d'Ambert,
- consultation spécifique d'addictologie,
- hospitalisation temps plein.

2) Au centre hospitalier d'Ambert :

Le service de psychiatrie se situe dans un bâtiment sur le site de l'hôpital général.

Le rattachement au CH de Thiers des deux postes de psychiatres praticiens hospitaliers temps plein vacants au CH d'Ambert a été demandé dans le cadre du Pôle de Psychiatrie.

L'équipe paramédicale est celle du CMP.

L'activité de soin en psychiatrie s'articule autour de :

- consultations psychiatriques plurihebdomadaires à l'hôpital de Thiers où trois demi journées sont réservées pour les patients d'Ambert,
- consultations médicales d'addictologie,
- accueil infirmier : dix demi-journées par semaine en hôpital de jour et CATTP, sur prescription par un psychiatre de Thiers,
- consultations infirmières d'addictologie de première ligne,
- réunion clinique et institutionnelle mensuelle pour l'addictologie.

C. Formation – recherche

Des formations spécialisées en psychiatrie et en addictologie sont régulièrement dispensées aux équipes soignantes des CH de Thiers et d'Ambert, ainsi qu'aux partenaires sanitaires et sociaux du territoire.

Le service participe également à des protocoles de recherche en psychiatrie et en addictologie.

III– Le projet du Pôle de Psychiatrie adultes

Afin de remplir les objectifs de soins cités en préambule, le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier de Thiers installé dans le nouveau bâtiment s'organise en trois unités fonctionnelles, chacune sous la responsabilité d'un des médecins de l'équipe médicale.

A) Une unité fonctionnelle centrée sur la prise en charge des hospitalisations dites de court séjour

1) Présentation

Cette unité fonctionnelle est destinée à la prise en charge de toutes les pathologies rencontrées en Psychiatrie générale. Son objectif est d'assurer l'ensemble du traitement psychiatrique spécifique depuis l'évaluation initiale au moment de l'admission, jusqu'à la réhabilitation psychosociale orientant vers la sortie, tout en optimisant l'articulation avec les soins ambulatoires.

Cette unité fonctionnelle s'organise en deux sous-unités pour accueillir les patients dans les meilleures conditions de soins et de sécurité :

- les patients placés en hospitalisation médico-légale, l'une des missions fondamentales du secteur : le projet propre de cette sous-unité, où sont prévus 6 lits et 2 dits de soins intensifs, s'articule autour de la gestion de la crise et des conditions particulières qui y sont liées ;
- les patients en hospitalisation libre, qui peuvent donner un consentement aux soins, qu'il y ait eu ou non auparavant passage par l'hospitalisation sans consentement : sont prévus 25 lits, 23 en chambre individuelle et 2 en chambre double.

L'optimisation du soin est assurée par l'unicité de moyens, (soignants, matériels et architecturaux) : cette unité fonctionnelle se trouve désormais dans un seul et même bâtiment.

Pour l'hospitalisation sous contrainte (HDT et HO), dans le cadre de la nouvelle législation, le projet de transfert des patients à Clermont-Ferrand, au CHRU ou à Sainte Marie nécessite concertation et signature de convention. Une collaboration avec le CH de Vichy est à l'étude.

Se pose néanmoins le problème des patients en hospitalisation libre suivis par les psychiatres du CH de Thiers et dont l'état de santé se dégradant impose une hospitalisation sous contrainte : les praticiens souhaitent dans ce cas poursuivre leur prise en charge à Thiers.

2) Objectifs d'une hospitalisation en psychiatrie

- L'évaluation clinique initiale du patient.
- Le soin du patient hospitalisé en état de crise.
- La réhabilitation psycho-sociale du patient hospitalisé.

3) Protocole de soins

3.1 Origine des patients accueillis en Psychiatrie

Les patients accueillis en Psychiatrie au CH de Thiers sont admis en hospitalisation libre ou en soins psychiatriques sans consentement.

Ils viennent :

- du service des urgences du centre hospitalier de Thiers,
- des services de MCO, maison de retraite, long et moyen séjours de l'hôpital de Thiers, dans le cadre de la psychiatrie de liaison,
- des consultations de psychiatrie, en admission directe, ou après avoir été reçus par un médecin somaticien aux urgences, sur demande du psychiatre consultant,
- du centre hospitalier d'Ambert,
- d'autres centres hospitaliers : ils peuvent dépendre d'autres secteurs, en l'absence de place dans les centres hospitaliers de référence (CHRU Clermont-Ferrand, Sainte Marie Clermont-Ferrand, Vichy, Riom, Issoire...),

3.2 Protocole d'accueil des entrées

Le psychiatre d'astreinte doit toujours être informé de la demande d'admission pour un patient. Deux situations peuvent se présenter :

- entrées directes, programmées, de patients connus dont la ré-hospitalisation a été organisée de longue date,

- entrées non programmées : passage des patients par les urgences pour désomatization, prescription médicale écrite initiale, pour l'apaisement des troubles comportementaux et de l'anxiété, la nuit notamment.

3.3 Phase initiale d'évaluation, de surveillance, de réassurance, d'information sur les droits du patient, le règlement intérieur du service, et d'élaboration et de mise en place du plan de soin

3.3.1 Prise en charge médicale

Evaluation clinique par un entretien avec le patient, pendant une trentaine de minutes environ, dans un bureau d'entretien réservé à cet effet, en présence d'un infirmier.

Evaluation de la nécessité ou pas de la mise immédiate en chambre de soins intensifs, avec ou sans contention, élaboration de la prescription médicamenteuse et du projet de soins.

3.3.2 Prise en charge paramédicale et sociale

A l'accueil, le patient est pris en charge par l'équipe soignante. Sur prescription médicale, une prise en charge par l'assistante sociale est organisée.

Une synthèse précoce médico-infirmière est réalisée pour élaborer le projet de soins personnalisé (chimiothérapie, psychothérapie, sociothérapie, prise en charge sociale, kinésithérapie), le tout sur prescription médicale.

3.4 Phase intermédiaire du séjour avec coordination de la prise en charge par un point clinique hebdomadaire réunissant l'ensemble de l'équipe

3.4.1 Les différents temps de la prise en charge

a Evaluation des premiers résultats cliniques, par l'observation du comportement dans le service et des entretiens médico-infirmiers.

b Point clinique hebdomadaire où la situation de chaque patient est revue dans sa globalité, avec l'ensemble de l'équipe médico-infirmière référente, dans une salle prévue à cet effet.

c *Prise en charge médicale :*

- Entretiens en présence d'un infirmier,
- Réévaluation des prescriptions thérapeutiques (médicaments, psychologue, kinésithérapeute, diététicienne...), des consultations de spécialistes, des examens complémentaires.
- Elaboration des certificats pour les dossiers sociaux.
- Entretiens avec les familles.
- Entretiens avec les associations tutélaires.
- Liaison avec les institutions.

d *Prise en charge paramédicale*

Au cours de l'hospitalisation, les soins proposés au patient sont réévalués régulièrement. Des entretiens informels peuvent être provoqués par un événement particulier ou à la demande du patient. Les infirmiers :

- peuvent avoir des entretiens avec les familles,
- assurent les liaisons avec les associations tutélaires en fonction des besoins des patients,
- participent aux réunions avec les institutions médico-sociales où vivent certains patients,
- assurent l'accompagnement à l'extérieur, individuel ou collectif, pour des démarches sociales ou thérapeutiques spécifiques,
- assurent les soins de nuit, les toilettes, les pansements.

Le moment du repas est un moment particulier dans la prise en charge du patient, où les enjeux socio-relationnels sont importants, et où s'élabore un aspect spécifique de l'alliance thérapeutique et de la dynamique de groupe.

e *Prise en charge pharmaceutique*

Concernant les médicaments, dans une démarche qualité en liaison avec le service de la pharmacie, il conviendra dans l'avenir, d'envisager une prescription nominative avec préparation des traitements par les préparateurs en pharmacie et validation pharmaceutique des ordonnances.

f *Prise en charge assistante sociale*

Mise en œuvre des moyens nécessaires à la résolution des problèmes identifiés lors de la

phase initiale : dossier administratifs et sociaux pour faire valoir les droits ou évoluer la situation (droit au logement, aide-ménagère...), dossier IJ, AAH, orientation professionnelle....., rôle d'information auprès des patients sur les démarches à entreprendre avec les services extérieurs à l'hôpital (CAF, service logement, CCAS...), liaison avec les différentes instances et personnes extérieures (familles, maisons de retraite, tuteurs, autres services sociaux...).

Compte tenu de l'augmentation du nombre des patients accueillis dans l'ensemble du service, et de l'absence de remplacement en période de congés, un seul temps d'assistance sociale ne permet plus de répondre de façon optimale à la demande spécifique des patients de cette unité fonctionnelle.

3.4.2 Les ateliers thérapeutiques et occupationnels proposés par les équipes du service

L'indication d'un atelier répond à un objectif de resocialisation, de mobilisation des capacités cognitives, de travail sur la perception corporelle, sur les tensions musculaires, de sédation de l'angoisse, d'expression des affects, de travail sur l'alliance thérapeutique, sur la mise en place de stratégies spécifiques. L'évaluation clinique quotidienne, médicale et infirmière, outre la demande propre du patient, permet de déterminer quel est l'atelier qui conviendra le mieux à sa prise en charge.

3.5 Passage de l'unité médico-légale, ou des chambres de soins intensifs à l'unité de psychiatrie générale

Il s'effectue à partir de l'évaluation clinique quotidienne, médicale et infirmière, sur prescription médicale.

3.6 Phase de l'organisation de la sortie

En fin de séjour, l'évaluation clinique de la symptomatologie du patient permet de considérer que le patient peut quitter l'unité fonctionnelle et s'inscrire dans une autre dimension du soin.

Après un dernier entretien médico-infirmier, il est décidé, au choix, que :

- le patient est orienté soit vers son domicile, soit vers

- son institution médico-sociale (nouvelle ou d'origine),
- le patient sort avec ou sans suivi en consultation psychiatrique ambulatoire,
- le patient sort avec ou sans suivi en psychothérapie ambulatoire,
- le patient sort avec ou sans accueil en CATTP – Hôpital de jour,
- le patient sort avec ou sans suivi à domicile par un infirmier de secteur,
- le patient est transféré vers l'unité fonctionnelle d'hospitalisation de longue durée.

Une synthèse du séjour est adressée au médecin traitant choisi par le patient, au médecin du service qui l'avait adressé et à celui du service qui va l'accueillir.

B) Une unité fonctionnelle centrée sur la prise en charge ambulatoire

Les objectifs de cette unité fonctionnelle sont la pluridisciplinarité et l'amélioration de la communication et de la prise en charge entre les différentes structures. Ici aussi, l'optimisation du soin est assurée par l'unité de moyens, soignants, matériels et architecturaux.

Elle rassemblera sur un même niveau les dispositifs suivants :

- Le CMP (Centre Médico-Psychologique) qui est le pivot du travail de prévention et de prise en charge, en pré et post hospitalisation, attribué au service de psychiatrie. C'est là qu'ont lieu les consultations des différents intervenants, les entretiens et les soins infirmiers (injection, préparation des traitements) ;
- L'activité de secteur, qui consiste à assurer le suivi au domicile des patients et le partenariat avec les institutions présentes sur le secteur (maisons de retraite, CAT, foyer logement, milieu associatif...) nécessite une augmentation des moyens humains compte tenu du nombre d'institutions et de patients demandeurs ;
- L'hôpital de jour, qui accueille, entre une demi et dix demi-journées par semaine, des patients sortant d'hospitalisation temps plein, pour une prise en charge individuelle ou en groupe, en fonction des activités prescrites par le médecin ;
- Le CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) qui doit accueillir sur des temps courts (moins d'une demi-journée), des patients stabilisés, pour une prise en charge individuelle ou en groupe ;
- La psychiatrie de liaison : un psychiatre se déplace auprès de différents patients hospitalisés en Médecine, Chirurgie,

Maternité, Long séjour, SSR. Il s'agit essentiellement d'une approche clinique, au lit du malade, qui vise à porter un diagnostic et sensibiliser les équipes soignantes sur la pathologie mentale, et à les rassurer sur leurs capacités à répondre à certaines situations psychopathologiques.

C) Une unité fonctionnelle d'addictologie de niveau II de 15 lits sous autorisation de médecine

1. Présentation

Le projet de création d'une filière de soins de niveau II en addictologie, c'est-à-dire niveau de recours spécialisé pour la prise en charge des conduites addictives, s'appuie sur plusieurs facteurs :

➤ L'identification d'un besoin sur le territoire Thiers-Ambert

- ✓ le taux de mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool (2003-2005) est l'un des plus élevés du département (30,4 pour 100 000 personnes de moins de 65 ans contre 20,5 pour Clermont-Ferrand).
- ✓ le taux comparatif d'hospitalisations liées aux pathologies associées à l'usage de produits psychoactifs est le plus élevé de la région (97,5 pour 100 000 personnes).

Patients relevant d'addicto	Ambert	Thiers
2010	92	295
30/11/2011	60	187

- ✓ Les venues en consultations externes pour addictologie à Thiers sont en augmentation d'année en année :

2008	2009	2010	Sept 2011
334	377	453	634

➤ Les particularités liées à ce territoire

- ✓ la précarité prononcée provient :
 - ❖ des revenus fiscaux de référence inférieurs à la moyenne départementale,

- ❖ du taux de chômage le plus important de la région,
 - ❖ et de la plus forte proportion de familles monoparentales.
 - ✓ la difficulté d'accès aux différents équipements et services par rapport à la moyenne régionale, surtout pour les habitants du bassin d'Ambert, géographiquement éloignés, est encore aggravée par cette précarité financière.
- **L'offre de soin existante**
- ✓ la présence de personnels qualifiés en addictologie au sein des équipes du service de Psychiatrie permet leur sensibilisation à la prise en charge des problèmes d'addiction ;
 - ✓ les deux centres hospitaliers sont équipés d'un plateau technique adapté à la prise en charge des pathologies addictives ;
 - ✓ les partenariats sont développés :
 - ❖ avec les médecins généralistes, les structures médicosociales (Relais Santé, projet avec l'ANPAA) et associatives (Communauté Emmaüs par exemple) du territoire
 - ❖ avec le CHRU (en particulier service des Urgences, CMP B), le Centre hospitalier Sainte-Marie et les cliniques psychiatriques du grand Clermont.
- **Les orientations gouvernementales sont mentionnées successivement dans plusieurs textes :**
- ✓ Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 MILDT
 - ✓ Circulaire DGS/6B/DHOS/02/2007/203 (16/05/2007)
 - ✓ Plan Santé Mentale
 - ✓ Loi HPST

2. Les objectifs

2.1 La filière d'addictologie de niveau II doit permettre :

- la prise en charge spécialisée des patients présentant des conduites addictives sur le territoire Thiers–Ambert (secteurs 63G01 et 63G02), l'alcoololo-dépendance ayant la prévalence la plus importante (cf supra),
- la prise en charge des complications somatiques et/ou psychiatriques ainsi que les comorbidités,
- le repérage, l'évaluation, l'orientation des patients présentant une addiction hospitalisés dans les services de MCO et Urgences,

- la formation et la sensibilisation des équipes hospitalières aux pathologies addictives,
- la participation à des protocoles de recherche (en lien avec la filière de soins en addictologie de niveau III),
- la participation à des actions de prévention des conduites addictives en partenariat avec les structures médico-sociales locales, l'Education Nationale, etc.

2.2 Conformément au plan MILDT 2007-2011, la filière d'addictologie de niveau II doit :

- s'articuler autour :
 - ✓ d'un secteur d'hospitalisation temps plein pour sevrage et soins résidentiels complexes,
 - ✓ d'un secteur d'hospitalisation de jour,
 - ✓ d'une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA),
 - ✓ d'une consultation,
 - ✓ d'un réseau pour l'orientation des patients le nécessitant vers les structures de soins de suite et de réadaptation spécialisés en addictologie ;
- privilégier la prise en charge intégrée des pathologies addictives, de leurs complications et de leurs comorbidités. Elle repose donc sur un partenariat intra hospitalier et extrahospitalier (structures médicosociales et médecins libéraux).

3. Description de cette unité d'addictologie

3.1- Hospitalisation temps plein

L'hospitalisation temps plein s'effectue dans une unité de 15 lits dédiés, dans le service de Psychiatrie adulte, au Centre hospitalier de Thiers.

Elle s'adresse principalement à des patients alcoolodépendants et consiste en la réalisation de sevrages alcool complexes (hospitalisation de plus de 11 jours).

Outre les sevrages alcool, l'hospitalisation permet aussi :

- les sevrages à d'autres Substances Psycho Actives (SPA),
- les sevrages multiples,
- la stabilisation d'une pathologie addictive décompensée,
- l'initialisation d'un Médicament de Substitution aux Opiacés (MSO), etc,

- le traitement des troubles des conduites alimentaires.

L'orientation des patients s'effectue à partir des consultations d'addictologie des Centres hospitaliers de Thiers et Ambert (hospitalisations programmées) ou après évaluation par l'équipe de liaison dans les services de MCO et urgences de ces établissements.

Les sevrages physiques sont effectués dans les services de Médecine des Centres hospitaliers de Thiers et Ambert. Le bilan du retentissement somatique est réalisé en privilégiant l'utilisation des plateaux techniques in situ.

3.2- Hospitalisation de jour

C'est une alternative à l'hospitalisation temps plein ; elle permet de maintenir le patient dans son environnement. Elle peut être le relais d'une hospitalisation temps plein.

Elle peut permettre la réalisation d'un sevrage ambulatoire, ou la consolidation de l'abstinence à une substance après une période d'hospitalisation temps plein.

Elle partage le plateau technique de l'hôpital de jour du service de Psychiatrie.

3.3- Equipe de liaison et de soins en addictologie

Cette équipe intervient sur sollicitation des équipes soignantes des différents services des Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert qui ont repéré, parmi leurs patients hospitalisés, ceux qui présentent des pathologies addictives et qui n'ont donc pas forcément conscience de leur mésusage. L'équipe de liaison propose une prise en charge incluse dans un projet de soins global (bio-médico-psycho-social) adapté au patient, allant de l'intervention brève à la mise en place d'un suivi spécialisé au long cours.

Des patients peuvent ainsi être orientés dans l'unité d'addictologie d'hospitalisation temps plein.

Par ailleurs, l'équipe de liaison sensibilise et forme, les équipes soignantes au repérage et aux risques induits par la pathologie addictive.

3.4- Consultation spécialisée

La consultation spécialisée en addictologie existe déjà et a lieu au sein des CMP de Thiers et Ambert.

Elle est assurée par des soignants formés en addictologie.

Ces CMP proposent des soins addictologiques spécifiques :

- thérapies individuelles
- thérapies de groupes (psychoéducation, ateliers à orientation cognitivo-comportementale, groupes de parole, etc)
- thérapies à médiation corporelle (sport, balnéothérapie, relaxation,...)
- consultations diététiques
- possibilité de rencontre avec des associations de patients, mouvements néphalistes, etc

Les équipes soignantes de ces unités doivent être formées en addictologie.

Compte tenu de la spécificité de la prise en charge psycho-comportementale et de la fréquence des comorbidités psychiatriques, la filière de soins en addictologie doit être rattachée au pôle de Psychiatrie sous une autorisation administrative de médecine et doit bénéficier d'une unité fonctionnelle.

4. Les moyens humains nécessaires

Des moyens humains formés à l'addictologie sont nécessaires, tant pour l'unité d'hospitalisation complète (15 lits), pour l'hospitalisation de jour que pour consultation d'addictologie et liaison, personnels intervenant à Thiers et à Ambert : psychiatre, médecin généraliste, psychologue (formé en TCC), IDE, AS/AMP, kinésithérapeute, assistant social, diététicien (mutualisé avec l'hôpital de jour), secrétariat.

5. Les perspectives à court terme

- 5.1. Mettre en place une consultation de tabacologie pour les personnels des C.H. de Thiers et Ambert ;
- 5.2. Améliorer la prise en charge, conformément aux orientations du plan MILDT 2008-2011 :
 - **des femmes enceintes** en développant l'activité de liaison dans le service de gynécologie obstétrique du C.H. de Thiers et en formant les équipes soignantes au repérage précoce et à l'intervention brève,
 - **des adolescents** :
 - ✓ en formant les personnels sanitaires et sociaux en contact avec les adolescents au repérage précoce et à l'intervention brève,

- ✓ en créant une consultation «jeunes consommateurs» (par exemple au Relais santé de Thiers et à la PAIO d'Ambert),
 - ✓ en formalisant un partenariat avec la pédopsychiatrie des secteurs de Thiers-Ambert et de Cournon ;
- 5.3. Continuer de tisser un partenariat avec les professionnels du secteur sanitaire et social extra hospitalier, en le formalisant par des conventions chaque fois que possible ;
- 5.4. Poursuivre les formations des professionnels intra et extra hospitaliers au contact de publics pouvant présenter des conduites addictives, en insistant sur le repérage précoce et l'intervention brève.

IV - Conclusion

Le projet architectural sous-tend le développement d'alternatives à l'hospitalisation, dans des conditions adaptées, en particulier le développement d'un plateau technique d'activités permettant un accueil en hôpital de jour mieux identifié dans le service, par rapport à l'existant. Ceci représente un objectif important, qui permettra l'évolution des modalités de prise en charge de l'hospitalisation complète vers des hospitalisations à temps partiel.

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT ; CENTRE HOSPITALIER DE THIERS-AMBERT
--

Contexte général :

- Historiquement, le Secteur de PEA rattaché au CH de Thiers (63 I 01) comporte trois implantations : Thiers, Ambert et Cournon (secteurs 1,2 et 9).
- Il est le seul de la Région à être dépourvu de structure d'hospitalisation, même à Temps Partiel.
- Ce Service a fonctionné plusieurs années, depuis le départ de son Chef de Service (Docteur MERAT) sans présence médicale sur Thiers et Ambert.
- En 2007, nomination du Dr J.GENESTE (Chef de Service de PEA au CHRU) en tant que Chef de Service à titre intérimaire.
- Création de la Fédération interhospitalière de PEA entre le CHRU et le CH de Thiers : dans ce cadre, recrutement d'un praticien contractuel partagé entre le CHRU et Thiers.

L'analyse du SROS Auvergne amène à formuler les observations suivantes :

- dans l'exposé des besoins du territoire de santé « Thiers-Ambert », la population des enfants et adolescents n'est pas citée...,
- Le développement des complémentarités entre les CH de Thiers et d'Ambert est en cours, en particulier pour la Psychiatrie,
- Cournon est rattaché au territoire de santé du Grand Clermont.

L'analyse de l'activité et des besoins nous conduit à proposer un projet de restructuration en profondeur autour de ces deux principes :

1 - Doter le territoire de Thiers-Ambert d'un dispositif commun renforcé en PEA :

- en renforçant la capacité de prise en charge sur Thiers (création à Thiers d'un Hôpital de Jour de 6 places) à partir de moyens en partie redéployés du CMP,
- en développant les liaisons avec le CH de Thiers (Psy d'Adultes, Addictologie, Urgences, Maternité), et les structures médico-sociales et sociales (PMI...),

- en rapprochant de l'Hôpital d'Ambert la consultation, dont l'orientation vers la prise en charge des adolescents doit être renforcée.

L'analyse des besoins impose :

- un renforcement en particulier médical (+1 ETP), infirmier et socio-éducatif de l'équipe actuelle,
- des locaux adaptés à cette activité (nouveaux locaux à Thiers en tenant compte de la vétusté et de l'impossibilité d'implanter un HDJ sur le CMP existant, locaux de consultation au CH d'Ambert),
- des moyens en véhicules.

2 – Doter la consultation de Cournon de capacités à développer une activité ambulatoire renforcée (CATTP), en particulier vers la prise en charge des Adolescents :

- Renforcement de l'équipe médicale (+0,5 ETP), adjonction de personnel soignant et socio-éducatif...,
- dans des locaux adaptés (surface, disposition),
- en renforçant les liaisons avec les structures de proximité, en particulier le CHRU pour l'hospitalisation, structures médico-sociales (SESSAD, ITEP) et sociales (PMI...)

L'activité du Service de PEA, renforcée et restructurée autour de ces 2 unités (Thiers-Ambert, d'une part, Cournon de l'autre) doit permettre, dans ces deux territoires aux besoins insuffisamment pourvus compte tenu de leurs particularités socioéconomiques (territoire de Thiers-Ambert) et démographiques (secteur de Cournon) une politique de prévention précoce orientée sur la petite enfance, d'une part, et la mise en place d'un dispositif de soins et de prévention spécifiquement adapté aux adolescents de l'autre.

PROJET D'HOPITAL DE JOUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE A THIERS

A - INTRODUCTION

En 2006, le SROS III a induit un nouveau découpage régional en territoires de santé « qui ne se superpose pas aux anciens secteurs de psychiatrie et impose l'élaboration d'une nouvelle organisation de la prise en charge psychiatrique ». Le SROS recommande en outre de « favoriser le travail en réseau dans le champ de la psychiatrie infantile-juvénile dont l'articulation est indispensable avec le secteur sanitaire, le secteur médico-social, l'Éducation Nationale, la justice ».

La ville de Thiers est la plus importante du territoire de santé « Thiers – Ambert ». La population de moins de 18 ans représente 13 000 personnes dont 3 940 enfants de 5 à 10 ans. (Recensement de la population 2006).

Actuellement, le CMPEA de Thiers est la seule structure disponible pour cette jeune population qui peut bénéficier de soins ambulatoires. Cependant, le CMPEA n'a pas de dispositif de soins pour les patients nécessitant une prise en charge plus intensive : l'hôpital de jour le plus proche est celui du CHRU de Clermont-Ferrand.

Cet hôpital de jour à Thiers s'inscrit en complémentarité du CMPEA et répond aux besoins des patients souffrant de troubles plus sévères.

B - OBJECTIFS ET BESOINS

L'objectif d'un hôpital de jour est de proposer des soins de proximité aux enfants en âge scolaire de la région Thiers – Ambert.

Les jeunes patients souffrant de troubles du développement et de troubles graves de la personnalité sont pris en charge dans cette structure de soin. Elle n'a pas vocation de centre de crise ou d'urgence psychiatrique, de même qu'elle ne se substitue pas à des prises en charge institutionnelles médico-sociales.

Il s'agit d'une prise en charge ambulatoire sur un mode séquentiel permettant à ces enfants de rester dans leur milieu naturel. Ce type de soin permet de proposer des soins plus individualisés et adaptés au jeune âge des enfants (en leur évitant des trajets coûteux en terme de fatigue et de temps pour des enfants qui bénéficient souvent de multiples prises en charge et d'emplois du

temps très lourds), de favoriser une intégration sociale satisfaisante parmi leurs pairs et de maintenir la qualité des liens familiaux.

L'hôpital de jour propose un accompagnement thérapeutique de l'enfant au travers d'activités individuelles ou de groupe. Selon l'état clinique, divers modes de prise en charge sont possibles.

Le projet de soin personnalisé propose, en fonction de l'enfant, un volume horaire et un contenu spécifique, en articulant les soins et la scolarité.

La guidance des familles est également un axe de travail et de réflexion avec la création d'un groupe de parents et la formation de l'équipe aux techniques de thérapie familiale.

En 2010, 35 enfants reçus au CMPEA de Thiers – Ambert présentaient des troubles graves du développement et de la personnalité.

Pour plusieurs de ces enfants, des prises en charge pluri-hebdomadaires, telles que psychothérapie, consultation pédo-psychiatrique, rééducation orthophonique et psychomotrice, ont été instaurées, comprenant en tout, au maximum, 3 séances hebdomadaires d'une heure.

Ce programme de soins proposé dans ce type d'indications reste malgré tout insuffisant.

Pour un certain nombre d'autres enfants, une orientation vers le CHRU de Clermont-Ferrand a été nécessaire (faute de moyens disponibles en terme matériel et humain pour répondre aux besoins de prise en charge de ces enfants).

Pour d'autres encore, en raison de souhaits spécifiques des familles (par exemple, refus d'aller à Clermont-Ferrand) et du manque de possibilités effectives de prise en charge au CMPEA, les soins qui auraient été nécessaires n'ont pu être apportés.

Par ailleurs, la population d'adolescents (11 – 17 ans) sur l'arrondissement de Thiers / Ambert compte 6 690 personnes (Source Insee RP 2006).

Le nombre de consultations au CMPEA des 11 – 18 ans se monte à 310 par an.

Aussi, l'élargissement des indications de prise en charge est envisagé, en proposant des ateliers du soir pour ces groupes d'enfants plus âgés.

C - MODALITES DE FONCTIONNEMENT

Une capacité de 6 places représente 60 demi-journées de prise en charge.

En se basant sur une moyenne de 3 demi-journées par semaine et par enfant, cela permet un accueil de 20 enfants par semaine en moyenne.

Population :

Enfants de 5 à 10 ans, scolarisés à plein temps ou partiellement en maternelle, primaire ou CLIS souffrant de troubles graves du développement et de la personnalité (incluant trouble envahissant du développement, troubles de l'attachement de l'enfance, pathologies limites,...)

Temps de prise en charge :

- Les temps de prise en charge s'effectuent sur la base de demi-journées d'une durée de 2 à 3 heures (sans repas).
- Un enfant est pris en charge 2 à 4 demi-journées par semaine.
- Il n'y a pas de possibilité d'hébergement de nuit.
- L'hôpital de jour fonctionne 5 jours par semaine, du lundi au vendredi (on repère la nécessité d'un groupe fonctionnant le mercredi pour les enfants scolarisés à temps plein).
- Des périodes de fermeture en cours d'année (vacances scolaires) sont à définir.

Modalités thérapeutiques de prise en charge :

Groupes de 3 à 5 enfants :

- possibilités de prise en charge individuelle si l'indication est posée
- participation conditionnée par une prescription médicale
- projet de soin présenté aux parents ou représentant légal de l'enfant
- ateliers utilisant des médiations :
 - ✓ manuelles : cuisine, poterie, jardin, bricolage...
 - ✓ créatives : laisser des traces (peinture, dessin), expression corporelle...
 - ✓ sensori-motrices : transvasements, jeux d'eau, musique...
 - ✓ culturelles : socialisation, ouverture vers l'extérieur, poney...

Les soignants travaillent par binôme, l'un des soignants étant le référent du projet de l'enfant et l'interlocuteur de première ligne de l'école ou des parents en ce qui concerne le projet éducatif de l'enfant.

Les prises en charge font l'objet de réunion de synthèses hebdomadaires. Les bases théoriques des prises en charge sont réactualisées par des réunions bibliographiques mensuelles.

Possibilités de prise en charge sur une durée courte, déterminée à l'avance, pour observation, afin de préciser un diagnostic et d'établir un projet de soin si besoin.

D – PERSONNEL

➤ Médecin psychiatre, praticien hospitalier :

Le médecin est responsable de l'orientation thérapeutique de l'unité :

- ✓ organisation du travail de l'équipe,
- ✓ direction des réunions,
- ✓ coordination avec les structures de secteur,
- ✓ relations avec l'administration,
- ✓ liaison avec les médecins (médecin traitant, pédiatre, UETD, CRA) et les intervenants extérieurs,
- ✓ rédaction des comptes rendus médicaux d'hospitalisation,
- ✓ suivi psychiatrique des enfants,
- ✓ guidance familiale.

➤ Cadre infirmier :

- ✓ encadrement du personnel,
- ✓ gestion des équipements,
- ✓ relation avec l'administration et le pôle de psychiatrie,
- ✓ organisation pratique des emplois du temps,
- ✓ adéquation entre le projet de soin et les objectifs médicaux,
- ✓ travail avec les familles.

➤ Infirmiers :

- ✓ soins infirmiers et hygiène du quotidien,
- ✓ transmissions ciblées,
- ✓ recueil des données sur le logiciel de PMSI,
- ✓ évaluations infirmières,
- ✓ travail de secteur,
- ✓ activité d'infirmière de consultation pendant les suivis médicaux des enfants et de leurs familles,
- ✓ entretiens infirmiers avec les familles,
- ✓ permanence sur le lieu de soin.

➤ Educateurs spécialisés :

- ✓ référents des projets éducatifs de l'enfant,
- ✓ lien avec les équipes pédagogiques,
- ✓ évaluations éducatives,
- ✓ activités éducatives,
- ✓ travail de secteur,
- ✓ entretiens éducatifs avec les familles.

- Psychologue clinicien :
 - ✓ évaluations (psychométriques et projectives),
 - ✓ psychothérapies (individuelles, groupales, familiales),
 - ✓ accompagnements familiaux.

- Psychomotricien :
 - ✓ évaluations,
 - ✓ psychomotricité individuelle et en groupe,
 - ✓ relaxothérapie.

- Orthophoniste :
 - ✓ évaluations,
 - ✓ rééducation (en individuel ou en petit groupe pour travailler un bain de langage).

- Assistant social :
 - ✓ évaluations sociales,
 - ✓ entretiens familiaux (information sur les droits concernant l'enfant handicapé),
 - ✓ liens avec les partenaires sociaux et de l'éducation spécialisée (MDPH),
 - ✓ démarches d'orientation,
 - ✓ démarches administratives.

- Secrétaire :
 - ✓ courriers, rapports,
 - ✓ accueil,
 - ✓ permanence téléphonique, prise de rendez-vous,
 - ✓ tenue des dossiers,
 - ✓ archivage.

- Agent de service :
 - ✓ entretien,
 - ✓ hygiène.

Il paraît également nécessaire de prévoir des temps de formation, notamment dans le cadre de supervision et d'analyse des pratiques réalisées mensuellement par un intervenant extérieur.

E – MOYENS MATERIELS NECESSAIRES

L'hôpital de jour doit se situer dans des locaux adaptés et pensés pour les prises en charge des enfants.

Pour ce faire, nous devons disposer de **locaux adaptés** :

- un espace sécurisé, de plain pied d'une surface de 250 m² environ, donnant sur un espace extérieur clos et sécurisé :
 - ✓ à proximité des transports en commun, des lieux de socialisation, donc situé dans la ville de THIERS,

- ✓ à proximité du CMPEA de THIERS afin de mutualiser les moyens des deux structures.
- Ces locaux devront comporter :
 - ✓ un secrétariat,
 - ✓ un bureau médical,
 - ✓ une salle d'attente,
 - ✓ une salle de soin,
 - ✓ un bureau pour le cadre infirmier,
 - ✓ un bureau pour le psychologue,
 - ✓ un bureau pour l'orthophoniste,
 - ✓ un bureau pour l'assistante sociale,
 - ✓ une salle de psychomotricité, avec éventuellement la possibilité de structures permettant les prises en charge dans l'eau (pataugeoire),
 - ✓ une salle de prise en charge éducative,
 - ✓ une salle de repos,
 - ✓ une salle de bain aménagée,
 - ✓ une cuisine aménagée (ateliers cuisine et goûters).

Un véhicule est indispensable pour permettre les sorties à l'extérieur pour le travail de socialisation et certaines prises en charge en motricité (piscine, poney,...), comprenant nécessairement 7 places (2 adultes accompagnants et 5 enfants).

F – MOYENS HUMAINS

Des moyens humains sont nécessaires pour créer cette unité (médecin, cadre infirmier, infirmiers, éducateurs, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, assistante sociale, secrétaire, agent de service).

PRISE EN CHARGE DES SOINS PALLIATIFS

INTRODUCTION :

Notre projet de prise en charge est articulé autour de la définition des soins palliatifs donnée par la Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP).

Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave et évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter des investigations et des traitements déraisonnables. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil.

Ces malades sont dispersés dans tous les services de court, moyen et long séjour des deux établissements de santé d'Ambert et de Thiers selon leurs besoins, avec une prise en charge la plus adaptée possible à leur pathologie initiale.

Dans un centre hospitalier de proximité, il ne paraît pas possible actuellement d'organiser une unité de soins palliatifs unique, aussi le choix a été fait de soins palliatifs dispensés au plus près du patient, en tant que de besoin, dans chacun des services de court, moyen et long séjour des deux établissements. Le vecteur essentiel de cette action étant l'équipe de soins palliatifs.

ETAT DES LIEUX

Un nombre non négligeable de patients relève de ce secteur :

	Ambert	Thiers
2010	50	42
2011	60	34

Moyens en personnels : Équipes de soins palliatifs :

Ambert :

L'équipe EMAS (Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soutien) du Centre Hospitalier d'Ambert voit systématiquement les patients en cours de traitement à l'Hôpital de Jour dès le début de la prise en charge et les suit dans les services. Elle est composée de 1 ETP infirmier, d'1/2 ETP aide-soignant et de 2 médecins ayant le DU de soins palliatifs.

Elle gère l'accompagnement de fin de vie à Ambert. Elle assure également la formation continue des personnels aussi bien à Ambert qu'à Thiers.

Tout cela contribue à la continuité des soins.

Thiers :

Au niveau du centre hospitalier de Thiers : les moyens médicaux et paramédicaux disponibles pour la création de l'équipe mobile de soins palliatifs sont les suivants : 2 médecins DU de soins palliatifs, 1 IDE DIU de soins palliatifs.

Ces personnels ne sont pas dédiés et sont occupés par d'autres secteurs. Il conviendrait de renforcer les équipes médicales et paramédicales pour valoriser ces compétences.

Lits dédiés :

Actuellement, il existe deux lits identifiés soins palliatifs : un dans le service de médecine du CH d'Ambert, un au Centre Hospitalier Thiers : il est demandé un deuxième lit dans chaque établissement, soit quatre lits pour le territoire de santé.

PROJET MEDICAL :

Une meilleure prise en charge de ces patients : lutter contre la douleur, qu'elle soit physique et/ou psychologique.

L'objectif est de réduire au maximum les souffrances et les inconforts des patients atteints d'une maladie grave à issue fatale et de leur apporter, de même qu'à leurs proches, une présence et une écoute.

La lutte contre la souffrance, c'est également la lutte contre la douleur. Le patient doit pouvoir l'exprimer et l'équipe soignante doit pouvoir l'écouter et l'aider à l'évaluer.

La formation du personnel : (identifier, évaluer, traiter et réévaluer les situations douloureuses).

Les échelles globales d'évaluation de la douleur (E.V.A. : Echelle Visuelle Analogique, E.N. : Echelle Numérique, E.V.S. : Echelle Verbale Simple) doivent être généralisées à tous les services et leur utilisation devenir systématique et régulière.

Pour arriver à ce résultat, la formation continue de tout le personnel soignant sera poursuivie.

Dans le cadre des études d'infirmière et d'aide-soignant(e), un module est consacré à la prise en charge des patients en fin de vie. Cet enseignement est approfondi ensuite et actualisé par la formation continue.

Les centres hospitaliers d'Ambert et de Thiers disposent en interne de formateurs titulaires d'un diplôme d'université sur la douleur qui assureront ces formations.

Des protocoles thérapeutiques seront rédigés par le corps médical, pour la prise en charge de la douleur (douleur aiguë ou chronique) : protocole global et protocoles adaptés au patient.

Selon les compétences des membres des équipes, d'autres formations pourront être envisagées :

- la formation toucher massage,
- la formation relation d'aide,
- la formation relaxation,
- la formation sophrologie,
- la formation accompagnement du malade en fin de vie,
- la formation soins palliatifs avec la participation de l'UMSP du CHRU,
- le D.U. soins palliatifs au CHRU de Clermont-Ferrand.

La lutte contre la souffrance n'est pas réductible à la lutte contre la douleur. Le point commun avec la douleur est sa pénibilité.

La souffrance peut être évoquée, décrite, partagée, ce qui explique l'importance de la parole et de l'écoute (verbale et non verbale) et la présence de l'autre pour l'échange.

Les soignants par leur compétence professionnelle (médicale, paramédicale, psychologique, sociale...) et leur capacité à communiquer avec une personne qui souffre, peuvent alléger le poids de cette souffrance.

La qualité de vie peut être évaluée en mesurant la diminution des souffrances et l'apparition de sensations de bien-être à l'aide de questionnaires. Les éléments qui doivent être mesurés sont l'autonomie, les symptômes physiques, l'état psychologique et les relations sociales.

Il est donc proposé la mise en place de questionnaires d'évaluation de la qualité des soins palliatifs sur les deux établissements.

Un accompagnement des familles plus important :

Le champ des Soins Palliatifs est celui de la lutte contre la souffrance de l'entourage qui, par ses liens affectifs avec le malade, est directement impliqué. On comprend ainsi que la personne gravement malade déséquilibre l'entourage confronté à l'inquiétude et à la détresse.

Les équipes faciliteront la présence de l'entourage du malade auprès de lui :

- en accordant une grande flexibilité des heures de visite,
- en proposant aux proches de rester pendant les soins lorsque cela est possible,
- en proposant des lits pour les proches,
- en facilitant l'accès aux médecins des familles,
- création d'une pièce d'accueil pour les familles.
- en proposant à l'entourage s'il le désire, d'assister et de participer à la toilette mortuaire.

Moyens architecturaux

Dans chaque établissement, il est projeté la réalisation d'une pièce conviviale (pièce d'accueil des familles) en dehors de la chambre du patient afin de faciliter les dialogues et les échanges du malade et de son entourage, de l'équipe ou des représentants d'associations (JALMAV).

Cette pièce doit être la plus chaleureuse possible, et être équipée par exemple d'un réfrigérateur, d'une cafetière électrique, de fauteuils, ... Cette pièce devra être strictement réservée aux familles de ce type de patients.

La présence de bénévoles est souhaitable. Les deux centres hospitaliers faciliteront l'implantation d'association de bénévoles dans ce cadre. A titre d'exemple, sur le Centre Hospitalier de Thiers, une bibliothèque est tenue à la disposition des malades par la Croix Rouge Française.

Les deux centres hospitaliers faciliteront les démarches afin d'aider les malades à rencontrer les représentants de leur culte.

Le soutien psychologique

Le champ des Soins Palliatifs est celui de la lutte contre la souffrance des soignants qui luttent avec les malades et les voient mourir.

Ce travail auprès de patients atteints de maladie grave peut retentir sur le personnel pouvant même créer des états d'épuisement émotionnel.

Un temps de psychologue est donc à prévoir, afin de mieux gérer les situations particulièrement difficiles avec l'équipe, mais également avec le malade et ses proches.

Mutualisation des moyens au niveau du territoire de santé

Une réflexion sera menée pour mutualiser les moyens et les connaissances en ce qui concerne la prise en charge des soins palliatifs, dans l'idée d'officialiser une seule équipe mobile de soins palliatifs avec deux antennes locales (une sur chaque site).

De même, la création d'un CLUD commun à Ambert et à Thiers avec antenne locale de part et d'autre devrait être effective dans les prochains mois, afin d'uniformiser les connaissances et les protocoles de soins pour la lutte contre la douleur.

PHARMACIE

INTRODUCTION

Une pharmacie à usage intérieur doit être autorisée pour assurer l'ensemble des missions obligatoires mentionnées à l'article R. 5126-8 du CSP :

- gestion, approvisionnement, contrôle, détention et dispensation des médicaments, dispositifs médicaux stériles et autres produits pharmaceutiques,
- réalisation des préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques,
- division des produits officinaux.

Les pharmacies à usage intérieur peuvent également être autorisées, dans les conditions décrites à l'article R. 5126-9, à exercer les activités suivantes :

- réalisation des préparations hospitalières à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques,
- délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales,
- stérilisation des dispositifs médicaux,
- vente de médicaments au public,
- réalisation de préparations magistrales ou hospitalières, reconstitution de spécialités pharmaceutiques ou stérilisation de dispositifs médicaux pour le compte d'autres établissements ou de professionnels de santé libéraux (demande d'autorisation à renouveler tous les 5 ans).

En complément de ces missions, et en accord avec le CSP, un investissement supplémentaire est confié aux pharmacies hospitalières :

- mener ou participer à toutes actions d'information sur les produits de santé et de promotion et d'évaluation de leur bon usage, contribuer à leur évaluation,
- concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- mener ou participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

Les pharmaciens hospitaliers sont aussi impliqués dans d'autres activités essentielles telles que :

- l'activité de Préparation des Doses à Administrer P.D.A. (projet de décret),
- les activités transversales de gestion des risques (Contrat de Bon Usage C.B.U. et arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse),
- les activités transversales d'hygiène.

TERRITOIRE THIERS - AMBERT

La coopération entre les pharmaciens de Thiers et d'Ambert s'exerce depuis 2006 avec efficacité dans le cadre du **groupement de commandes interdépartemental d'Auvergne**. Il permet la massification et l'homogénéisation des référencements des médicaments et dispositifs médicaux dans les établissements concernés, générant ainsi des économies par diminution des prix unitaires. La création du comité technique du groupement, dynamique et motivé, mené par le coordonnateur pharmacien du CH de Thiers, permet la centralisation de protocoles médico-pharmaceutiques appliqués dans tous les établissements adhérents, pour les mettre en commun, voire les uniformiser, en liaison constante avec toutes les équipes (via la création d'un site internet).

Parallèlement, sur le territoire Thiers-Ambert, la coopération entre les 2 établissements de santé s'est poursuivie en juillet 2008 avec la mutualisation des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs. Cette nouvelle organisation sur les 2 établissements a incité les pharmaciens à uniformiser les références et les pratiques, selon les mêmes protocoles, au sein de chaque centre hospitalier.

L'objectif des deux pharmaciens est d'assurer une qualité optimale du service rendu dans la participation à la prise en charge globale du patient dans le respect des contraintes budgétaires et réglementaires.

Il est donc nécessaire de mettre en place et entretenir un système d'assurance qualité des processus et parallèlement optimiser le fonctionnement interne des deux pharmacies pour gagner le temps nécessaire aux actions en faveur des patients et des acteurs des services de soins.

Ce projet tentera de mettre en avant les nombreux avantages de la création d'une unité juridique commune fonctionnant sur 2 sites, avec présence obligatoire de pharmacien sénior sur les deux sites.

Les **enjeux de cette fusion** de pharmacie sur le territoire Thiers-Ambert sont nombreux et peuvent, en priorité, se décliner ainsi :

- seuils à partir desquels certaines activités sont autorisées (ex. : chimiothérapies anticancéreuses, chirurgie...) [répartitions d'activité sur un territoire de santé définies par les SROS],
- groupements de coopération sanitaire de territoire entre les CH de Thiers et d'Ambert, et conventions de coopération avec les établissements de territoire incluant EHPAD, établissements médico-sociaux, PSPH ou privés..., avec ou sans PUI,

- augmentation des investissements hospitaliers en matière d'informatisation des systèmes de production de soins,
- évolution de la gestion prévisionnelle des risques,
- qualité de prise en charge des patients et utilisation optimale des ressources.
- attentes des usagers en matière de protection et de prise en charge : accès à l'innovation, réduction et prévention des risques iatrogènes,
- vieillissement de la population,
- promotion de l'efficacité des pratiques dans tous les secteurs,
- évolution de la définition de rôles propres et délégués des préparateurs en pharmacie hospitalière,

La valeur ajoutée des prestations pharmaceutiques s'explique par une vision transversale des activités de l'établissement et la pluralité des compétences des pharmaciens au sein des centres hospitaliers :

- une tradition de travail en réseau : groupements de commandes et coordination de son comité technique, coopérations pour la préparation des dispositifs médicaux stériles,
- travaux pluridisciplinaires au sein des sous-commissions de la CME, travaux des Observatoires des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT), travaux au sein du réseau de cancérologie ONCAUVERGNE, participation au COPIL CBUMPP...,
- une culture de la qualité et de l'évaluation,
- des référentiels de bonnes pratiques existant depuis plusieurs années,
- une culture de gestion des risques et des non conformités dans les circuits des produits de santé,
- une habitude des réformes, des dispositions réglementaires, des inspections,
- un réseau associatif de formation continue.

Ce dossier est élaboré à partir des textes réglementaires en vigueur et des projets de législation en relecture, encadrant la pharmacie hospitalière.

Ce projet sera présenté sous forme de tableaux comparatifs

ETAT DES LIEUX :

MOYENS HUMAINS

<u>AMBERT</u>	<u>THIERS</u>
<ul style="list-style-type: none">• PHARMACIEN :<ul style="list-style-type: none">➢ 1 PH temps plein➢ + 0.2 ETP obtenu dans le cadre de la convention tripartite EHPAD en juillet 2009 mais inclus dans le temps plein du pharmacien• PREPARATEURS : 2,75 ETP	<ul style="list-style-type: none">• PHARMACIENS :<ul style="list-style-type: none">➢ 1 PH temps plein➢ 1 attaché temps plein<ul style="list-style-type: none">✓ 0,5 groupement✓ 0,5 pharmacie• PREPARATEURS : 4,35 ETP• ASH-MAGASINIERS : 2 ETP partagés avec le service de radiologie

ACTIVITES OBLIGATOIRES : GESTION ECONOMIQUE ET FINANCIERE

BUDGETS	<u>AMBERT</u>	<u>THIERS</u>
➢ MEDICAMENTS :	752 000 €	1 119 381 €
➢ DISPOSITIFS MEDICAUX	245 000 €	534 574 €
<ul style="list-style-type: none">• SUIVI BUDGETAIRE<ul style="list-style-type: none">➢ Formation restreinte à l'utilisation des logiciels de gestion économique et financière• MARCHES : groupement de commandes interdépartemental d'Auvergne<ul style="list-style-type: none">➢ POINTS FORTS : NOMBREUX<ul style="list-style-type: none">✓ Position stratégique au sein du dispositif des réformes relatives à l'achat hospitalier,✓ Apport de l'expertise pharmaceutique dans les procédures d'achat,✓ Massification,✓ Maîtrise des dépenses,✓ Homogénéisation et réduction des références,✓ Mutualisation des compétences (CMDMS, livret thérapeutique, livret thérapeutique de gériatrie, ...).		

ACTIVITES OBLIGATOIRES : CONTRAT DE BON USAGE

- **POINTS FAIBLES :**
 - Pas d'expertise dans l'évaluation des stratégies thérapeutiques et contrôle du bon usage, nécessaires à leur remboursement et à leur financement,
 - Pas d'informatisation du circuit du médicament et des DM
 - Organisation partielle des vigilances
- **POINTS FORTS :**
 - Centralisation des cytotoxiques

ACTIVITES OBLIGATOIRES : DISTRIBUTION ET DISPENSATION DES MEDICAMENTS, DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

AMBERT

- **POINTS FAIBLES :**
 - Distribution globale.
 - Pas d'informatisation.
 - Pas d'analyse ni de validation pharmaceutique.
- **POINTS FORTS**
 - Traçabilité informatique des médicaments dérivés du sang et des dispositifs médicaux implantables.

 - Ré-étiquetage des doses non unitaires
- **PROJET A COURT TERME :**
 - Préparation des doses à administrer de l'EHPAD et des USLD
 - Reconditionnement des doses non unitaires

THIERS

- **POINTS FAIBLES :**
 - Distribution globale.
 - Pas d'informatisation.
 - Pas d'analyse ni de validation pharmaceutique hors USLD.
 - Traçabilité manuelle des médicaments dérivés du sang et des dispositifs médicaux implantables.
- **POINTS FORTS :**
 - Préparation des doses à administrer (piluliers) des USLD et EHPAD.
 - Reconditionnement unitaire des anticoagulants oraux
 - Analyse et validation pharmaceutique des USLD
 - Ré-étiquetage des doses non unitaires.

ACTIVITES OBLIGATOIRES : DETENTION DES MEDICAMENTS, DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

<u>AMBERT</u>	<u>THIERS</u>
<ul style="list-style-type: none">• POINTS FAIBLES<ul style="list-style-type: none">➤ Risque de péremption du fait de la faible rotation de certains stocks face à l'obligation de commander des quantités importantes.➤ Pas de gestion des armoires à pharmacie des services par la pharmacie• POINTS FORTS<ul style="list-style-type: none">➤ Surfaces correctes de stockage➤ Gestion des dotations et des périmés des armoires des services de soins	<ul style="list-style-type: none">• POINTS FAIBLES<ul style="list-style-type: none">➤ Commandes aux fournisseurs fréquentes du fait de la surface insuffisante.➤ Pas de gestion des armoires à pharmacie des services par la pharmacie• POINTS FORTS<ul style="list-style-type: none">➤ Coordonnateur du Groupement de Commandes Interdépartemental d'Auvergne.➤ Gestion des dotations et des périmés des armoires des services de soins

ACTIVITES OPTIONNELLES : STERILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX A AMBERT ET A THIERS

<ul style="list-style-type: none">• POINT FAIBLE : Les deux services de stérilisation ne sont pas en conformité architecturales au regard des bonnes pratiques de préparations hospitalières• POINTS FORTS : Les deux services bénéficient d'une organisation et d'un système d'assurance qualité• PROJET : Un projet de restructuration de cette activité est à l'étude, avec centralisation de cette activité sur Thiers

ACTIVITES OPTIONNELLES : VENTE DE MEDICAMENTS AU PUBLIC A AMBERT ET A THIERS

• **POINT FAIBLE :**

Les deux pharmacies ne respectent pas les obligations architecturales des locaux dédiés à l'accueil des patients en rétrocession : elles ne disposent pas d'un espace d'accueil réservé à cette activité

• **POINT FORT :**

Les deux pharmacies offrent un accueil de proximité aux patients traités par des médicaments hospitaliers relevant de la rétrocession.

ACTIVITES OPTIONNELLES : REALISATION DE PREPARATIONS MAGISTRALES DE CHIMIOTHERAPIE

AMBERT

• **POINTS FAIBLES**

- Pas d'informatisation, consultation en cours

• **POINTS FORTS**

- Architecture conforme.
- Centralisation de l'activité
- **Préparations réalisées avec des préparateurs.**
- Validation pharmaceutique
- Double vérification lors des préparations
- **Nombre de patients/an proche de 80.**

THIERS

• **POINTS FAIBLES**

- Pas d'informatisation, consultation en cours.
- **Nombre de patients/an inférieur à 80.**

• **POINTS FORTS**

- Architecture conforme.
- Centralisation de l'activité
- **Préparations réalisées par des préparateurs.**
- Validation pharmaceutique
- Double vérification lors des préparations

PROJET COMMUN AMBERT-THIERS

Le projet commun des services de pharmacie des C.H. d'Ambert et de Thiers s'articule autour d'une idée principale : **la demande d'autorisation de création d'une seule Pharmacie à Usage Intérieur (P.U.I.), avec une pharmacie et un pharmacien sénior sur chacun des deux sites.**

Cette création permettra :

- de mutualiser les moyens matériels et humains,
- de répartir les activités et le personnel sur chaque site,

- de garantir la qualité des prestations fournies,
- et enfin de pouvoir développer de nouvelles activités lucratives pour les deux établissements.

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES

De nouvelles obligations réglementaires sont en discussion et il est important de les intégrer dans ce projet. En effet, un projet de décret relatif à la Préparation des Doses à Administrer (P.D.A.) indique que seuls, les préparateurs en pharmacie, les internes en pharmacie et les pharmaciens, seront habilités à préparer les piluliers des formes sèches. Il faut donc anticiper une nouvelle organisation avec des moyens adaptés.

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé accompagne le Contrat de Bon Usage (C.B.U.) dans une réorganisation de ce circuit et des prestations pharmaceutiques.

Quant au C.B.U. lui-même, des avenants applicables dès 2010 doivent être pris en compte. Un fort risque de remboursement à seulement 70% des produits hors G.H.S est à craindre si les établissements n'ont pas de projet avancé au niveau de l'informatisation du circuit de tous les médicaments avec validation pharmaceutique.

Le tableau ci-dessous montre pour l'année 2010 pour les C.H. d'Ambert et de Thiers les pertes qui pourraient être induites dans ce cas.

2010	AMBERT	THIERS	AMBERT + THIERS
MDT	354 395	162 199	636 865
DMI	21 240	63 384	69 880
TOTAL HORS GHS	375 635	225 583	706 745
30 % HORS GHS	112 690	67 675	212 023
BUDGET TOTAL	997 000	1 653 955	2 650 955
% PERTE DE BUDGET	11,3%	6 %	8 %

De plus, les autorités de santé incitent les établissements à mettre en place les activités de pharmacie clinique orientées vers l'aide à la prescription, notamment chez les enfants et les sujets âgés, la chimiothérapie anticancéreuse, l'antibiothérapie, la gestion des protocoles, l'adaptation de posologie, la nutrition artificielle, la pharmacogénétique, la pharmacovigilance active... Elles souhaitent également qu'il y ait un développement de l'éducation thérapeutique des patients au sein d'équipes pluridisciplinaires, valorisée dans le

cadre des MIGAC, ainsi qu'un relais d'information entre le domicile et l'hôpital (Dossier Patient D.P.)

Dans ce cadre de plus en plus contraignant, 8 axes d'évolution sont à prioriser :

- sécuriser le circuit des produits de santé entre les unités de soins et la pharmacie, en développant leur délivrance nominative ainsi que leur traçabilité,
- favoriser le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles par l'aide à la prescription en lien avec la CMDMS, l'analyse des ordonnances, l'intervention et l'observation pharmaceutiques, la réalisation d'historiques médicamenteux,
- favoriser le bon usage des produits de santé par l'analyse pharmaco-économique en relation avec la CMDMS, le département d'information médicale et les responsables de pôles d'activité,
- participer à la recherche biomédicale sur les produits de santé (essais cliniques),
- optimiser la performance des activités pharmaceutiques,
- répondre aux attentes des malades et des autres professionnels de santé en concevant la pratique pharmaceutique comme transversale et intégrée dans la politique de santé publique,
- assurer la qualité et l'évaluation de toutes les pratiques pharmaceutiques,
- mettre en place au sein des P.U.I. **la préparation des doses à administrer** avec le déconditionnement / reconditionnement des spécialités pharmaceutiques non unitaires (environ 25% à Ambert et 30% à Thiers) en vue de leur répartition pour une aide à la prise des médicaments. Un ré-étiquetage est opérationnel à Thiers et à Ambert. Les médicaments à risque (anticoagulants) fractionnés sont conditionnés en sachets (environ 0,75% à Ambert et 0,60% à Thiers).

Cette prestation permet :

- ✓ la sécurisation du circuit du médicament et la mise en conformité réglementaire et normative,
- ✓ l'optimisation des stocks et des périmés dans les services.

Elle pourra être proposée aux établissements du groupement, mais aussi aux médicaux-sociaux, EHPAD, maisons de retraite, publics et privés, avec et sans PUI. Elle nécessitera alors une robotisation afin de sécuriser et diminuer la manutention de ces formes unitaires, qui sera ainsi rentabilisée.

REPARTITION DES ACTIVITES

Une répartition des activités est proposée en fonction des ressources locales de chaque établissement :

- **Ambert : pharmacie satellite**
 - ✓ chimiothérapie avec présence et validation pharmaceutiques,
 - ✓ stock d'urgence ;

- **Thiers : pharmacie centrale**
 - ✓ gestion,
 - ✓ analyse pharmaceutique,
 - ✓ reconditionnement et PDA,
 - ✓ stérilisation des dispositifs médicaux à usage multiple,
 - ✓ préparations des cytotoxiques, en fonction de l'activité exponentielle de l'oncologie à Thiers, avec le recrutement d'un nouvel oncologue en poste partagé avec le CHRU.

Cette nouvelle organisation permet:

- l'optimisation de l'achat, de l'approvisionnement et de la gestion des stocks,
- la centralisation et l'optimisation de la gestion administrative et financière des produits de santé,
- la redistribution du temps pharmaciens et préparateurs,
- l'optimisation des moyens humains entre les C.H. d'Ambert et de Thiers.

Ensuite, la création d'une plate-forme logistique pour le Groupement de commandes interdépartemental d'Auvergne doit être envisagée.

MUTUALISATION DES COMPETENCES

La répartition de ces activités permet aux pharmaciens de :

- confirmer la dimension d'expert en médicaments et en dispositifs médicaux stériles du pharmacien,
- répondre aux attentes des malades et des professionnels de santé en matière d'information sur les produits de santé et participer à l'éducation thérapeutique des patients pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, faciliter leur compliance aux traitements prescrits et éviter les risques de iatrogénie médicamenteuse (MIGAC),
- s'engager dans une démarche continue de formation professionnelle : perfectionnement des connaissances et évaluation des pratiques professionnelles,
- assurer les missions d'enseignement pharmaceutique auprès des internes et étudiants en pharmacie, élèves préparateurs et étudiants préparateurs hospitaliers, internes en médecine et autres professionnels de santé.

MUTUALISATION DES MOYENS HUMAINS

Le nombre de préparateurs et de pharmaciens sera fonction des activités de chaque site nécessitant une présence et une validation pharmaceutique, et du nombre de lits avec PDA et de la robotisation éventuelle (reconditionnement unitaires des formes sèches le nécessitant) (1 ETP préparateur / 100 lits).

Dans cette organisation, la création d'un poste de cadre préparateur est indispensable.

Cette mutualisation permettra de mettre en place des référents dans chaque domaine pharmaceutique :

- Marchés,
- Gestion,
- Médicaments,
- Dispositifs médicaux,
- Informatique,
- Stérilisation,
- Chimiothérapies (mise en place du double contrôle).

MUTUALISATION DES MOYENS MATERIELS

En complément de la mutualisation des moyens humains, une mutualisation des moyens matériels doit être envisagée, afin de se conformer à la réglementation :

- **INFORMATISATION :**
 - ✓ du circuit du médicament avec la prescription, la dispensation et l'administration,
 - ✓ des chimiothérapies avec la prescription, la préparation et l'administration,
 - ✓ des activités de stérilisation et de bloc opératoire ;
- **PREPARATION DES DOSES A ADMINISTRER :**
 - ✓ Reconditionnement unitaire,
 - ✓ matériel pour Dispensation Hebdomadaire Individuelle Nominative (DHIN)
 - ✓ chariots de transport entre Ambert et Thiers.

CONCLUSION

Les objectifs de ce projet, dans le respect des bonnes pratiques de pharmacie hospitalière sont :

- **améliorer et optimiser nos prestations actuelles,**
- **et être capable de développer, avec des moyens à minima, des activités prochainement obligatoires.**

Un projet à court terme de partage d'activités, consolidé par convention inter-établissements, envisage l'activité de stérilisation par la PUI du CH de Thiers. L'élaboration des préparations des cytotoxiques par la PUI du CH d'Ambert est à l'étude, ce projet-là étant fonction de l'activité exponentielle de l'oncologie à Thiers, avec le recrutement d'un nouvel oncologue en poste partagé avec le CHRU.

RADIOLOGIE

INTRODUCTION

OBJECTIFS

Améliorer et développer la réponse actuelle aux besoins en imagerie de la population du territoire de santé.

DEMARCHE

- Analyse des points forts-points faibles des deux services d'imagerie
- Analyse des besoins exprimés par les médecins des services hospitaliers et les médecins généralistes du bassin de santé Ambertois.
- Propositions

ACTIVITE 2010

ACTIVITES	AMBERT	THIERS
Séjours (hors moyen et long-séjour)	2 191	5 400
Journées d'hospitalisation et d'hébergement	101 870	143 500
Passages aux urgences	8 264	12 300
Sorties SMUR	322	570
Consultations externes	10 874	60 200
Naissances		527
Interventions au bloc opératoire dont endoscopies	1 152	2 650 880
Actes de radiologie: 1. échographies 2. radiographies conventionnelles 3. scanner	1 474 11 405	1 727 13 765 5 666 7 641 FT

POINTS FORTS, POINTS FAIBLES

Ambert			Thiers	
	Pts > 0	Pts < 0	Pts > 0	Pts < 0
Ressources humaines	Personnel diplômé Partage fonctions cadre avec Thiers	Coût remplacements médicaux	Personnel diplômé partage cadre avec Ambert	Temps médical sénior insuffisant (1 seul radiologue pendant 22 semaines par an). Recommandation SROS : si scanner nécessité d'avoir 3 radiologues pour couverture 24h/24. Temps de travail personnel para médical à optimiser (recherches de solutions en cours)
Ressources matérielles	Equipement numérique récent 2 sources d'images distinctes	Pas d'archivage des images Saisie multiple des données démographiques (systèmes numériques d'image non reliés avec SIH)	Table de radio télécommandée récente. Images numérisées. Console de télétransmission Echographe partagé avec cardiologie (optimisation des outils)	Scanner de 6 ans (changement réalisé fin 2011) Utilisation console de traitement transmission image à optimiser. Pas d'archivage des images. Saisie multiple de données démographiques (système d'image numérique non relié au SIH) Echographe partagé avec cardiologie: diminution de la disponibilité de l'appareil pour le service d'imagerie
Ressources architecturales	Fonctionnel en valeur absolue. Salles d'examen vastes et fonctionnelles	Enclavé entre urgences et bloc op: pas d'accès externe direct, pas de possibilité d'extension (sinon au nord sur parking); accès patients de médecine et SSR par l'extérieur.	Salles d'examen radiologique vastes	Service enclavé dans l'établissement: pas de possibilité d'extension. Eloignement des urgences péjoratif Salle d'échographie et secrétariat cloisonnés et exigus 1 seul bureau médical Bureau cadre éloigné du service

BASSIN DE SANTE D'AMBERT

Ostéodensitométrie

Examen permettant de dépister l'ostéoporose de façon non invasive.

Sens du projet :

L'ostéodensitométrie a fait l'objet de recommandations récentes de l'HAS ; les indications en sont:

pour un premier examen :

- dans la population générale :
 - ✓ en cas de signes d'ostéoporose, quels que soient l'âge et le sexe: découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale, sans contexte traumatique ni tumoral, antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur,
 - ✓ en cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose (corticothérapie, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie primitive, hypogonadisme prolongé) ;
- chez la femme ménopausée, indications supplémentaires :
 - ✓ antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un patient au premier degré,
 - ✓ indice de masse corporelle <19 kg/m²,
 - ✓ ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause,
 - ✓ antécédent de prise de corticoïdes pendant au moins trois mois consécutifs ;

pour un second examen:

- à l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique chez la femme ménopausée,
- chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une deuxième ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après réalisation de la première en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

L'amélioration du service rendu par cet examen a été qualifiée par l'HAS **d'importante**.

Véritable problème de santé publique, l'ostéoporose est en partie responsable de 57 000 fractures du col du fémur par an. Le coût unitaire du traitement chirurgical varie de 7 500 à 15 000 euros et le taux de mortalité est supérieur à 25% dans les 12 mois qui suivent

l'intervention. De plus, 35% des femmes ménopausées sont ostéoporotiques.

Le dépistage de l'ostéoporose à Ambert correspond à une demande croissante des médecins généralistes et spécialistes du bassin de santé. En effet, une enquête menée par le service de radiologie début 2005 montre une demande d'environ **250 examens à l'année**.

Depuis, le développement des consultations oncologiques et gériatriques nous permet d'envisager une activité plus importante d'autant que seulement 30% des médecins sollicités ont répondu au questionnaire.

Les appareils récemment commercialisés proposent un examen complémentaire permettant de dépister les fractures tassements du rachis.

Cette modalité répond aux dernières recommandations de l'HAS (note de synthèse de juillet 2006) et permet d'envisager une activité plus importante de la machine et un service supplémentaire pour la population.

Cet examen bénéficie depuis juillet 2006 d'une reconnaissance par la sécurité sociale puisque son remboursement au tarif de 39,96 euros est prévu sous réserve de certaines conditions. Compte tenu du nombre d'examens envisagés, de la tarification et du coût d'acquisition, l'amortissement du matériel se ferait en 5 ans.

Le service rendu à la population est évident puisque l'on évite des déplacements sur Le Puy, Thiers ou Clermont-Ferrand.

A noter qu'en 3 ans, cinq primo-installations d'ostéodensitomètre ont été réalisées sur Le Puy/Thiers et Clermont Ferrand, ce qui confirme le développement de cet examen et la pertinence d'une installation sur Ambert.

Il n'est pas utile de préciser que la population vieillissant, les demandes pour cet examen ne peuvent que se développer.

Ressources nécessaires à la réalisation du projet :

- Acquisition d'un ostéodensitomètre valorisée à 45 000 euros, prix catalogue,
- Coût d'exploitation peu élevé car matériel simple :
 - ✓ consommables pour imprimante jet d'encre ou laser,
 - ✓ entretien limité,
 - ✓ prévoir cependant coût du contrôle qualité 2 000 Euros par an environ (à vérifier),
- Moyens humains paramédicaux constants,

- Moyens humains médicaux constants car résultats objectivés sur image et graphique d'interprétation,
- Moyens architecturaux constants dans l'immédiat.

Scannographe

Sens du projet :

Selon les recommandations de l'HAS (cf. le **Guide du Bon Usage des Examens d'Imagerie Médicale de 2005** qui actualise et transpose à la pratique française le document "Recommandations en matière de prescription des examens d'imagerie médicale" publié en 2001 par la Commission européenne pour faciliter la transcription de la directive 97/43 Euratom par les États membres), le scanner est indiqué dans la plupart des pathologies (cf. annexe 1), **afin de réduire l'exposition des patients par la suppression des examens d'imagerie standards non justifiés.**

Au vu de ce guide de bon usage, on comprendrait mal que le Centre Hospitalier d'Ambert ne puisse disposer à très court terme d'un scanner sur site, au risque de ne pas pouvoir traiter les patients en conformité avec les données actuelles de la science.

Nous avons mené une enquête sur les besoins de scanner de la population en décembre 2006. 38% des médecins généralistes sollicités ont répondu à un questionnaire. Dans un même temps, l'étude des données d'activité des services d'hospitalisation (y compris l'hospitalisation de jour et la consultation externe) permet de déterminer une moyenne d'examens demandés.

Ces deux sources d'information prévoient la réalisation de **10 examens par jours ouvrés (du lundi au vendredi), auxquels s'ajoutent les examens demandés en urgence.**

On peut toutefois envisager une majoration de ce nombre car l'activité des services de consultation oncologique, gériatrique et pneumologique est en forte hausse depuis le mois de juillet 2006.

La suppression de la présence d'un chirurgien sur le site une grande partie de la semaine oblige à une certitude diagnostique afin de savoir si le patient doit être transféré vers un centre spécialisé en urgence ou hospitalisé à Ambert. La réponse à cette exigence de sécurité est le scanner. En outre, le patient sera d'autant mieux orienté si le diagnostic est fiable, affirmé et télé-transmis.

L'outil scanner devient alors un besoin de santé publique.

Il est cependant important de noter que la réalisation d'un scanner en remplacement d'une échographie n'est pas recevable surtout en pédiatrie ou chez la femme en état de procréation ; mais ces

deux cas de figure seront rares à Ambert et se concluront par un transfert à Thiers ou ailleurs.

L'implantation d'un scanographe évitera de désagréables et coûteux transports pour les patients hospitalisés et externes. En effet, le coût des transports de patients relevant de services d'hospitalisation du C.H. Ambert vers un scanner s'élève à **85 500 euros** pour l'année 2010. De surcroît, les transports pour les examens scanner demandés auparavant par le service des urgences n'étaient pas tous facturés à l'établissement (la CPAM en payait directement une partie) alors qu'ils le seront à partir de 2010, ce qui va occasionner une augmentation importante des dépenses tant que le scanner ne sera pas sur place.

A ces dépenses actuelles en transport depuis les urgences et les services médecine et chirurgie se rajoutent les permanences de radiologie (environ 300 000 € par an)

La réalisation de scanners à Ambert peut contribuer à la diminution de la durée moyenne de séjour d'hospitalisation.

Ressources nécessaires à la réalisation du projet :

- Acquisition d'un scanographe (à déterminer selon option choisie : neuf ou reprise), il serait amorti sur plusieurs années.

Il faudrait ajouter:

- l'entretien du matériel
- le coût d'une télétransmission des images entre Thiers et Ambert afin de mutualiser et d'économiser les moyens de radiologie (il faut de toute façon favoriser la télétransmission au cas ou la présence médicale ferait un jour défaut en raison de la démographie nationale des radiologues).
- et l'amortissement de nouveaux locaux (création d'une extension au service d'imagerie actuel).

Les recettes pour l'établissement d'Ambert seraient de trois ordres:

- économies sur la permanence de radiologie (qui n'aurait plus lieu d'être la nuit et les jours fériés et WE) qui seraient très importantes.
- Facturation des scanners externes du bassin Ambertois à la sécurité sociale.
- Hospitalisations supplémentaires dues à la possibilité de bilancer les patients sur place (un certain nombre nous échappent actuellement, car les scanners effectués ailleurs débouchent sur des hospitalisations ailleurs)

Une étude de répartition des coûts (planification des remboursements des frais d'installation dans le cadre d'un plan

d'amortissement) permettrait de **rendre l'établissement d'Ambert bénéficiaire** sur le budget annuel pour ce qui concerne le scanner.

La transformation du poste de PH radiologue plein temps en deux mi-temps afin de favoriser le recrutement vient d'être demandée par la CME d'Ambert.

Rapprochement public privé: centre d'imagerie du bassin d'Ambert

Une réflexion est en cours afin de rassembler sur le site de l'hôpital les activités publiques et libérales du bassin Ambertois à la faveur du réaménagement architectural.

Sens du projet

Compte tenu de la conjoncture et de la politique de santé en vigueur, il est indispensable de se pencher sur l'avenir de l'imagerie dans le bassin de santé. Une volonté forte du gouvernement est la concentration des moyens, que ce soit dans le privé et/ou le public (voir plan hôpital 2007-2012). Vue la situation locale, il est intéressant de rechercher une solution de coopération entre radiologie publique et privée.

L'arrêt de l'activité en imagerie conventionnelle (radiodiagnostic et échographie) du cabinet privé est prévu fin 2010. L'activité en mammographie est maintenue jusqu'à fin 2011.

Le service d'imagerie du Centre Hospitalier d'Ambert doit donc se préparer à accueillir dans de bonnes conditions toute l'activité en imagerie conventionnelle. Les récentes acquisitions (table de radiologie à capteurs plans, échographe) et la bonne qualité de la table d'urgences nous éviteront de coûteux investissements. Il faut néanmoins étudier la reprise de l'orthopantomographe du cabinet privé.

Concernant l'activité de sénologie, dans la mesure où le médecin radiologue libéral souhaite maintenir cette activité, la solution de la reprise de son matériel doit être envisagée dans un premier temps. Mais le système de plaques ERLM (écrans radioluminescent à mémoire) n'est pas évolutif pour la réalisation des mammographies.

Le principe d'une seule unité d'imagerie est la solution évidente permettant de maintenir, voire de développer l'activité en radiologie. Cette unité d'imagerie sera naturellement intégrée dans l'enceinte actuelle du plateau technique. Son accès devra cependant être bien individualisé car le circuit actuel emprunte soit le couloir des urgences, soit le couloir du bloc opératoire, ce qui n'est pas compatible avec une augmentation significative de fréquentation et la qualité des prestations fournies.

Ressources nécessaires à la réalisation du projet :

- Reprise du matériel du cabinet à négocier (à priori peu onéreux),
- Extension du service (voir projet scanner),

- Convention public / privé pour l'activité de sénologie,
- Augmentation et optimisation du temps de secrétariat en maintenant une mutualisation de moyens avec le secrétariat de « chirurgie - consultation externe - plateau technique » à l'étude,
- Formation et augmentation du temps para médical à déterminer en fonction de la reprise de l'activité actuelle du cabinet libéral.

BASSIN DE SANTE DE THIERS

Développer l'offre en imagerie du service pour la clientèle externe

L'actuel effectif en praticien hospitalier radiologue (voir tableau points forts, points faibles) ne permet pas de répondre dans des délais raisonnables à la demande en imagerie de coupe (scanner), ni d'assurer une augmentation d'activité pour les consultations externes publiques.

Il est important de savoir que le délai d'obtention d'un scanner au cabinet privé est de 15 jours, ce qui fait craindre une fuite vers d'autres centres d'imagerie.

Le service doit également répondre à une demande en examens gynécologiques et sénologiques (voir projet médical gynéco-obstétrique).

- Il serait intéressant pour la population du Grand Clermont de pouvoir accéder au scanner de Thiers, dont des plages pourraient être ouvertes à des radiologues libéraux de Clermont Ferrand.
- Le délai d'attente pour les examens scanner du CHRU pourrait être également diminué en proposant une collaboration entre le service de radiologie du CHRU et celui de Thiers. L'adhésion à la Fédération d'Imagerie du Puy de Dôme peut être la réponse.

Améliorer l'accueil et la fonctionnalité du service (à valider dans le cadre du projet d'établissement)

Améliorer l'accueil et la fonctionnalité du service en valeur absolue nécessite un décroisement et une augmentation de surface du secrétariat de radiologie.

La création d'un voire deux bureaux médicaux est la solution à adopter à court terme afin de respecter la charte du patient et les règles élémentaires de confidentialité. En effet, les médecins du cabinet privé rencontrent les patients et leur famille dans le couloir du scanner après l'examen.

Le rapprochement du bureau du cadre au sein de l'unité optimisera ses fonctions.

L'enclavement du service entre le bloc opératoire, le service de gynécologie-obstétrique et le restaurant du personnel limite rapidement les solutions d'extension aux problèmes rencontrés.

Décloisonner architecturalement le service implique à court terme d'améliorer la signalisation (étudier une signalisation horizontale ?)

A moyen-long terme son déplacement à l'intérieur de la structure en le rapprochant du service accueil-urgences et donc des consultations externes est à envisager. Ce déplacement évitera les transferts longs et douloureux des patients adressés par ce service et générera à moyen terme une efficacité dans l'utilisation des ressources humaines dédiées au transport des patients. Enfin, il améliorera la sécurité des agents du service d'imagerie en période de garde (nuits et week-end) qui de fait ne seront plus isolés au premier étage.

L'optimisation de l'utilisation de l'outil informatique actuellement à notre disposition permettra de découpler fonctionnellement le service : les comptes rendus des examens de radiodiagnostic conventionnel, de scanner et d'échographie sont actuellement disponibles en temps réel (une fois le CR dicté et « tapé ») grâce au SIH dossier patient.

La dictée informatique avec reconnaissance vocale doit permettre de gérer en temps réel (et en l'absence de secrétariat) la rédaction des comptes-rendus radiologiques.

La mise en place d'un système informatique radiologique synchronisé avec le système informatique hospitalier doit nous permettre de fiabiliser les données démographiques et donc de diminuer le risque d'erreur. Ces systèmes permettent en outre de gérer les ressources humaines, le parc matériel, les données statistiques et les consommables du service.

PROJET TERRITORIAL D'IMAGERIE

Deux sites : un seul service

Si des services respectifs d'imagerie sont appelés à se maintenir, voire à se développer sur chacun des deux sites, il apparaît clairement que des solutions communes doivent être étudiées afin d'en améliorer l'efficacité.

On peut déjà remarquer que des mises à disposition de ressources humaines (cadre de santé) et de ressources matérielles (appareil portable de radiologie) sont en place. La prochaine étape matérielle peut concerner l'archivage et la communication des images.

L'intégration de l'imagerie dans le groupement de coopération sanitaire de moyens déjà en place doit être une des réponses au manque d'effectif médical par mutualisation des ressources actuelles et futures des deux unités.

Archivage et transmission des images radiologiques et des comptes rendus

L'ARCHIVAGE :

Il n'existe pas d'archivage des images radiologiques (hormis quelques essais récents sur Cdrom), ce qui pose parfois problème lors de demande de dossiers de la part des patients.

La mise en place d'un P.A.C.S. commun aux deux services est à envisager.

Développer l'interprétation des images sur station de travail informatique permet d'éviter la reprographie des images radiologiques sur films transparents, coûteuse et boulimique en termes d'espace d'archivage. ; la solution de la reprographie papier couplée à la gravure sur CDrom est économique à moyen terme vu l'investissement (robot graveur) à consentir.

LA TELETRANSMISSION DES IMAGES :

L'avenir est la télétransmission des images, que ce soit en interne, de service à service ou en externe vers les médecins traitants, les correspondants spécialistes ou bien encore vers les services de destination des patients transférés, afin de les orienter correctement ou de transmettre simplement les images d'un examen. Cette transmission des images est bien évidemment couplée à une transmission électronique du compte rendu.

La télétransmission des images, déjà opérationnelle sur le site (station Sigmacom positionnée en radiologie), peut également servir à la télé-expertise ou à la télé interprétation des images.

Plan cancer et IRM

Les indications de l'IRM sont multiples et ne cessent de se développer, avec les explorations :

- du système nerveux central (cerveau, moelle épinière)
- du rachis (recherche d'une hernie discale, pathologie traumatique ...)
- pathologies ostéo-articulaires (exploration de la plupart des articulations : épaules, coudes, poignets, hanches, genoux, chevilles)
- pathologies génito-urinaires (tumeur des voies urinaires, des reins, des ovaires, de l'utérus, de la prostate, du sein, ..)
- pathologies digestives (exploration du foie, du pancréas, des voies biliaires...)
- des artères (étude des vaisseaux du cou, du cerveau, des membres, de l'abdomen, du thorax)
- pathologies thoraciques (le médiastin).

La population du territoire de santé doit donc avoir accès à un examen IRM dans des délais raisonnables. Ceci n'est pas le cas actuellement, tant dans le cadre des examens programmés que de l'urgence. L'accès à une IRM est un objectif fort de santé publique et d'égalité d'accès aux soins de cette population.

Il est donc nécessaire soit d'obtenir des vacances propres au territoire sur un appareil existant (CH de Vichy), soit de réfléchir à une implantation d'IRM sur le site de Thiers, ou d'acquérir un IRM mobile pour en faire bénéficier Ambert et les EHPAD environnante.

Une implantation aurait des avantages multiples.

- mettre à la disposition rapide des radiologues publics et privés du territoire de santé Thiers-Ambert ce moyen moderne de diagnostic,
- désengorger les centres aux alentours pour lesquels les délais d'attente se comptent parfois en semaine,
- offrir une prise en charge de proximité à la patientèle du territoire,
- économiser ainsi les frais de transport vers les centres des alentours

Actuellement, le nombre d'examen d'IRM réalisé par les radiologues privés de Thiers est de 800 par an ; la file d'attente est de 2 mois. Les praticiens hospitaliers auront plus facilement recours à cette technologie de diagnostic si elle est implantée sur notre territoire particulièrement pour les urgences (AVC par exemple).

Cette acquisition de matériel lourd d'imagerie, sujette à autorisation, permettrait d'optimiser les performances des prestations de l'imagerie du territoire :

- pour le dépistage des cancers,
- pour le diagnostic et la surveillance
- dans les décisions thérapeutiques, pour fournir des arguments afin de connaître l'efficacité d'un traitement,
- parfois même pour traiter
- pour suivre l'évolution de la maladie pendant et après le traitement.

CONCLUSION

L'intégration de l'imagerie effective dans le groupement de coopération sanitaire de moyens déjà en place doit être une des réponses au manque d'effectif médical par mutualisation des ressources actuelles et futures des deux unités. L'adhésion des services d'Imagerie du territoire de santé Ambert-Thiers à la Fédération d'Imagerie du Puy de Dôme doit être sollicitée.

La consolidation des relations avec le cabinet privé de Thiers peut être une réponse à une partie des besoins en imagerie exprimée entre autre dans le projet de Gynécologie Obstétrique.

Objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

1 – Projet médical et démarche qualité

A – Une démarche qualité intégrée au projet médical

Le territoire Ambert-Thiers s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins auprès de la Haute Autorité de Santé. La procédure d'accréditation, rebaptisée certification par la loi du 13 août 2004, est bien ancrée dans nos établissements.

C'est dans le cadre de cet engagement qu'une politique qualité est formalisée et régulièrement actualisée. Elle définit des objectifs pluriannuels à partir du programme d'amélioration de la qualité. Ces objectifs sont actualisés annuellement et se déclinent en projets.

Ces projets d'amélioration sont soit transversaux soit spécifiques à chaque unité de soins. Un certain nombre de projets ont été menés par les équipes médicales entre les deux procédures de certification :

Exemples de projets institutionnels, transversaux :

- Audit Clinique Ciblé sur la prescription médicale
- Le dossier patient unique

Exemples de projets d'amélioration de la qualité réalisés par service :

- Evaluation de l'activité de scanner
- Audit organisationnel du bloc opératoire

B - Mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

La responsabilité de la mise en œuvre concrète de la démarche d'amélioration de la qualité repose aujourd'hui davantage sur les médecins, que ce soit par la mise en œuvre :

- de la procédure de certification de la HAS,
- du développement professionnel continu (regroupant EPP et FMC) prévu par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009,
- du renforcement des attributions de la CME et de son Président en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les présidents des CME sont chargés, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Ils sont chargés du suivi de cette politique et peuvent organiser des évaluations internes à cette fin. Ils veillent à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité

et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

1 - Le président de la CME présente au directoire le programme d'actions d'amélioration de la qualité proposé au directeur par la commission médicale d'établissement.

En accord avec les orientations du projet d'établissement, et notamment du projet médical, les objectifs qualité retenus sont les suivants :

- diffuser et évaluer les bonnes pratiques médicales,
- développer les Revues de Morbi-Mortalité,
- renforcer la coordination de la prise en charge du patient,
- contribuer à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique,
- élaborer et mettre en œuvre le plan de développement professionnel continu des personnels médicaux (commission de la CME),
- évaluer les organisations et les actions notamment grâce à la mise en œuvre d'indicateurs de suivi et à la réalisation d'audits,
- améliorer la coordination des actions qualité avec la cellule qualité notamment pour la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité.

La CME et son Président veillent à la mise en œuvre et à l'atteinte de ces objectifs. Dans cette optique, la Cellule qualité et le Comité de pilotage qualité assurent l'accompagnement et le suivi des objectifs qualité sous le contrôle du Président de la CME.

2 – Formaliser et mettre en œuvre une politique de développement professionnel continu

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » instaure le Développement professionnel continu (DPC) qui englobe l'EPP et la FMC. Le DPC doit viser « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. »

L'EPP et la FMC coexistent et se complètent :

- la FMC privilégie une approche davantage pédagogique, fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences,
- l'EPP privilégie une approche davantage clinique et professionnelle, fondée sur l'analyse des données d'activité.

L'EPP vise à améliorer la qualité des soins, y compris le service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise également

à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins ; la prévention et plus généralement la Santé Publique.

Il est alors nécessaire d'arrêter une politique de développement professionnel continu poursuivant les objectifs suivants :

- développer le savoir médical et adapter les pratiques à l'évolution permanente des connaissances par la formation médicale continue,
- développer une véritable politique d'EPP en fonction des besoins des patients,
- établir avec les usagers, des relations leur permettant de participer activement à la prise en charge de leur santé en poursuivant le développement des actions d'éducation thérapeutique au sein des différents secteurs d'activité du Centre Hospitalier de Thiers,
- prendre en compte les facteurs qui impactent la santé des personnes (l'environnement physique, familial, social et professionnel) et contribuer à l'équité sociale en matière d'accès à la prévention et aux soins,
- utiliser de manière optimale les ressources du système de santé.

3 – Renforcer le rôle des sous commissions de la CME

➤ **CLIN** (cf annexe)

Les deux centres hospitaliers d'Ambert et de Thiers entendent poursuivre le travail effectué dans la lutte contre les infections nosocomiales (infections en rapport avec les soins) en retenant les axes prioritaires suivants :

- ✓ améliorer la gestion des antibiotiques afin de diminuer le risque de développement des BMR,
- ✓ poursuivre la surveillance des AES,
- ✓ développer la gestion des risques environnementaux (filiales de tri des déchets, effluents liquides...).

➤ **CLUD**

Les actions de formation du personnel médical et non médical à la prise en charge de la douleur seront poursuivies avec la volonté de développer la prise en charge de la douleur selon les spécificités propres de chaque secteur (MCO, psychiatrie, personnes âgées...).

En parallèle, les protocoles de prise en charge de la douleur sont finalisés.

Des référents douleurs sont identifiés au sein de chaque service.

Des consultations douleur seront mises en place.

➤ CLAN

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des soins, le CLAN poursuivra son action transversale, au sein des deux centres hospitaliers d'Ambert et de Thiers, avec tous les partenaires concernés.

Suite au travail d'évaluation effectué en 2008, deux axes prioritaires ont été retenus :

- ✓ le dépistage de la dénutrition à l'Hôpital et sa prise en charge,
- ✓ l'amélioration de la gestion de la sécurité sanitaire (repas) et sa traçabilité.

Les actions feront l'objet d'évaluations.

➤ Coordination des Vigilances

Créée en 2009 et intégrée à la gestion des risques, la coordination des vigilances sanitaires se met en œuvre progressivement. Il est nécessaire d'accorder une attention particulière quant à son bon fonctionnement et à l'exercice effectif de ses missions.

Il est souhaitable dans un sens général d'améliorer la veille réglementaire et technologique, assurer une permanence, évaluer l'organisation et les actions plus systématiquement.

➤ Hémovigilance

L'hémovigilance est un domaine qui a fait l'objet d'un important travail en 2009.

La présence d'un **dépôt de sang**, sous la responsabilité des anesthésistes et IADE, au sein des deux établissements (dépôt d'urgence à Ambert et dépôt attributeur à Thiers) permet de sécuriser la prise en charge des patients

Les procédures du dépôt de sang ont été mises à jour en globalité. Il est cependant nécessaire d'entamer un travail de rationalisation du nombre de ces procédures, et les évaluer ainsi que leur application à périodicité définie.

➤ Pharmacovigilance

Les procédures de pharmacovigilance sont opérationnelles. Elles ont été évaluées ainsi que leur application dans les différents services. Les objectifs concernant la pharmacovigilance sont les suivants :

- ✓ développer le contrôle pharmaceutique des prescriptions,
- ✓ réaliser des audits des circuits médicaux et de l'administration des médicaments,
- ✓ optimiser les dotations des services et contrôler les armoires

- ✓ améliorer la prévention de l'iatrogénie notamment par l'analyse des événements indésirables constatés (CREX).

➤ **Matérovigilance**

La matérovigilance fait l'objet d'une nouvelle organisation au sein du territoire Ambert - Thiers, avec la nomination récente d'un matérovigilant :

- ✓ La GMAO est en cours de mise en route avec l'acquisition du logiciel
- ✓ redéfinition du circuit d'information montante et descendante pour les déclarations émanant de l'Afssaps ou des labos et des utilisateurs
- ✓ nomination d'un correspondant DES vigilances en lien avec gestionnaire des risques et cellule qualité

Il est nécessaire de mettre l'accent sur le bon usage des dispositifs médicaux dans les services de soins, d'étendre la maintenance préventive et curative aux dispositifs médicaux non encore couverts, et sécuriser la continuité de l'approvisionnement électrique sur nos différents sites.

Annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité inter-établissements Ambert – Thiers

pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient

Pôle 1 : Activités médicales :

- service de médecine des deux centres hospitaliers
- hospitalisations conventionnelles en oncologie, hépatogastroentérologie, pneumologie, cardiologie, médecine polyvalente, diabétologie, interne, gériatrie de court séjour
- activité ambulatoire hors hospitalisation : endoscopies digestives, pneumologiques et urinaires, oncologie, ambulatoire médical (saignées, transfusion, ...)
- SSR
- HAD
- SSIAD
- Consultations médicales

Pôle 2 : Santé mentale :

- psychiatrie adulte
- pédopsychiatrie
- addictologie
- CMP

Pôle 3 : Activités chirurgicales et gynéco-obstétricales

- Chirurgie digestive, urologique, orthopédique-traumatologique ... : activités de service, de consultation et opératoire.
- Chirurgie gynécologique : activité de bloc opératoire (hospitalisation)
- Blocs opératoires
- Gynécologie obstétrique, pédiatrie
- CPP
- Ambulatoire chirurgical : viscéral, gynécologie, dentaire, ORL, ophtalmologie, angiologie ...

Pôle 4 : Malades en situation aigue ou critique :

- urgences
- UHCD
- SMUR
- Consultations externes
- Anesthésie : activité de consultation et de bloc opératoire
- Surveillance continue (AVC, coronariens, VNI, ...)

Pôle 5 : Activités médico-techniques et transversales :

- Pharmacie – stérilisation,
- Radiologie,
- DIM,
- EOH,
- Douleur et CLUD,
- Kinésithérapie, etc

Pôle 6 : Gériatrie :

- Moyen séjour gériatrique
- Accueil de jour, PASA
- EHPAD
- USSLD
- Equipe mobile de gériatrie intra et extrahospitalière
- Consultations gériatrique (précoce, mémoire, ...)
- Géronto-psychiatrie

Annexe spécifique : CLIN / E.O.H.H.

Introduction :

Depuis l'avènement des Comités de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN) en 1988, les Centres Hospitaliers de Thiers et d'Ambert dispose d'un Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN) depuis 1999 et d'une Equipe Opérationnelle d'hygiène Hospitalière (E.O.H.H.) depuis 2001.

Etat des lieux:

	CH THIERS	CH AMBERT
Nombre de lits	403	307
ETP Praticien Hygiéniste	0,6 ETP partagé entre Thiers, Ambert, Billom	
ETP IDE	1	0,5
ETP secrétariat	0,3	0,1

Ce Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN) répond en partie à la réglementation du décret de décembre 2002.

De nombreuses actions ont été instaurées et initiées.

Ce Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN) est une sous-commission de la Commission Médicale d'Établissement, qui fixe annuellement des axes de travail pour l'E.O.H.H., dans le cadre de la surveillance et la prévention des Infections Nosocomiales. Un rapport standardisé est établi chaque année et permet le calcul des différents indicateurs et du score agrégé.

Les axes de travail de l'unité d'hygiène, directement en rapport avec les préoccupations d'hygiène et de lutte contre les infections associées aux soins sont les suivants :

- L'axe surveillances : concerne à la fois les bactéries multi résistantes (BMR) suivies systématiquement en réseau pendant trois mois avec l'aide du CCLIN, la surveillance environnementale réglementaire (eaux, air), mais aussi des filières d'élimination des déchets.
- L'axe procédures ou protocoles de bon usage : ces protocoles sont harmonisés et sont actuellement disponibles ; leur accès est actuellement possible via la Gestion Electronique de Documents (GED). Ces protocoles font l'objet d'une évaluation.
- L'axe formation des personnels : l'E.O.H.H. a mis en place des formations ou des

- Ré- actualisations de connaissances destinées aux personnels en place sur l'établissement : Le personnel dédié à la lutte contre les Infections Nosocomiales est régulièrement et annuellement formé conformément à la législation.
Des formations de correspondants en hygiène hospitalière sont réalisées en interne. De même, des formations sont proposées aux internes en médecine lors de leur arrivée semestrielle.
- L'axe évaluation : de nombreuses procédures d'évaluation ont eu lieu soit par audit, soit par autoévaluation, soit par enquête. Ces systèmes d'évaluation ont permis d'établir des indicateurs consultables par le public et qui font l'objet d'une rétro information aux services de soins.

Objectifs 2012-2016

Ils reprennent les axes déjà cités dans l'état des lieux actuel.

Audits et enquêtes nationaux

Les CLIN répondent favorablement aux demandes ministérielles concernant les enquêtes et audits nationaux, ainsi qu'aux journées ou semaines thématiques nationales (hygiène des mains, sécurité du patient).

Surveillances :

Principales bactéries multi résistantes (BMR) :

- le Staphylocoque Doré Résistant à la Méricilline (SARM)
- le Pseudomonas aeruginosa multi résistant (PARC)
- les Enterobactéries à Béta-lactamases à Spectre Elargi (BLSE)
- l'Entérocoque Résistant à la Vancomycine (ERV) et aux glycopeptides (ERG)
- les bactéries émergentes

Un bilan est rendu chaque année par l'unité d'hygiène concernant le nombre et l'incidence des BMR (critère d'évaluation), les infections nosocomiales et l'émergence d'épidémie.

Surveillance environnementale :

- L'air des zones avec traitement d'air (blocs opératoires, stérilisation...).
- L'eau des points d'eau d'usage, des points de puisage d'eau chaude ou encore des points d'eau réfrigérés est analysée par les techniciennes biohygiénistes de l'unité d'hygiène du CHRU ou un prestataire extérieur.

Les déchets :

Il existe des protocoles concernant le tri des déchets et des différentes filières, revus systématiquement en fonction de l'évolution des textes réglementaires. Une surveillance de ce tri des déchets tant qualitative (Audit ou contrôle visuel) que quantitative (Evolution de la production) est en place depuis 2003 et sera poursuivie. Un rapport annuel sera fourni au chef d'établissement.

Les effluents :

L'hygiène ne veut pas être par elle même pourvoyeuse de risques écologiques. Une étude sur la surveillance des effluents devra être mis en place. Il convient d'ici 2016 de vérifier que tous les effluents hospitaliers sont sans risque vis-à-vis de l'écologie.

L'unité d'hygiène met en place progressivement l'utilisation de la vapeur d'eau pour réaliser le bio nettoyage, ce qui diminue la quantité de produits détergents désinfectants utilisés et rejetés dans les égouts.

Evaluations :

Des audits et des enquêtes ont déjà permis de mettre en place des indicateurs relatifs :

- à la surveillance des infections du site opératoire
- à la consommation des gels hydro-alcooliques
- à l'incidence du SARM
- à la consommation d'antibiotiques exprimée en journée de traitement.(DDJ)

Ces indicateurs sont à amplifier plus particulièrement en ce qui concerne les infections du site opératoire et doivent servir d'appui pour améliorer la politique d'antibiothérapie, qui reste un point faible pour le CH de Thiers.

Formations :

- La formation des personnels en place doit être poursuivie et intensifiée, de manière si possible commune sur les deux établissements.
- Il existe des formations obligatoires à l'hygiène et à la prévention des infections nosocomiales pour les nouveaux arrivants (critère d'évaluation). Des formations obligatoires à l'hygiène sont en cours d'instauration ; A terme, 100% des nouveaux arrivants devront être formés aux principales procédures concernant l'hygiène dans nos établissements.

Communication :

- Communication des indicateurs nationaux concernant la Lutte contre les Infections Nosocomiales en externe via les sites internet et en interne via la Gestion Electronique de Documents.
- Communication en terme de santé publique pour essayer d'améliorer l'état clinique des patients et plus particulièrement pour ceux qui doivent subir une intervention chirurgicale (Exemple : mise en place sur le site Internet d'une sensibilisation au tabac, surpoids, à la douche pré-opératoire...).

Mise en place des procédures de bon usage et des protocoles communs :

- Une coopération accrue avec les pharmaciens, le praticien référent en antibiothérapie et les médecins des secteurs de soins devra permettre d'améliorer l'usage des antibiotiques.
- Poursuite de la collaboration des EOHH avec les services économiques pour les différents appels d'offre (Déchets, Produits d'entretien, dispositifs médicaux stériles et non stériles)
- Développer la rédaction commune de protocoles entre les deux établissements.

Gestion des risques :

- L'E.O.H.H. est partie prenante dans la gestion des risques et en particulier des risques infectieux. A partir des infections du site opératoire relevées, des déclarations d'infections nosocomiales, du signalement d'évènements indésirables, des relevés du laboratoire de microbiologies, tous ces signaux doivent permettre une meilleure gestion du risque infectieux avec une analyse intégrant les autres risques qu'ils soient réglementaires ou non. Ceci permettra une meilleure analyse des risques à priori et à posteriori.
- L'analyse des affaires en contentieux ayant rapport avec des infections nosocomiales fait aussi partie de cette gestion des risques.
- L'intégration totale de l'hygiène hospitalière lors de la phase de conception, lors de la réalisation de nouveaux locaux sur l'ensemble du Centre Hospitalier afin d'optimiser les circuits des patients, des personnels, des matériels, des matières et le respect des préconisations des règles d'hygiène, devra être améliorée et amplifiée.

Actions et moyens à mettre en œuvre

- La mise en place de systèmes informatiques devra permettre un recensement plus aisé des infections du site opératoire ou des infections nosocomiales dans leur ensemble, ainsi qu'une surveillance plus active de l'utilisation des antibiotiques. Développer une collaboration plus importante avec le Département d'Information Médicale afin d'obtenir une meilleure exhaustivité du relevé des infections associées aux soins.
- La mise en place d'une formation obligatoire à l'hygiène de tous les nouveaux arrivants doit faire partie des objectifs et des actions à mettre en œuvre ainsi que l'utilisation du journal interne pour donner plus d'information concernant l'hygiène et la prévention des infections nosocomiales.
- La progression des indicateurs nationaux depuis 2005 du centre hospitalier montre l'efficacité de l'E.O.H.H quant au suivi du plan national et du plan local de lutte contre l'infection nosocomiale.

GLOSSAIRE

3C	Centre de Coordination en Cancérologie
AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AES	Accidents d'Exposition au Sang
AFSSaPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALR	Anesthésie Loco-Régionale
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
AS/AMP	Aide-Soignante / Aide Médico-Psychologique
ASA 2	Classification de l'état de santé des patients selon la Société Américaine d'Anesthésiologie
ASH	Agent de service hospitalier
AURA	Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel
AVC	Accident vasculaire cérébral
BLSE	Entérobactérie à Béta-lactamase à Spectre Elargi
BMR	Bactérie multi résistante
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CBU	Contrat de Bon Usage
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCLIN	Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CJP	Centre Jean Perrin
CLAN	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLARA	Centre Lion's accueil Alzheimer Région Ambert
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CMDMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPEA	Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents
COFIL CBUMPP	Comité de Pilotage du Contrat de Bon Usage des Médicaments Produits et Prestations
CPP	Centre Périnatal de Proximité
CRA	
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CSP	Code de la Santé Publique
DDJ	Dose Dispensée Journalière
DESS	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DHIN	Dispensation Hebdomadaire Individuelle Nominative
DIM	Département d'Information Médicale
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DM	Dispositif Médical
DMP	Dossier Médical Personnel
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DP	Dossier Patient
DPC	Développement Professionnel Continu
DU	Diplôme d'université
DZ	Dropping Zone (zone d'atterrissage d'hélicoptère)
E.N.	Echelle Numérique
E.V.A.	Echelle Visuelle Analogique
E.V.S.	Echelle Verbale Simple
EEG	Electro EncéphaloGramme
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMAS	Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soutien
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPP	Evaluation de Pratiques Professionnelles
EPU	Enseignement Post-Universitaire

ERG	Entérocoque Résistant aux glycopeptides
ERLM	Ecran Radio-Luminescent à Mémoire
ERV	Entérocoque Résistant à la Vancomycine
ETP	Equivalent Temps Plein
FMC	Formation Médicale Continue
FNLCC	Fédération Nationale de Lutte Contre le Cancer
FT	Forfait Technique
G.H.S	Groupe Homogène de Séjour
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GED	Gestion Electronique de Documents
GMAO	Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur
GPS	Global Positioning System (système de localisation mondial)
H.A.D.	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Sante
HDJ	Hôpital de Jour
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HL	Hospitalisation Libre
HO	Hospitalisation d'Office
IADE	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IJ	Indemnité Journalière
IMC	Indice de Masse Corporelle
INCa	Institut National du Cancer
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ITA	Indemnité de Temps Additionnel
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
JALMAV	Jusqu'à La Mort Accompagner la Vie
Loi HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEOPA	Mélange Equimoléculaire Oxygène-Protoxyde d'Azote
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

MSO	Médicament de Substitution aux Opiacés
NHE	Nouvel Hôpital Estaing
OMEDIT	Observatoire du Médicament et des Innovations Thérapeutiques
OPH	Ophthalmologie
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
P.A.C.S.	Picture Archiving and Communications Systems
PAIO	Permanence d'Accueil, d'Orientation et d'Information
PARC	Pseudomonas Aeruginosa Multi Résistant
PAS	Prêt à l'Accession Sociale
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PDA	Préparation des Doses à Administrer
PDS	Permanence Des Soins
PEA	Psychologie de l'Enfant et de l'Adolescent
PEC	Prise En Charge
PH	Praticien Hospitalier
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPO	PsychoProphylaxie Obstétricale
PPS	Programme Personnalisé de Soins
PSPH	Participant eu Service Public Hospitalier
PSR	Pôle Santé République
PTOS	Projet Territorial d'Offres de Soins
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RMM	Revue de Morbi-Mortalité
RUM	Résumé d'Unité Médicale
S.S.I.A.D.	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SARM	Staphylocoque Doré Résistant à la Méricilline
SAUV	Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SFAP	Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs
SIH	Système d'Information Hospitalier

SMTI	Soins Médicaux et Techniques Importants
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SOR	Standards, Options et Recommandations
SPA	Substances Psycho Actives
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSC	Service de Soins Continus
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
T2A, TAA	Tarifcation A l'Activité
TC	Traumatisme Cranien
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TP	Temps Plein
TS	Tentative de Suicide
UETD	Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHR	Unité d'hospitalisation renforcée
UMSP	Unité Mobile de Soins Palliatifs
URG	Urgences
USI	Unité de Soins Intensifs
USIC	Unité de Soins Intensifs de Cardiologie
USLD	Unité se Soins de Longue Durée
VNI	Ventilation Non Invasive
WE	Week End
ZSCD	Zone de Surveillance de Courte durée