



ANNEXE 1 : Projet médical partagé du GHT de Bretagne Occidentale

Juillet 2017



SOMMAIRE

PREAMBULE	4
FILIÈRES CLINIQUES	6
FILIÈRE AVC-NEUROLOGIE.....	7
FILIÈRE CARDIOLOGIE.....	18
FILIÈRE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE.....	28
FILIÈRE CHIRURGIE VISCERALE	43
FILIÈRE GERIATRIQUE	56
FILIÈRE GESTION DES CRISES SANITAIRES EXCEPTIONNELLES	66
FILIÈRE ONCOLOGIQUE	72
FILIÈRE PERINATALITE-PEDIATRIE	89
FILIÈRE PNEUMOLOGIE-BRONCHOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE.....	105
FILIÈRE PSYCHIATRIE - SANTE MENTALE - ADDICTOLOGIE	108
PSYCHIATRIE ADULTE	111
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE.....	124
PSYCHIATRIE DU SUJET AGE	139
PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS	148
ADDICTOLOGIE	154
FILIÈRE SOINS PALLIATIFS.....	161
FILIÈRE URGENCES.....	175
FILIÈRES MÉDICO-TECHNIQUES	187
FILIERE BIOLOGIE.....	188
FILIERE IMAGERIE	189
FILIERE PHARMACIE	195
SCHEMA TERRITORIAL DE LA PERMANENCE ET DE LA CONTINUE DES SOINS.....	203
HOSPITALISATION A DOMICILE	204
SYNTHESE DES PROPOSITIONS	205
<i>TRAME REDACTIONNELLE DE REFERENCE DES FILIERES CLINIQUES</i>	214
<i>TRAME REDACTIONNELLE DE REFERENCE POUR LES FILIERES MEDICO-TECHNIQUES</i>	220
GLOSSAIRE	226

PREAMBULE

Voici donc le **projet médical du Groupement Hospitalier de Territoire de Bretagne Occidentale** construit selon la méthodologie et dans les délais imposés la loi du 26 janvier 2016 et le décret du 27 avril 2016. Il doit être considéré comme le « ciment du GHT ».

Projet collectif dont l'élaboration a bénéficié du regard attentif de l'ARS les 16 novembre 2016 et 21 mars 2017.

Il traduit une histoire et une volonté. Histoire singulière d'une **Communauté Hospitalière de Territoire** qui a vu s'épanouir des projets communs à partir d'un projet médical rédigé en quatre pages. Histoire singulière liée à la présence au sein du Groupe d'un Ensemble Hospitalier Civil et Militaire constitué de l'HIA Clermont-Tonnerre, du CHRU de Brest et de l'Université de Bretagne Occidentale. Volonté parfois très ancienne de médecins du territoire de collaborer.

Mais l'impérieuse nécessité de conduire à son terme ce document a permis de faire émerger de nouveaux constats, de faire renaître des projets parfois en sommeil, et enfin de construire de véritables parcours¹ de soins au service des patients. Les filières² de soins décrites dans ce document témoignent du fait que l'hôpital, qu'il soit universitaire, général, de proximité, n'est qu'une étape du parcours de soins. Parcours qui commence au domicile et y revient après avoir traversé tel ou tel établissement hospitalier, tel lieu de SSR, tel soutien de l'HAD. La coordination est ainsi une exigence qui doit permettre de **respecter le choix du patient tout en l'orientant au mieux vers la prise en charge la plus adaptée.**

Dans ce projet, des propositions concernent une organisation médicale qu'il faut parfaire ; d'autres sont une aide à la décision pour l'Agence Régionale de Santé et les élus et constituent un élément d'analyse parmi d'autres dans les problématiques complexes d'aménagement du territoire. Le projet médical et le **projet soignant**, pour lequel la cohérence avec le projet médical est bien sûr une exigence, vont permettre d'assurer aux patients du territoire la meilleure qualité des soins dans une organisation guidée par la subsidiarité dans des filières identifiées.

La **recherche clinique**, médicale comme paramédicale, est également évoquée dans ces pages car chacun sait qu'elle est garante de la qualité des soins par la remise en cause permanente des pratiques.

¹ Le parcours de soins se définit par toutes les étapes que traverse un patient du début à la fin de sa maladie.

² Une filière correspond à l'ensemble des activités complémentaires qui concourent, d'amont en aval, à la prise en charge d'une famille de pathologies

Reste que ce projet, à l'écriture parfois technique, est une expertise au service de la **personne soignée** dans toutes ses dimensions justifiant sa co-construction sous l'œil avisé du représentant des usagers.

Connaître les heures de travail passées sur ce document, savoir la volonté de le faire aboutir, avoir partagé la convivialité d'échanges, parfois sans concession, permet de mesurer aujourd'hui le chemin parcouru depuis les balbutiements d'organisation du GHT.

C'est dire les remerciements que nous devons aux médecins, biologistes, radiologistes, pharmaciens, médecins du DIM, aux directeurs référents et à tous ceux qui ont œuvré ici pour que le parcours des patients soit à la hauteur des espérances des patients. Nous souhaitons remercier en particulier Madame Marie Méhu pour l'importance du travail réalisé et la pertinence de ses analyses.

Ce projet sera ce que nous en ferons concrètement. Le considérer comme un document figé serait contraire à la vision que nous partageons collectivement.

Au travail donc, pour qu'il devienne notre nouvelle réalité !

Docteur Pascal INIZAN

Vice-président du Collège médical

Professeur Bertrand FENOLL

Président du Collège médical

FILIÈRES CLINIQUES

FILIÈRE AVC-NEUROLOGIE

PILOTE ET GROUPE

Responsables de la filière	Pr Serge Timsit (titulaire), Dr Matthieu Kieffer (suppléant)
Membres du groupe	Dr Jean Cameau, Dr Caroline Cerez, Dr Nouredine Chahir, Dr Jean-Christophe Gentric, Dr David Goetghebeur, Dr Xavier Hamon, Dr Patrick Hourmant, Dr Liviu Isac, Dr Amélie Leblanc, Dr Catherine Lemoine, Dr François-Mathias Merrien, Pr Michel Nonent, Pr Olivier Remy-Neris, Dr Kristell Tanguy-Laine, Dr Emmanuel Thomas, Dr Josiane Treuil DIM référents : Dr Maryline Le Berre, Dr Pascal Inizan Directeur référent : M. Ronan Sanquer

INTRODUCTION

OBJECTIFS

- ➔ Mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient ;
- ➔ Assurer l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- ➔ Garantir une offre de proximité et l'accès à des soins de référence et de recours.

DEFINITIONS

Les deux filières AVC et Neurologie seront traitées séparément car elles répondent à des contraintes différentes.

La **filière AVC** est conditionnée par la notion d'urgence et implique de manière particulière tous les acteurs de la filière neurovasculaire, de l'amont vers l'aval : l'appel au 15, le SAMU et les transports appropriés, les services des urgences, les plateformes technologiques et en particulier les services de radiologie et neuroradiologie interventionnelle, mais aussi l'aval, c'est-à-dire les services de soins de suite et de rééducation, les médecins généralistes, l'hôpital de jour, les consultations post-AVC, l'éducation thérapeutique. La filière AVC comprend aussi la filière des accidents ischémiques transitoires (AIT) qui nécessitent une prise en charge rapide pour prévenir au mieux le risque d'un AVC.

La **filière de neurologie générale** est moins conditionnée par l'urgence. Cependant, elle fait appel très fréquemment aux services d'urgences puisqu'environ un tiers des patients y vient pour un motif neurologique. De nombreux malades neurologiques non vasculaires sont des patients ayant une maladie neurologique chronique neurodégénérative et nécessitent une prise en charge filiarisée. Pour les AVC et les maladies neurologiques non vasculaires, les centres de compétences favorisant cette filiarisation se développent.

CONTEXTE

Les maladies neurologiques sont fréquentes et constituent un enjeu de santé publique majeur du fait de leur morbi-mortalité.

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

Données nationales et régionales

Sur le plan national, les AVC constituent la première cause de handicap et la troisième cause de mortalité en France : en 2014, 110 438 patients ont été hospitalisés pour un AVC (données PMSI, BEH 2017). Ce chiffre ne correspond pas à l'ensemble des AVC puis que certains ne conduisent pas nécessairement à une hospitalisation. De 2008 à 2014, le taux standardisé de patients hospitalisés pour un AVC ischémique a augmenté de 14,3% chez les moins de 65 ans et baissé de 2,1% chez les 65 ans et plus. En revanche, pour les AVC hémorragiques, le taux a peu évolué (+2,0%). La létalité hospitalière des AVC ischémiques a diminué de 12,5% sur cette même période. D'importantes disparités régionales des taux de patients hospitalisés ont été observées.

En Bretagne, le nombre de patients hospitalisés n'a cessé d'augmenter, comme le montre le schéma ci-dessous entre 2010 et 2015 (Figure 1) :

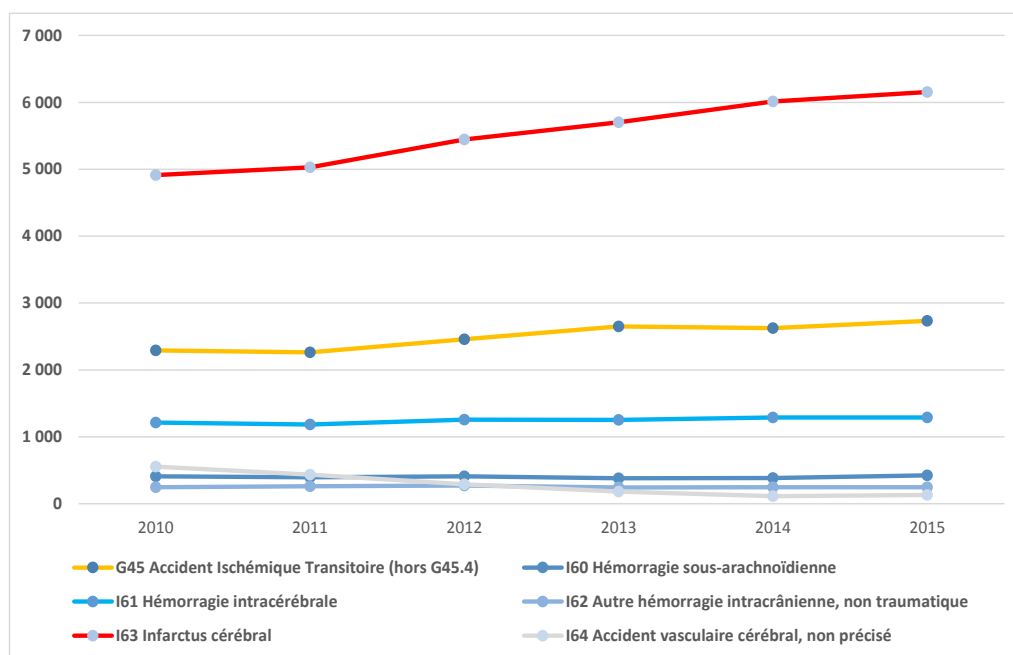


Figure 1 : Nombre de patients hospitalisés entre 2010 et 2015

L'étude de la mortalité hospitalière standardisée des AVC montre une grande disparité en France et la mortalité dans le Finistère est plutôt élevée dans la tranche 3 (146,2 décès pour 100000 habitants) sur 5 tranches par rapport à d'autres territoires (Figure 2).

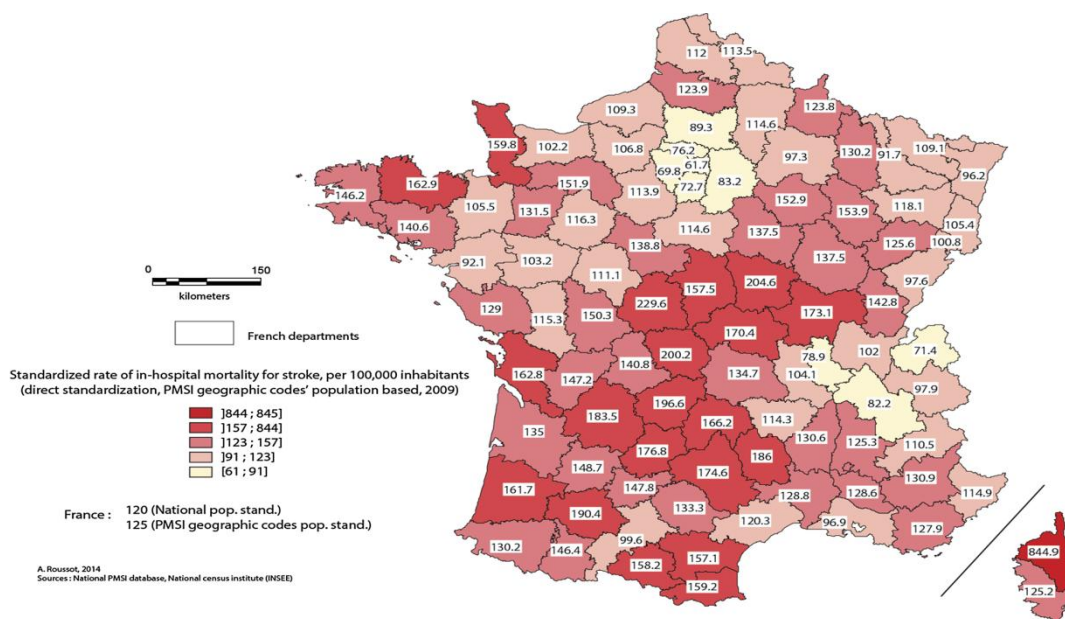


Figure 2 : Taux standardisé de mortalité hospitalière par département entre 2008 et 2011

Dans le Finistère Nord (TS1), la majorité des patients est hospitalisée au CHRU de Brest et au CH des Pays de Morlaix (données PMSI 2015, Tableau 1) :

	Etablissement	G45 Accident Ischémique Transitoire (hors G45.4)			I60 Hémorragie sous- arachnoïdi- enne		I61 Hémorragie intracérébr- ale		I62 Autre hémorragie intracrâni- enne, non traumatiqu- e		I63 Infarctus cérébral		I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé	
		TOTAL Nb. Sejs	Nb. Sejs	% ES	Nb. Sejs	% ES	Nb. Sejs	% ES	Nb. Sejs	% ES	Nb. Sejs	% ES	Nb. Sejs	% ES
TS 1	CHU Brest	1 584	360	22,7	95	6,0	159	10,0	40	2,5	926	58,5	4	0,3
	CH Landerneau	57	14	24,6	1	1,8	4	7,0	4	7,0	29	50,9	5	8,8
	HIA Brest	85	24	28,2	12	14,1	5	5,9	2	2,4	13	15,3	29	34,1
	CH Morlaix	413	173	41,9	4	0,0	27	6,5	7	1,7	193	46,7	9	2,2

Tableau 1 : Activité relative à l'AVC au CHRU, au CHPM, au CH de Landerneau et à l'HIA
(Données fournies par le DIM du CHRU, et notamment Mme Emmanuelle Courtois-Communier)

Le taux de fuite est faible dans le Finistère, la population étant captive en raison de la situation géographique du Département.

Territoire de l'établissement de prise en charge du séjour	Nb Sejours	%
BREST / CARHAIX / MORLAIX	2 086	96%
LORIENT/ QUIMPERLE	3	0%
PONTIVY/ LOUDEAC	1	0%
QUIMPER / DOUARNENEZ / PONT-L'ABBE	30	1%
RENNES/ FOUGERES/ VITRE/ REDON	26	1%
ST BRIEUC/ GUINGAMP/ LANNION	6	0%
VANNES/ PLOËRMEL/ MALESTROIT	1	0%
Hors Bretagne	28	1%
Total général	2 181	100%

Tableau 2 : Taux de fuite des AVC

Recommandations de prise en charge

La prise en charge des AVC a été structurée grâce au plan AVC 2010-2014 qui a permis le développement de la prise en charge des AVC dans tout le pays. Environ 140 unités neurovasculaires (UNV) sont installées en France. Ce plan a été relayé régionalement par le Plan Régional de Santé (PRS) 2012-2016. Huit unités neurovasculaires sont actuellement labellisées en Bretagne. Certains établissements, comme Lannion et Morlaix, se situent cependant à plus de 45 minutes d'une UNV. Des téléconsultations pour AVC ont été mises en place en 2016 en partenariat avec les UNV de leur territoire, permettant aux urgentistes de pratiquer une téléthrombolyse en lien avec les neurologues des UNV. Par ailleurs, certains établissements (Fougères, Dinan, Chantepie, Redon, Quimperlé) sont déjà organisés en unité de proximité (UP-AVC), c'est-à-dire qu'ils disposent d'une unité dédiée à la prise en charge de l'AVC, et d'un personnel paramédical et médical formé, en lien avec l'UNV de référence.

Deux axes de travail prioritaires pour le prochain PRS ont été identifiés:

1) **L'accès au traitement de reperfusion de l'encéphale en extrême urgence** dans l'indication d'infarctus cérébral, par thrombolyse réalisée en UNV de proximité ou par télé-AVC et/ou par thrombectomie, technique en plein essor depuis 2015, réalisée sur les sites de Neuroradiologie Interventionnelle (NRI).

2) **La réinsertion du patient victime d'AVC présentant un handicap visible et/ou invisible.** D'après une étude réalisée par l'ARS sur les données 2012, 39 % des patients pris en charge pour AVC constitué en MCO et non décédés lors de la phase aiguë sont pris en charge dans un service de SSR dans les trois mois suivants. Parmi eux, près d'un patient sur 4 est admis en SSR spécialisés dans les affections du système nerveux ; cette part est majorée après un passage en UNV. Une grande part des admissions se fait en SSR polyvalents et cette part augmente avec l'âge.

Les consultations pluri-professionnelles post-AVC se mettent en place dans chaque filière, afin de détecter les difficultés et d'orienter au mieux les patients dans l'offre de soins et l'offre médico-sociale

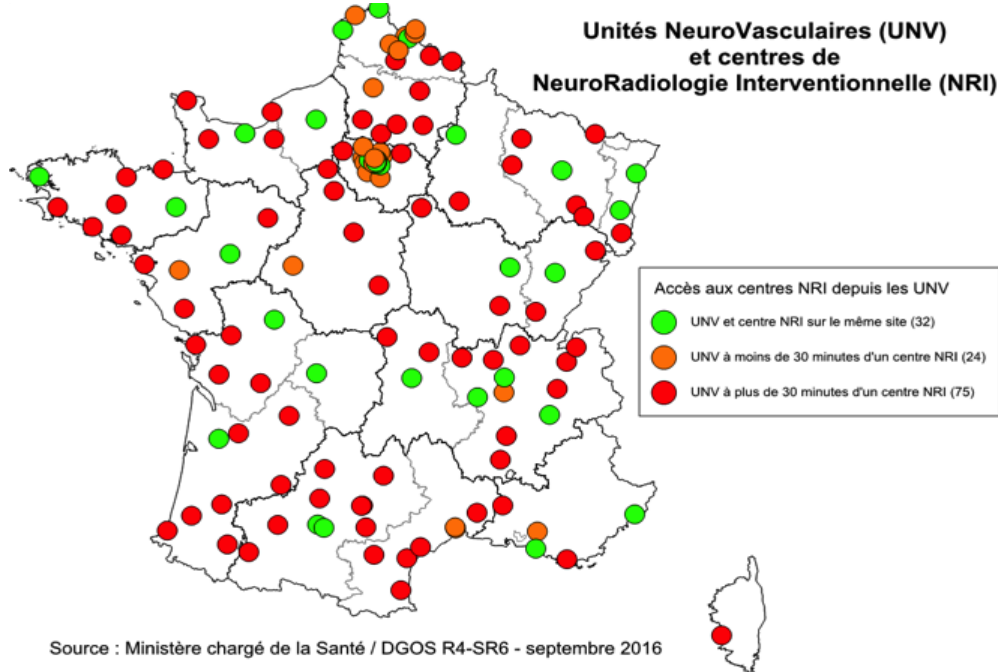
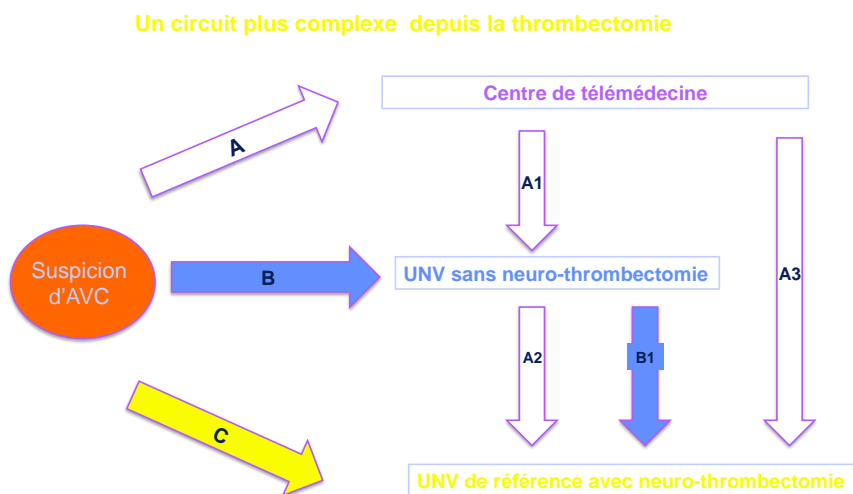


Figure 3 : Répartition des UNV et des centres de NRI en Bretagne et en France

Organisation régionale du TS1

La complexité des différents types de prise en charge avec l'arrivée de la thrombectomie, la téléthrombolyse et l'absence de réponse scientifique au meilleur circuit de prise en charge possible conduisent à la constitution de différents circuits de prise en charge décrit sur le schéma ci-dessous.



P. Michel; Stroke 2017; 48:247-249

Figure 4 : Circuits de prise en charge en cas de suspicion d'AVC

L'unité neurovasculaire et la thrombolyse

L'UNV est l'unité privilégiée du traitement de l'AVC. On estime que le passage en USINV (Unité de soins intensifs neurovasculaires) diminue de 20 à 30% le risque de morbidité et mortalité. Cette diminution du risque se prolonge au moins jusqu'à 5 ans après la prise en charge.

L'une des premières UNV de Bretagne a été créée au CHRU de Brest en septembre 2008. Avec actuellement 8 lits de soins intensifs (USINV), elle est la plus grande UNV de Bretagne. Elle est constituée par ailleurs de 14 lits de soins post-aigus. Cette création a eu un effet structurant à la fois pour la prise en charge de l'AVC dans le service de Neurologie mais aussi avec la filière d'amont qu'il s'agisse du SAMU, des pompiers, des urgences et de la radiologie et de la filière d'aval (SSR spécialisés et SSR). Toutefois, seuls 40% des patients atteints d'un AVC bénéficient d'un passage en UNV dans le TS1 (Figure 5).

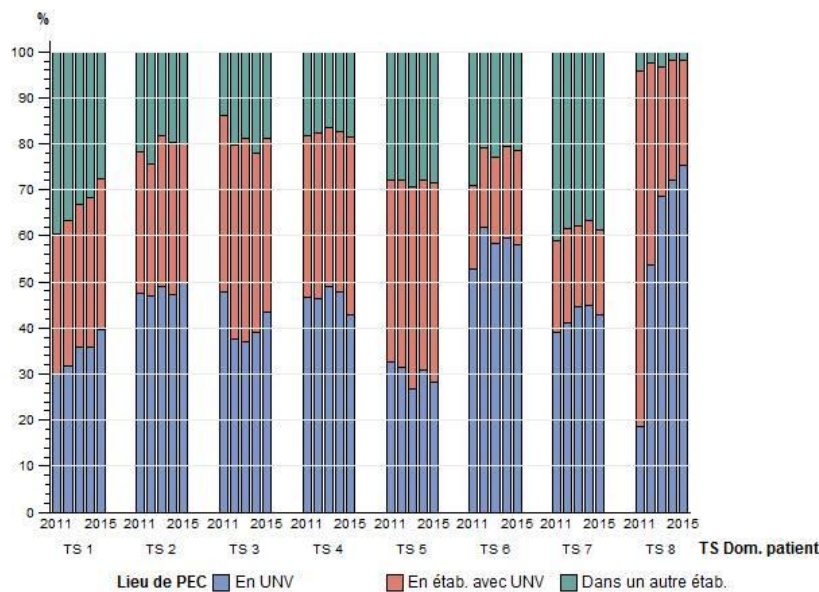


Figure 5 : Modes de prise en charge de l'AVC dans les différents territoires de santé de Bretagne

La thrombolyse permet d'éviter à un patient sur sept d'être atteint d'un handicap. Cependant, un AVC résultera en un handicap pour 10 à 15% des patients, du fait d'une prise en charge trop tardive et de contre-indications. En 2016, 90 patients ont été thrombolysés au CHRU ; ce nombre est en constante augmentation (multiplication par 4 au moins depuis 2010). Cependant, le taux de thrombolyse est encore insuffisant comparé à d'autres territoires.

La mise en place de la neuro-thrombectomie par neuroradiologie interventionnelle

Depuis début 2015, la thrombectomie a prouvé son intérêt lors de la phase aiguë de l'accident ischémique cérébral dans les grandes études internationales. La thrombectomie est une approche thérapeutique très efficace puisqu'elle permet dans le meilleur des cas d'éviter un handicap pour trois patients traités. Elle est, la plupart du temps, effectuée dans les suites d'une thrombolyse. La thrombectomie est opérationnelle depuis juin 2015 au CHRU de Brest.

L'optimisation de la coordination entre les différents acteurs (neuroradiologues interventionnels, neurologues vasculaires, urgences, SAMU, anesthésistes, réanimateurs, radiologues) est perfectible. En 2016, 50 thrombectomies ont été réalisées au CHRU, et ce chiffre est en progression constante considérant les besoins de la population.

La télémédecine entre le CH des Pays de Morlaix et l'UNV du CHU de Brest

Un dispositif de télémédecine est mis en place entre le CH des Pays de Morlaix et le CHRU de Brest depuis avril 2016. Il comprend avant tout la télé-thrombolyse, dont le bénéfice attendu est identique à une prise en charge dans une UNV, mais aussi la téléconsultation et surtout la téléexpertise permettant une qualité de soin identique sur tout le territoire. Pour l'instant, la téléthrombolyse fonctionne uniquement en journée. L'une des difficultés de ce projet est l'articulation avec la thrombectomie qui ne peut être réalisée qu'au CHRU. Une collaboration entre les différents acteurs est mise en place et l'amélioration de la coordination reste à parfaire.

Conventions existantes entre établissements

Si la convention entre le CHRU de Brest et le CH des Pays de Morlaix en ce qui concerne la téléthrombolyse n'est pas encore finalisée, le dispositif fonctionne depuis avril 2016. Il est urgent que cette convention soit signée afin de fixer un cadre permettant l'optimisation des parcours complexes.

ACTEURS ET PARCOURS DE SOINS

Filière AVC d'une offre de soins gradués au CHRU de Brest

- Régulation SAMU/ SMUR

La régulation SAMU des AVC a fait l'objet d'un travail de plusieurs années d'amélioration des parcours des soins entre l'alerte au 15 et l'arrivée à l'hôpital. Des procédures sont écrites. Elles sont le fruit d'une collaboration entre le service SAMU et le service de Neurologie. Outre ces protocoles, des retours d'expériences ont été effectués à plusieurs reprises entre les deux services.

- Urgences

Les patients arrivent soit aux urgences soit au déchocage. En règle générale, en cas d'alerte thrombolyse ou thrombectomie, les patients sont orientés directement vers le déchocage dans les 6 heures. Le régulateur du SAMU appelle systématiquement le neurologue de garde et les examens d'imagerie (IRM ou scanner et angi scanner) sont programmés. Dès l'arrivée au déchocage, le neurologue examine le patient et porte l'indication de thrombolyse et de thrombectomie en discussion avec le neuroradiologue interventionnel. La thrombolyse est réalisée soit au déchocage avec un membre de l'équipe infirmière de l'USINV, en particulier lorsqu'une thrombectomie est prévue, soit dans l'USINV.

- **USINV de référence**

Les patients passent en moyenne deux jours dans cette unité de soins intensifs avec monitoring cardiaque pendant 48 heures, et prise en charge par un orthophoniste et/ou un kinésithérapeute, selon l'indication.

- **UNV/service de neurologie**

Après son séjour en USINV, le patient est transféré en UNV pour réaliser l'ensemble du bilan étiologique et permettre une sortie optimisée, soit dans le cadre d'un retour à domicile, soit dans le cadre d'un service de SSR spécialisés ou non.

- **Garde 24h/24 de neurologie**

Un senior ou un interne, ayant déjà une expérience de plus de 1 an de neurologie, est de garde. L'interne est doublé par un neurologue senior qui peut se déplacer le cas échéant pour une thrombolyse ou une thrombectomie. Cette garde sert aussi à l'ensemble des urgences neurologiques du CHRU (y compris le site de Carhaix), du CH des Pays de Morlaix, du CH de Landerneau, le CHIC de Quimper et parfois, pour des avis, des CH de Saint-Brieuc, Saint-Malo et Lorient.

- Neuroradiologie interventionnelle 24h/24
- Télémedecine: Morlaix -Brest
- Plateformes: radiologie/cardiologie/EDTSA
- SSR Guilers/MPR Morvan
- SSR Perharidy/Fondation Ildys
- HAD
- Ville
- Consultation post-AVC
- Education thérapeutique

2. Filière AVC d'une offre de soins gradués : CH Landerneau

- SAMU/SMUR 29
- Urgences du CH de Landerneau
- Plateformes: radiologie/cardiologie/EDTSA
- Médecine interne
- SSR Landerneau/Lesneven/Crozon/Perharidy
- Ville
- Service de recours : USINV/UNV, neuroradiologie interventionnelle, neurochirurgie, Réanimation du CHRU

3. Filière AVC d'une offre de soins graduée : CH Morlaix

- SAMU/SMUR 29 : rôle majeur quant à l'orientation des patients et l'importance des conférences téléphoniques avant décision d'orientation
- Urgences du CH des Pays de Morlaix

- Service de Médecine interne et neurologie

Un secteur de neurologie d'une capacité de dix lits d'hospitalisation, prendrait place au sein de l'unité de médecine 2 (d'une capacité de trente lits) en restant intégré au service de Médecine Interne. La prise en charge des urgences neurologiques et en particulier de l'accident vasculaire cérébral à la phase aiguë sera gérée en collaboration avec l'équipe de neurologie du CHRU de Brest *via* le système de télé-AVC actuel de télé-médecine.

- Télémedecine: Morlaix–Brest : 8h30-18h30 tous les jours (importance de poursuivre la coopération avec le CHRU quant à la formation et à l'évolution des pratiques professionnelles, EPP à poursuivre)
- Plateformes: radiologie/cardiologie/EDTSA
- SSR Perharidy/Ildys
- SSR Belizal
- HAD
- Réanimation
- Service de recours : USINV/UNV, neuroradiologie interventionnelle, neurochirurgie

MATRICE MOFF

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - Une USINV déjà structurée depuis 9 ans. - Une garde 24h sur 24. - La mise en place de la NRI en 2015 dès le début des résultats des études pivots. - L'ensemble du plateau technique disponible en cardiologie, vasculaire et imagerie au CHU de Brest et au CH de Morlaix. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un nombre insuffisant de lits d'USINV au regard de la demande. - Un nombre de spécialistes de la NRI insuffisant pour assurer la permanence de soins à long terme. - Un problème d'accessibilité aux plateformes techniques (notamment radiologiques) pour permettre une fluidité de parcours. - Une accessibilité 24h/24 à l'IRM en urgence insuffisante au CHU de Brest. - Des effectifs de kinésithérapeute insuffisants au regard de la demande. - Les transports secondaires entre Morlaix et Brest et Quimper et Brest pour la thrombectomie.
MENACES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> - La dérive des procédures relatives en particulier au « turn-over » important des médecins aux urgences au CHRU de Brest et du CH des Pays de Morlaix 	<ul style="list-style-type: none"> - Une population captive - L'UNV et la NRI du CHRU de Brest qui sont identifiées comme des références dans le Finistère et au-delà.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Une nécessité de coordination et de formation entre les différents établissements (Brest, Morlaix, Landerneau) pour améliorer constamment la qualité des « process »- La diminution des ressources en cardiologie et radiologie au CH de Morlaix (recours à la télé-radiologie). | <ul style="list-style-type: none">- La mise en place de la télé-thrombolyse entre Morlaix et Brest pour développer les liens entre les 2 centres hospitaliers pour la filière AVC- La collaboration avec l'HIA- La mise en place d'un service de neurologie au CH des Pays de Morlaix- La mise en place d'une UP-AVC à Morlaix au sein du service de neurologie- Développement de la clinique des AIT au CHRU de Brest- Développement d'un partenariat entre Morlaix et Lannion pour la thrombolyse et la prise en charge des patients neurologiques |
|---|---|

PROPOSITIONS

L'organisation de la filière des AVC s'est grandement améliorée ces dernières années surtout en ce qui concerne la filière d'amont et la prise en charge au sein du CHRU et dans l'UNV. Toutefois le nombre de patients hospitalisé en USINV est insuffisant. Par ailleurs, la filière morlaisienne se met en place grâce à la télé-thrombolyse mais ne pourra prendre son essor qu'avec la présence de neurologues titulaires à partir de novembre 2017.

L'arrivée de thrombectomie a modifié l'organisation existante et il est probable que le nombre de patients à thrombectomiser ne va cesser de croître. Une meilleure organisation de la régulation de ces patients suspectés d'être éligibles à la thrombectomie est à prévoir dans les mois à venir pour proposer à tous ces habitants une égalité des soins quelque soit l'endroit dans le Finistère. La difficulté à ce jour réside aussi dans le fait que des données scientifiques manquent en ce qui concerne l'orientation optimale des patients susceptibles d'être thrombolysés et thrombectomisés (« *mothership* » versus « *drip and ship* »). Le CH des Pays de Morlaix doit mieux se structurer à cet égard avec l'aide du CHRU et l'arrivée de neurologues titulaires.

Le groupe de travail propose de :

A. Favoriser la prévention de l'AVC :

- a. Participer au DU Citoyen en cours d'élaboration pour permettre la prévention des maladies neurovasculaires et former en particulier les enseignants (professeur des écoles) à l'éducation à la prévention des plus jeunes.
- b. Continuer les journées de sensibilisation à l'AVC (Journées Mondiales de l'AVC) et généraliser ces actions à tout le Finistère Nord, le 29 octobre de chaque année comme ce qui existe déjà à Brest.

B. Améliorer la prise en charge en amont : phase pré-hospitalière :

- a. Mettre à l'étude l'acquisition d'un véhicule de transport à imagerie embarquée pour permettre l'orientation des patients dès le début des symptômes afin d'optimiser les trajets et le ciblage des patients pour la thrombectomie et la thrombolyse comme en Allemagne et aux USA.
- b. Mettre en place une véritable « *task force* » sur la régulation des AVC avec retour d'expérience et amélioration continue.
- c. Discuter de la mise en place d'une application informatique de régulation dédiée à la prise en charge des AVC.

C. Améliorer la prise en charge lors de l'hospitalisation

- a. Augmenter le nombre de lits d'USINV : passage de 8 à 12 ou 14 lits.
- b. Augmentation du nombre de lits d'UNV d'environ 4 à 6 lits.
- c. Mise en place d'une clinique des AIT, au sein de l'USINV, susceptible d'établir une filière de prise en charge des patients à haut risque de survenue d'AIT, sachant que ces cliniques permettent de diminuer de 80% le risque d'avoir un AVC.
- d. Extension des horaires de fonctionnement de l'IRM 24h/24 avec un manipulateur radio sur place.
- e. Développer une UP-AVC à Morlaix avec des lits dédiés.
- f. Signer au plus vite la convention entre Brest et Morlaix concernant la télé-thrombolyse.
- g. Etendre rapidement la possibilité de télé-thrombolyser 24h/24, une fois le dispositif en journée bien acquis par les professionnels de Brest et Morlaix.

D. Développer l'éducation thérapeutique et le suivi après l'AVC

- a. Etendre l'éducation thérapeutique à l'ensemble du Finistère Nord par la formation des équipes infirmières et des médecins neurologues à partir d'un ensemble de protocoles préexistants déjà mis en place au CHRU de Brest
- b. Mettre en place un contrat ville-hôpital en éducation thérapeutique dans tout le Finistère Nord, en particulier entre les neurologues des hôpitaux, les médecins généralistes et les neurologues libéraux, sur le modèle de ce qui vient d'être mis en place et financé par l'ARS sur la maladie de Parkinson
- c. Mettre en place des consultations pluridisciplinaires du post-AVC de prise en charge du handicap invisible en particulier entre rééducateurs, neurologues, neuropsychologues, orthophonistes, ergothérapeutes et autres acteurs de la prise en charge
- d. Mettre en place un véritable partenariat entre l'UNV, les UP-AVC et les HAD dans le cadre du protocole de sortie rapide des patients modérément sévères (sortie de type « *early discharge* », sur le modèle anglais) autour d'une équipe spécialisée afin d'alléger les SSR.

FILIÈRE CARDIOLOGIE

PILOTE ET GROUPE

Responsables de la filière	Pr Jacques Mansourati (titulaire), Dr Pascal Cornec (suppléant), Dr Gwénolé Rohel (suppléant)
Membres du groupe	Dr Ulric Vinsonneau, Dr Laurent Chappuis Référente DIM : Dr Marilyn Le Berre Directeur référent : Mme Laurence Jullien-Flageul
Dates de réunion	23 02 2017

CONTEXTE

Etat de santé des Bretons

La population bretonne est une population à risque du fait des éléments suivants :

- Une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale ;
- Un indice de vieillissement plus marqué ;
- Une surmortalité prématurée évitable supérieure à la moyenne ;
- La mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dépasse la mortalité par cancer ou mort violente en Bretagne ;
- Les déterminants de santé dits comportementaux ont particulièrement d'impact en Bretagne (alcool, tabac) ;
- L'accentuation des données défavorables à l'Ouest de la Bretagne par rapport à l'Est ;
- Sur 30 000 décès par an, plus de 3 000 sont considérés comme évitables.

Le Projet Régional de Santé 2012-2016

Dans le schéma régional de prévention, le PRS comportait un objectif qui était d'agir sur le facteur « risques » pour prévenir les maladies cardiovasculaires par la prise en charge de différents facteurs de risque dans le cadre de contrats ou programmes.

- CPOM avec l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) ;
- Programme conjoint avec le CNDS (Centre National pour le Développement du Sport) et financement de projet « sport santé » ;
- CPOM avec l'IREPS (L'Instance Régionale pour l'éducation et la promotion de la santé).

Offre de soins en Cardiologie dans le TS1

L'offre hospitalière est graduée et bien répartie sur le territoire. Elle est considérée comme suffisante au regard des taux de fuite, de la consommation de soins, des taux de recours. Une vigilance reste toutefois à porter sur la démographie médicale des professionnels cardiologues libéraux et bientôt hospitaliers.

Il est noté la présence d'acteurs dynamiques et novateurs (projets de télécardiologie démarrés de longue date).

Les pistes d'amélioration concernent :

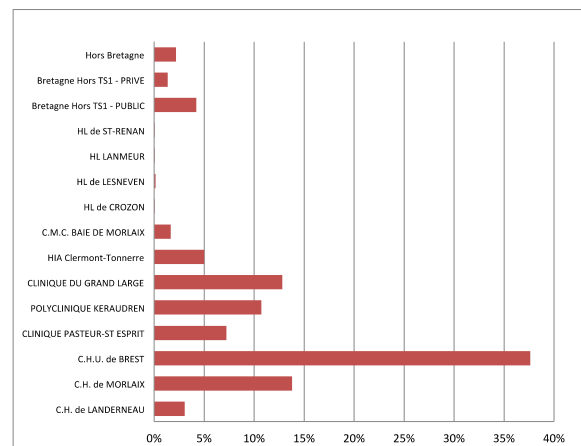
- L'organisation en réseau et en filière d'amont vers l'aval ;
- La coopération entre établissements et la constitution d'équipes médicales de territoire.

LIEUX

Etablissements	Autorisations	Spécialités	Unités spécialisées	Plateaux techniques spécialisés
CHRU de Brest	Médecine	Cardiologie	USIC	Plateau technique complet, et IRM
CH Morlaix		Cardiologie	USIC	Consultations, implantation PM et Plateau technique
HIA		Cardiologie		Consultations et Plateau technique et IRM (5j/7)
CH Landerneau	Médecine	Cardiologie		Consultations et plateau technique
CH Lesneven		Cardiologie		Consultations, Holter et échographie cardiaque

ACTIVITE

	Nb RSS	%
C.H. de LANDERNEAU	437	3,1%
C.H. de MORLAIX	1 975	13,8%
C.H.U. de BREST	5 382	37,6%
CLINIQUE PASTEUR-ST ESPRIT	1 034	7,2%
POLYCLINIQUE KERAUDREN	1 536	10,7%
CLINIQUE DU GRAND LARGE	1 833	12,8%
HIA Clermont-Tonnerre	715	5,0%
C.M.C. BAIE DE MORLAIX	236	1,6%
HL de CROZON	8	0,1%
HL de LESNEVEN	20	0,1%
HL LANMEUR	9	0,1%
HL de ST-RENAN	9	0,1%
Bretagne Hors TS1 - PUBLIC	605	4,2%
Bretagne Hors TS1 - PRIVE	195	1,4%
Hors Bretagne	313	2,2%
Total général	14 307	100,0%



Figures 1 et 2 : Hospitalisation en CARDIOLOGIE des patients résidant sur les communes du GHT (année 2013, Source = base régionale PMSI MCO 2013)

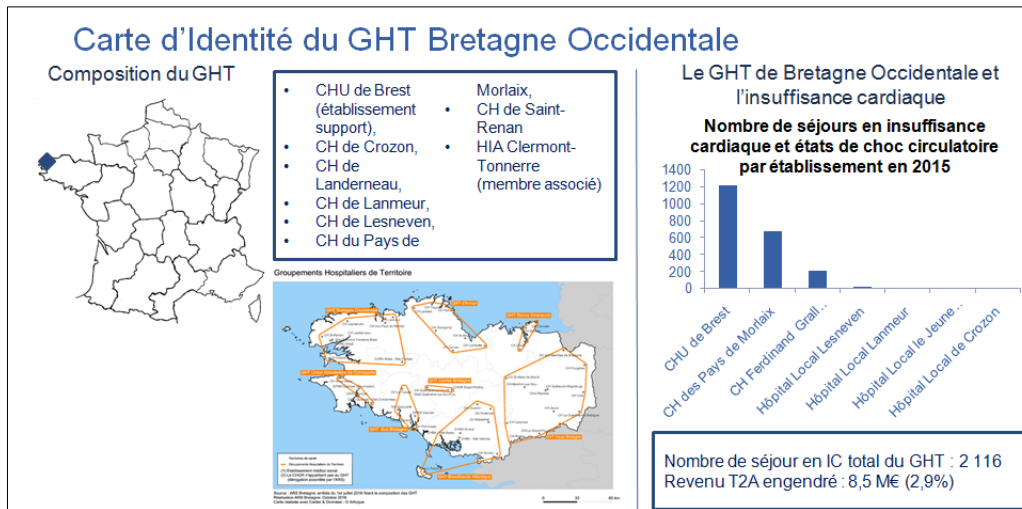


Figure 3 : Nombre de séjours dont le diagnostic principal est l'insuffisance cardiaque en 2015

Etablissements	Consultations externes	Echographies
CHRU Brest	3696	8176 (3819 en externe et 4357 en interne)
HIA Clermont-Tonnerre	2515	2444 (1088 en externe et 1356 en interne)
CH Landerneau	607	166 en externe

Figure 4 : Volume de consultations des services de cardiologie en 2015 sur le TS1, et volume des actes d'échocardiographie en 2015 quelle que soit la pathologie cardiaque

ACTEURS

ETABLISSEMENTS	ETP MEDICAUX	EVOLUTION ETP	MOYENNE AGE	RECOURS INTERIM	PERMANENCE DES SOINS
HIA	4	-1	35	NON	ASTREINTE
CH LANDERNEAU	1	0	41	NON	
CH PAYS DE MORLAIX	3,5	-2,5	45	OUI (2/semaine)	GARDE
CHRU site BREST	13,1	-2,2	45,5	NON	1 GARDE JUNIOR 1 GARDE SENIOR 2 ASTREINTES (hémodynamique et rythmologie)
CHRU site CARHAIX	4	0	48	NON	ASTREINTE
TOTAL	26,85	-5,7	42,9		

Tableau 1 : Cartographie des effectifs médicaux GHT au 31 mars 2017 (données DAM-Etablissements GHT BO)

Les effectifs médicaux actuels sont en cours d'organisation entre ambulatoire et hospitalisation continue d'une part et entre les différentes sous-spécialités en cardiologie en particulier pour le suivi de l'insuffisance cardiaque d'autre part. La spécialité de cardiologie comporte différents actes interventionnels allant de l'imagerie à l'hémodynamique et la rythmologie. Ces actes sont consommateurs de temps. Le tableau précédent montre une perte de 5,7 ETP ces dernières années. Le problème est donc celui de la saturation en activité des différents médecins qui implique de recourir à d'éventuels recrutements médicaux pour une optimisation du suivi de l'insuffisant cardiaque (consultations, participation au télé-suivi, imageries cardiaques).

Tous les éléments pour un bon fonctionnement d'une continuité des soins sont en place. Cependant, il manque une infirmière coordinatrice et un cardiologue spécialisé dans le suivi de l'insuffisance cardiaque dédié aux deux centres de Brest et de Morlaix. L'effectif actuel est saturé et insuffisant pour le bon déroulement de cette filière de soins.

PARCOURS DE SOINS ACTUEL

A/ LA CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE

Elle représente en 2010, 24,7 % des décès par maladies cardiovasculaires. En 10 ans, le nombre de décès a diminué de 40 %, et le nombre d'hospitalisés de 10 %.

Les filières sont bien établies depuis plusieurs années en Cardiologie.

1) Dans le syndrome coronaire aigu (SCA) ST+

Une astreinte continue de coronarographie et d'angioplastie est assurée au CHRU de Brest.

Les patients peuvent appeler directement le SAMU pour un transfert direct vers ce centre en cas de SCA ST+. Si le patient s'adresse aux urgences des différents CH du GHT, un contact est pris directement auprès du Département de Cardiologie du CHRU de Brest pour transférer le patient.

Des conventions ont été mises en place entre le CHRU de Brest d'une part et le CH de Landerneau, l'HIA et le CH de Lesneven plus récemment pour optimiser la prise en charge des patients.

2) Dans le SCA ST-

Le patient peut être pris en charge d'abord sur place dans un CH général (nécessité d'une structure de soins intensifs) puis transféré dans les 24h vers le CHRU ou directement aux Soins Intensifs du Département de Cardiologie du CHRU. Le traitement est alors mis en place : coronarographie dans les 24 à 48 heures, ou examens fonctionnels avant la coronarographie, selon les recommandations.

3) La pathologie coronaire chronique (ou angor d'effort)

Elle est généralement prise en charge par le médecin traitant ou le cardiologue traitant. La coronarographie est demandée sans urgence au CHRU de Brest. Un choix est laissé au patient entre CHRU et clinique de Keraudren par certains centres.

Le CHRU de Brest assure la prise en charge interventionnelle de cette pathologie soit par angioplastie (Département de Cardiologie) soit par revascularisation chirurgicale (CCTV).

Une fois le traitement réalisé une réadaptation à l'effort est indiquée. La Fondation Ildys offre cette possibilité soit en hospitalisation continue (Roscoff) soit en ambulatoire (Ty Yann).

B/ LES TROUBLES DU RYTHME ET DE LA CONDUCTION

1) Troubles de la conduction

Deux centres implantent et assurent le suivi des stimulateurs cardiaques conventionnels et les Holvers implantables : le CHRU de Brest et le CH des Pays de Morlaix.

Le CHRU de Brest implante les défibrillateurs automatiques implantables (DAI) et les dispositifs de resynchronisation (CRT) ainsi que les stimulateurs endocavitaires miniaturisés. Il assure également les explantations de matériel de stimulation ou de défibrillation.

Le CH de Landerneau et l'HIA peuvent assurer le suivi des patients porteurs de pacemaker.

Le développement de la télécardiologie a permis également de réduire les déplacements inutiles des patients porteurs DAI ou de CRT vers le CHRU pour le suivi de leurs dispositifs (suivi des stimulateurs et défibrillateurs).

2) Troubles du rythme

Les différents hôpitaux du futur GHT peuvent recevoir des patients présentant un trouble du rythme mal toléré ou les transférer vers le CHRU de Brest lorsqu'une ablation de trouble du rythme est nécessaire en urgence.

Dans les cas où le trouble du rythme est bien toléré ou paroxystique, une demande non urgente est demandée auprès du CHRU de Brest. L'ablation de tous les troubles du rythme est possible dans ce centre.

L'occlusion de l'auricule gauche est également une pathologie traitable au CHRU.

C/ LES VALVULOPATHIES

Toute valvulopathie peut avoir un bilan préopératoire et de sévérité dans les différents hôpitaux du GHT.

Lorsqu'il y a une décision entre chirurgie et TAVI (ou MitraClip), le dossier est adressé au CHRU de Brest où le patient bénéficiera d'un bilan complémentaire. Une décision thérapeutique est prise lors d'un staff médico-chirurgical et la procédure est programmée.

En cas d'urgence comme lors d'une endocardite infectieuse, les soins intensifs de Cardiologie reçoivent les patients en attendant une décision adéquate en fonction du bilan réalisé.

D/- L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'état des lieux n'est pas très connu en Bretagne. En France, elle touche 2,2 % de la population générale en 2002 avec une prévalence qui augmente du fait du vieillissement de la population. L'insuffisance cardiaque est une pathologie du sujet âgé rarement isolée avec un pronostic sombre et un taux important d'hospitalisations : 200 000 hospitalisations pour 160 000 patients en 2012 en France. Le taux de ré-hospitalisations est de 20,9 % en 2016. Ces ré-hospitalisations sont souvent précoces : les trois quarts ont lieu pendant le trimestre. La proportion de personnes ré-hospitalisées en cours d'année a progressé de 4,4 % entre 2002 et 2012.

En Bretagne Occidentale, le nombre séjours pour insuffisance cardiaque en 2015 était de 2116, répartis entre le CHRU de Brest et les CH des Pays de Morlaix et de Landerneau essentiellement (Cf. figure 5). Cette pathologie nécessite une prise en charge optimale des patients afin de diminuer la mortalité et les ré-hospitalisations. Il s'agit d'une pathologie qui survient surtout chez le sujet âgé avec des co-morbidités et pour laquelle un suivi rapproché est nécessaire. C'est le cas déjà au CHRU de Brest avec le programme PRADO qui a débuté en février 2017 et qui est en cours de développement dans le territoire. Toutefois ce programme ne dure que 6 mois et ne concerne pas tous les patients. Il est important qu'une filière de soins soit mise en place pour une meilleure réactivité aux signes précurseurs d'une décompensation cardiaque afin de mettre en place les mesures efficaces **permettant d'éviter l'hospitalisation**.

Depuis mars 2016 un comité de cardiologues travaille sur la sensibilisation des médecins généralistes, des cardiologues, des infirmières et des patients sur les alertes à prendre en compte pour anticiper la décompensation cardiaque et une meilleure information du patient. Il est également nécessaire de développer la prise en charge ambulatoire du patient avec une part d'éducation thérapeutique. Dans ce cadre, le recours à une infirmière coordinatrice et aux infirmiers libéraux est nécessaire. Ce fonctionnement peut être imaginé au CHRU de Brest, à l'hôpital de Morlaix et à l'HIA où la majorité des hospitalisations a lieu. Une action commune peut être également envisagée dans ce sens. En effet, bien que la prise en charge en hospitalisation soit satisfaisante, le recours trop fréquent aux urgences et l'absence de prise en charge en ambulatoire, en particulier de l'insuffisance cardiaque modérée, sont les points faibles à améliorer. Le télé-suivi qui peut se mettre en place rapidement dans les mois qui viennent et qui sera pris en charge prochainement permettra d'y arriver avec l'accord de tous les centres hospitaliers du GHT. Cela permettra de limiter les hospitalisations en secteur continu. Cela sous-entend aussi un accord avec les médecins traitants et les cardiologues pour que cette filière de soins se déroule dans les meilleures conditions.

	Parts de marché	Dépendance aux urgences	IPDMS	Taux d'ambulatoire	Autorisation coronarographie
GHT Bretagne Occidentale	80%	80%	0,927	0,9%	
Moyenne en France	70%	77,5%	1,00	3,34%	
Exemplaire		59,9%	0,816	4,48%	

Figure 5 : Comparaison d'indicateurs d'activité relatifs à l'insuffisance cardiaque entre le GHT et la moyenne en France

Le tableau ci-dessus montre que le traitement de l'insuffisance cardiaque dans les établissements du GHT de Bretagne Occidentale est globalement satisfaisant. Le rapport entre le nombre de séjours en insuffisance cardiaque générés par la zone d'attractivité du GHT et du nombre de séjours effectivement pris en charge par les établissements est bon. Toutefois, les patients lourds sont bien traités mais l'offre à destination des patients en insuffisance cardiaque légère est insuffisante. La prise en charge peut s'améliorer en diminuant la dépendance des urgences. L'indice de performance est également bon mais peut encore s'améliorer d'autant plus que le taux d'ambulatoire est moins performant que la moyenne nationale. L'opportunité d'un financement du télésuivi dans les mois qui viennent permettra de mieux se structurer.

MATRICE MOFF

Forces	Faiblesses
<p>Filière de soins déjà en place pour différentes pathologies : coronaires, valves et troubles du rythme, qui sont aussi une cause d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Organisation de l'activité de Carhaix en Cardiologie et stabilisation de Landerneau.</p> <p>Mise en place de conventions entre le CHRU et l'HIA, Landerneau, bientôt Lesneven, avec la création de postes d'assistant ou de PH.</p>	<p>Localisation géographique du CHRU de Brest par rapport aux autres CH et à la clinique Keraudren.</p> <p>Pas d'assistance mécanique au CHRU de Brest (transferts à Rennes ou à Nantes selon les disponibilités dans ces cas précis).</p> <p>Délais de chirurgie cardiaque trop longs.</p> <p>Saturation du plateau technique du CHRU de Brest.</p> <p>Embolisation des lits de Cardiologie du CHRU par les urgences non cardiologiques.</p>
Menaces	Opportunités
<p>Démographie médicale en baisse en Cardiologie et difficultés à la fois en ville (Châteaulin, Lesneven, Landivisiau et Morlaix) et à l'hôpital (Morlaix).</p> <p>Organisation de la clinique Keraudren avec les cardiologues libéraux mais collaboration sur l'harmonisation de la prise en charge.</p> <p>Les soins intensifs de cardiologie du CHPM sont menacés en l'absence de nombre de médecins suffisants pour assurer la continuité des soins.</p>	<p>Accord des différents acteurs du secteur pour optimiser la prise en charge de cette pathologie (réunion le 19/03/2016).</p> <p>Mise en place de PRADO par la CPAM (depuis octobre 2016).</p> <p>Présence des centres de réadaptation à Roscoff et Ty Yann.</p> <p>Ouverture du Centre de Médecine Ambulatoire au CHRU de Brest en janvier 2018 pour la prise en charge ambulatoire des insuffisants cardiaques.</p> <p>Possibilité de mettre en place le télésuivi.</p> <p>Plateaux techniques présents à Landerneau, Morlaix et l'HIA pouvant compléter celui du CHRU.</p>

REFERENCE AU PRS

L'organisation actuelle est en conformité avec le PRS 2012-2017.

RUPTURES ET FRAGILITES

La seule rupture au niveau de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques est le recours aux centres de transplantation de Nantes ou de Rennes, parfois dans l'urgence. A Brest, il y a 37 patients greffés et suivis. 33 patients ont été greffés à Nantes ou Rennes. Il n'y a pas d'assistance circulatoire en dehors de la gestion des patients en aigu avant de les transférer à Rennes ou à Nantes pour la suite de la prise en charge. Il peut y avoir une perte de chance pour les patients en raison des délais pour le transfert. Il n'y a pas pour le moment de volonté de développer ce type de prise en charge au CHRU de Brest.

STRUCTURATION DE LA FILIERE ET DU PARCOURS IDEAL DU PATIENT

En ce qui concerne l'insuffisance cardiaque, il s'agit d'organiser le suivi du patient, régulier et à distance à partir de plusieurs indicateurs, dans le but de limiter les décompensations cardiaques et les hospitalisations, de réduire la morbi-mortalité et d'améliorer l'état de santé.

La création d'un profil infirmier de coordination est essentielle et un maillon indispensable afin d'organiser le parcours et le suivi du patient.

Organisation des consultations et bilans

La bonne prise en charge du patient implique une organisation de l'hôpital de jour réactive, pour accueillir en ambulatoire, rapidement, un patient insuffisant cardiaque.

L'équipe pluridisciplinaire décide de la suite de la prise en charge : réévaluation des traitements médicamenteux, hospitalisation, réadaptation à l'effort, etc.

Le centre de médecine ambulatoire du CHRU permettra l'accès à un plateau technique en fonction de la gradation des soins et d'éviter certaines hospitalisations.

Education thérapeutique

Les patients insuffisants cardiaques reçoivent, par l'équipe pluridisciplinaire, des informations et conseils en matière d'habitudes alimentaires, d'activité physique adaptée, de comportements quotidiens (addiction, limitation du stress, gestion du sommeil, etc.), en fonction de leurs besoins et attentes.

Il s'agit de structurer cette équipe pluridisciplinaire en identifiant les compétences au sein des différents établissements du GHT.

La méthode, mais également les outils, devront être communs et partagés.

Surveillance à distance

L'infirmier coordinateur, en lien avec une équipe pluridisciplinaire (cardiologue, nutritionniste, etc.), transmettra à intervalle régulier un questionnaire au patient destiné notamment à suivre la courbe du poids, la pression artérielle ou encore la fréquence cardiaque.

Les thématiques abordées peuvent aussi être plus larges : connaissance des traitements et des contre-indications, connaissance des signes d'alerte et des réactions adaptées, etc.

En cas d'irrégularité (exemple : prise de poids de 2-3kg en quelques jours), l'infirmière appelle le patient pour une consultation ou un bilan en hôpital de jour. Le patient est invité à contacter l'infirmière coordinatrice en cas de signes d'alerte majeurs : apparition d'œdèmes, de palpitations, douleur thoracique, malaise, etc.

Ce dispositif permet à la fois un suivi à distance de qualité, et une auto-surveillance par le patient en responsabilité. Il s'agira de développer des outils connectés de suivi d'indicateurs clés de l'insuffisance cardiaque (applicatif ville-hôpital).

Communication avec les professionnels libéraux

Le suivi de l'insuffisance cardiaque n'est optimal qu'au travers d'une communication étroite entre les équipes hospitalières, notamment le cardiologue, le médecin généraliste et les autres professionnels libéraux intervenant au domicile du patient.

Un **dossier de liaison** accompagne le patient pour assurer la transmission des informations. Un numéro de téléphone direct permet au médecin généraliste de contacter rapidement le cardiologue hospitalier. L'IDE de coordination pourrait venir en soutien des cardiologues hospitaliers en lien avec les professionnels libéraux.

Un dispositif de formation ou des actions-formations pourrait être organisé.

MISE EN OEUVRE

<p>Orientations stratégiques</p>	<p>Prendre en charge l'insuffisance cardiaque avec la médecine de ville, en ambulatoire et par télésuivi du patient de façon coordonnée.</p> <p>Optimiser la programmation des patients pour réduire les délais de prise en charge, en particulier en chirurgie cardiaque.</p>
<p>Axes prioritaires</p>	<p>Diminuer les hospitalisations et ré-hospitalisations des patients insuffisants cardiaques, augmenter l'ambulatoire.</p>
<p>Actions à court terme (6 mois – 1 an)</p>	<p>Développer l'ambulatoire au CHRU de Brest (début 2018).</p> <p>Mettre en œuvre d'une IDE de coordination de parcours.</p>

	<p>Développer le télésuivi.</p> <p>Optimiser le nombre de médecins pour assurer cette fonction.</p> <p>Formaliser la délégation de tâche à une infirmière coordinatrice (protocole de coopération, art 51, loi HPST).</p>
<p>Actions à 5 ans</p>	<p>Uniformisation de la prise en charge à tout le GHT.</p> <p>Suivre des cohortes de patients.</p> <p>Améliorer le pronostic des patients insuffisants cardiaques.</p> <p>Développer l'assistance circulatoire au CHRU de Brest.</p>

EVALUATION ET ACTUALISATION

Les indicateurs d'évaluation: volume d'activité, évolution de la DMS par site, réduction des passages aux urgences, limitation des séjours en hospitalisation, indicateurs qualité, mesure de la satisfaction des patients, accès aux soins des populations vulnérables.

L'ensemble de ces indicateurs seront à suivre mais en particulier la baisse du taux de ré-hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Une valorisation financière du télésuivi lié à l'insuffisance cardiaque est à envisager. Un travail en lien avec la plateforme opérationnelle de parcours du CHRU va être initié, pour encourager la prise en charge par l'HAD des patients insuffisants cardiaques aux co-morbidités importantes.

La satisfaction des patients sera mesurée par un questionnaire et réalisé soit par l'IDE de coordination soit lors de consultations médicales.

FILIÈRE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

PILOTE ET GROUPE

Responsables de la filière	Pr Georges Fournier
Membres du groupe	Dr Christophe Andro, Mme Ariane Bénard, Pr Frédéric Dubrana, Dr Mohammed Fardoun, Dr Pascal Inizan, Dr Jérôme Lacroix DIM référents : Dr Sophie Le Calvez, Dr Patrick Feunteun Directeur référent : Mme Laurence Jullien-Flageul, Mme Caroline Maringue
Dates de réunion	06 février, 13 mars et 04 avril 2017

CONTEXTE

Le taux de recours à la chirurgie

Les taux de recours en chirurgie en Bretagne restent inférieurs aux taux nationaux et évoluent plus faiblement qu'au niveau national.

	médecine			chirurgie		
	2010	2014	évolution	2010	2014	évolution
TS1	153	150	-2,2%	92	101	9,3%
TS2	135	136	0,9%	89	91	1,7%
TS3	153	152	-0,5%	91	97	6,5%
TS4	135	130	-3,4%	88	91	4,3%
TS5	125	129	2,8%	83	86	3,7%
TS6	148	145	-1,8%	92	95	3,2%
TS7	153	152	-1,2%	90	91	1,2%
TS8	152	155	1,7%	97	96	-0,3%
Bretagne	142	141	-0,5%	89	92	4,2%
France	151	154	2,2%	94	98	4,7%

Source : ARS de Bretagne, 2016

Tableau 1 : Evolution du taux de recours 2010-2014 (extrait PRS Bretagne 2012-2016)

Comme en 2010, les taux de recours montrent une grande hétérogénéité selon les territoires et les disciplines. Leurs évolutions entre 2010 et 2014 sont également très variables d'un territoire à l'autre. La structuration en termes de taux de fuite et d'attractivité des différents territoires n'a pas connu de modifications fondamentales entre 2010 et 2014.

	2010				2014			
	Taux d'attractivité	Taux de fuite	Principal territoire de fuite	% de fuite vers ce territoire	Taux d'attractivité	Taux de fuite	Principal territoire de fuite	% de fuite vers ce territoire
TS1	12,2%	6,0%	TS2	42,3%	12,4%	6,0%	TS2	43,5%
TS2	15,6%	14,3%	TS1	65,5%	16,2%	16,2%	TS1	65,2%
TS3	12,3%	21,2%	TS2	40,9%	12,4%	20,4%	TS2	39,9%
TS4	14,0%	24,9%	HR	46,5%	14,6%	23,7%	A	42,3%
TS5	25,0%	8,3%	HR	69,3%	26,3%	8,6%	A	68,9%
TS6	6,8%	30,8%	TS5	67,3%	7,8%	33,3%	TS5	71,0%
TS7	10,6%	15,5%	TS5	41,0%	10,5%	17,7%	TS5	42,1%
TS8	12,9%	39,9%	TS4	29,8%	13,5%	43,6%	TS4	30,6%

Source : ARS de Bretagne, 2016

Tableau 2 : Activité de chirurgie - attractivité et fuite par territoire (extrait PRS Bretagne 2012-2016)

En chirurgie, les TS 6 et 8 restent les territoires avec les plus forts taux de fuite (à près de 70 % vers le TS5 pour le TS6). Les TS 3 et 4 connaissent également un taux de fuite important (plus de 20 %) vers respectivement le TS2 et Nantes (pour environ 40 % de leur fuite).

Organisation régionale

Sur le territoire de santé 1, l'offre de chirurgie est répartie sur le territoire permettant un accès **aux soins de proximité** à l'ensemble de la population. En revanche, l'accès **aux dispositifs de recours** est plus problématique avec sur la partie Est du Finistère Nord (zone de proximité de Morlaix) un temps d'accès qui peut être supérieur à 50 mn.

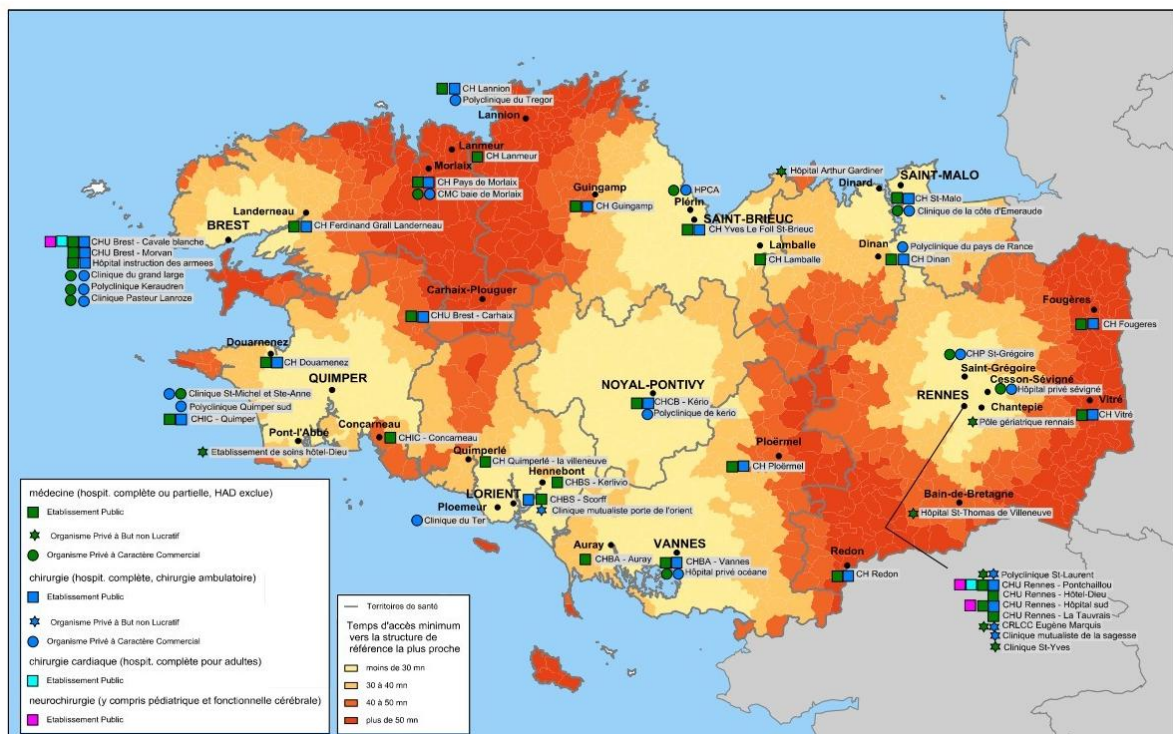


Figure 1 : Structures de médecine et chirurgie (hors hôpitaux de proximité) et accès aux CH de référence (PRS Bretagne 2012-2016)

LIEUX

Il s'agit de préciser les spécificités des sites d'exercice

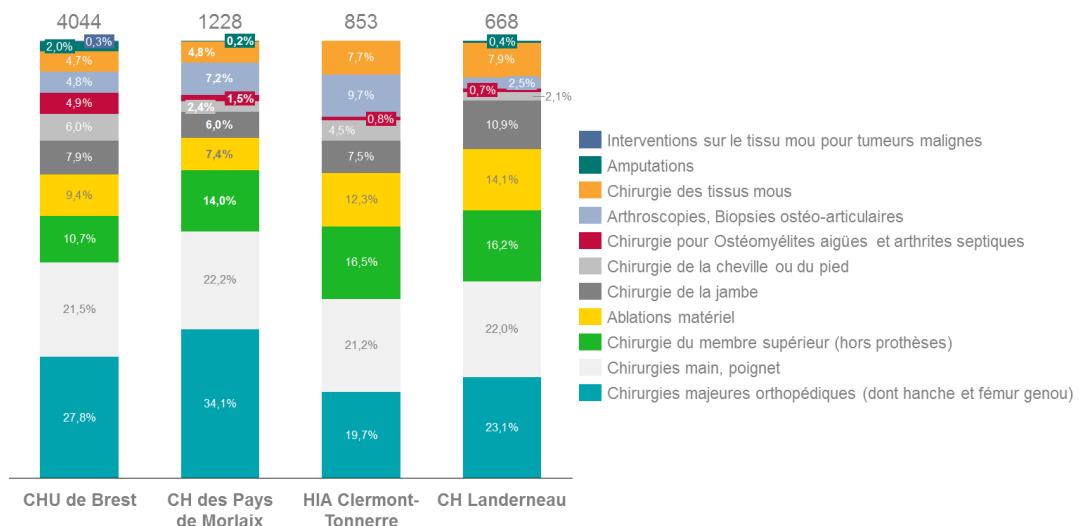
Etablissements	Autorisations	Spécialités	Unités spécialisées
CHRU de Brest	Chirurgie	Orthopédie	
CH des Pays de Morlaix	Chirurgie	Orthopédie	UPOOG
CH de Landerneau	Chirurgie	Orthopédie	
HIA Clermont Tonnerre	Chirurgie	Orthopédie	

ACTIVITE

Activité de chaque établissement :

L'activité des établissements sur le territoire se répartit comme suit sur le territoire :

- Le CHRU de Brest réalise près de 60% de l'activité des établissements du GHT (4044 séjours) ;
- Le CH des Pays de Morlaix effectue 18% des séjours (1228 séjours) ;
- L'HIA Clermont Tonnerre effectue 12,5% de l'activité du GHT (853 séjours) ;
- Le CH de Landerneau réalise quant à lui 9,8% de l'activité (668 séjours).



Sources: PMSI 2015, Chirurgie « Orthopédique »

Figure 2 : Répartition des séjours par groupe d'activité du CHRU, du CHPM, du CH de Landerneau et de l'HIA

Les interventions les plus fréquentes au sein des établissements du GHT sont : les chirurgies majeures (dont hanche et fémur, genou), les chirurgies de la main et du poignet ainsi que les chirurgies du membre supérieur.

Le CHRU de Brest est bien identifié comme établissement de recours, surtout pour l'enfant et les pathologies infectieuses.

Analyse des parts de marché des établissements du GHT pour les patients résidant sur le territoire

Les établissements du GHT réalisent 43,4% des séjours sur le territoire en 2015. Ils perdent un point de parts de marché (PdM) entre 2012 et 2015.

Le CHRU est le principal opérateur public et maintient son positionnement sur le territoire sur la période d'étude (24% de parts de marché). Le CH des Pays de Morlaix améliore sa place sur le territoire pour atteindre 8,8% (+1,2 point de PdM en 2012 et 2015). La situation de l'HIA et du CH de Landerneau s'effritent entre 2012 et 2015 pour atteindre respectivement 5,8 et 4,8% de parts de marché.

Les principaux concurrents du GHT sont la polyclinique de Keraudren et la clinique Pasteur Saint Esprit qui concentrent 40,2% des séjours. La polyclinique de Keraudren est l'acteur le plus important sur le territoire du GHT : 24,9% des séjours y sont réalisés. Alors que son positionnement s'effrite (-2 points de PdM entre 2012 et 2015), un nouveau concurrent (la clinique Pasteur) croît avec 15% de parts de marché en 2015.

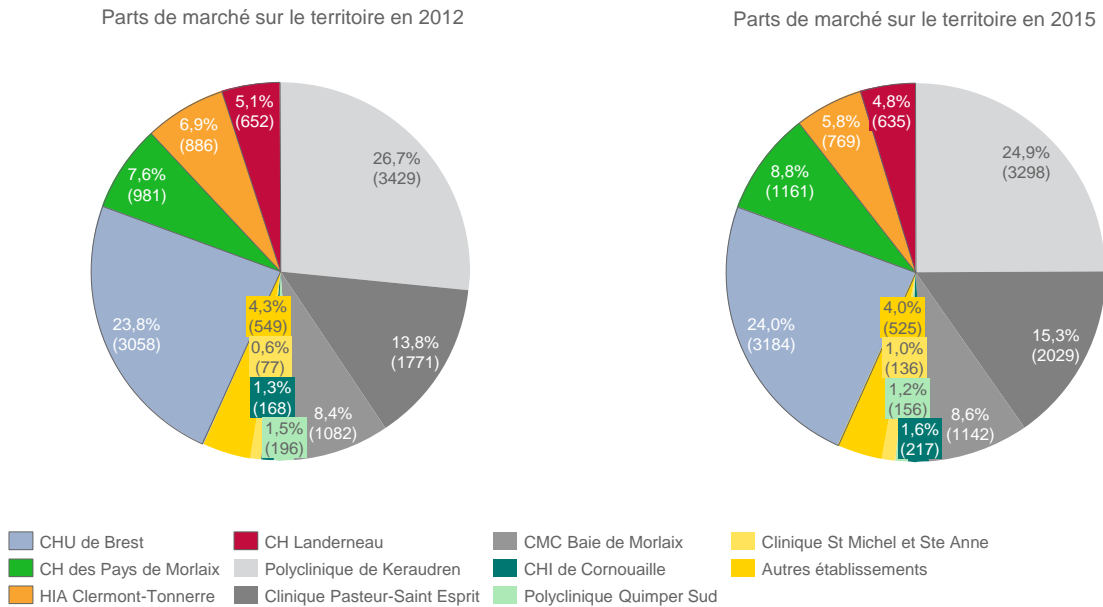


Figure 3 : Comparaison des parts de marché sur le TS1 entre 2012 et 2015

La polyclinique est particulièrement bien positionnée sur les chirurgies de la main et du poignet (32,9% de l'activité du territoire), sur les arthroscopies et les biopsies ostéoarticulaires (32,4%).

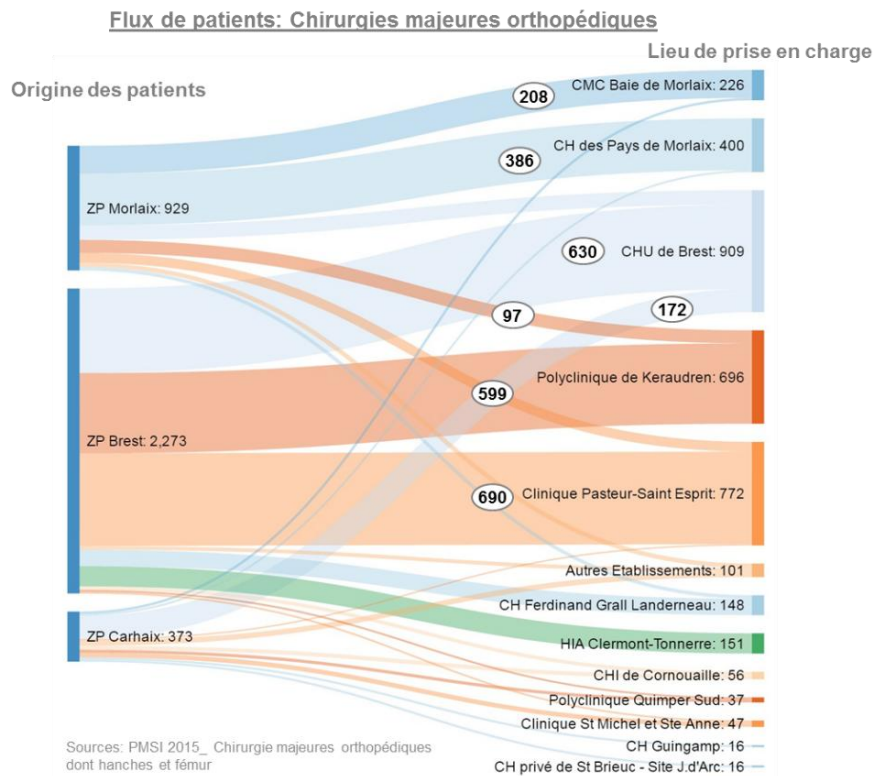
Le GHT détient respectivement 49,3%, 49,6% et 40,3% des parts de marché sur les zones de proximité de Morlaix, Carhaix et Brest. Le CH des Pays de Morlaix confirme son rôle d'établissement de proximité en prenant en charge près d'un tiers des patients de sa zone de proximité.

Le CHRU de Brest est quant à lui très présent dans les zones de proximité de Carhaix et de Brest, malgré une forte concurrence des établissements privés sur la zone de Brest.

Habitudes de vie des patients (vers quel bassin se tournent les patients)

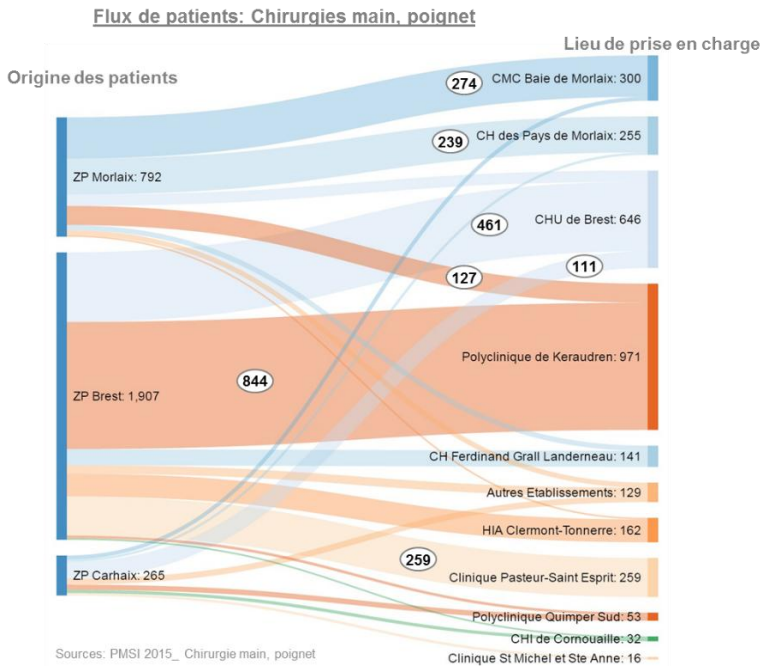
Les graphiques ci-après présentent les flux de patients en fonction de leur zone d'habitation (Morlaix, Brest et Carhaix) pour les groupes d'activité les plus importants :

- Chirurgies majeures orthopédiques : 3575 séjours sur le territoire du GHT en 2015 ;
- Chirurgie de la main et poignet : 2964 séjours ;
- Arthroscopies et biopsies articulaires : 1804 séjours.



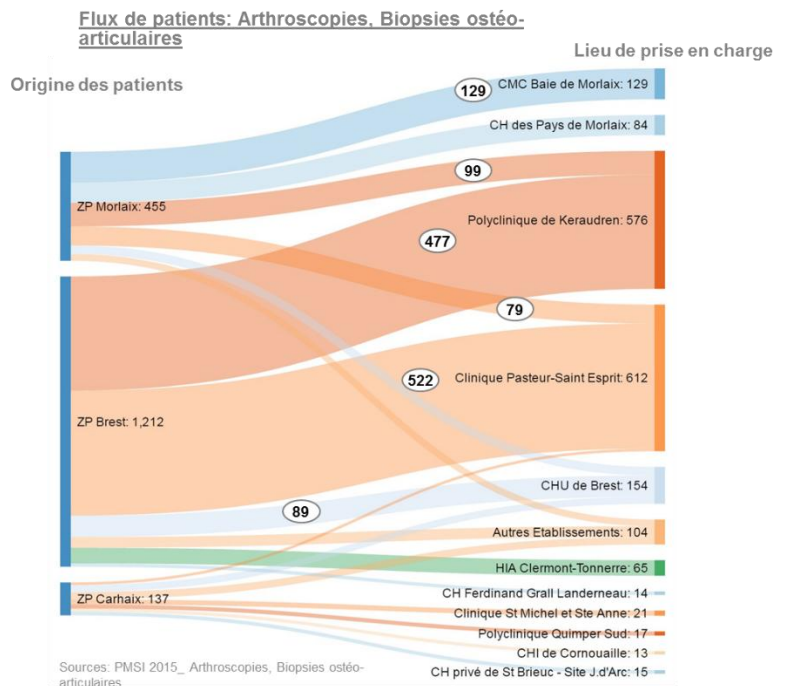
Les établissements privés sont très présents sur cette activité de chirurgie majeure orthopédique et notamment la clinique de Keraudren et Pasteur- St Esprit qui réalisent 41,3% de l'activité tandis que les établissements du GHT réalisent ensemble 45,3% de l'activité.

Ces données mettent en évidence également le très grand nombre d'opérateurs prenant en charge les patients de Morlaix et de Carhaix. Sur ces 2 territoires, il y a donc une dispersion importante de l'activité, ce qui peut constituer un enjeu en termes de conquête de parts de marché pour le GHT.



Les établissements du GHT réalisent conjointement 40,9% de l'activité de chirurgie main et poignet sur le territoire. Les patients vivant dans les zones de proximité de Morlaix et Brest sont pris en charge pour la plupart à proximité de leur domicile tandis que les patients vivant dans la zone de proximité de Carhaix sont pris en charge sur l'ensemble du territoire. La Polyclinique de Keraudren concentre sur cette activité 32,9% des parts de marché du territoire.

La prise en charge des patients pour arthroscopies et biopsies articulaires est principalement réalisée dans les structures privées : Polyclinique de Keraudren (32% des parts de marché) et la Clinique Pasteur St Esprit (34% des parts de marché).



Analyse des modes de sortie des patients hospitalisés dans les établissements du GHT

La majorité des patients retourne au domicile. La mise en place d'HAD s'organise sur la zone de Brest, mais est plus complexe sur la zone de Morlaix. Pour les patients qui nécessitent de la rééducation, l'articulation avec les structures SSR du territoire est satisfaisante.

La part d'activité programmée (orthopédie) ou passée par les urgences (traumatologie) est variable entre les quatre établissements du GHT. Le taux de recrutement par les urgences varie :

- 26% pour le CHRU de Brest
- 45,8% pour le CH des Pays de Morlaix
- 43,8% pour l'HIA Clermont Tonnerre
- 33,7% pour le CH de Landerneau.

Ces taux de recrutement montrent la propension du CHRU de Brest pour l'activité programmée tandis que les établissements de proximité accueillent pour au moins un tiers de leur activité chirurgicale de la traumatologie.

La gradation des soins en chirurgie orthopédique est organisée sur le territoire, même de façon informelle. Le CH de Landerneau, le CH des Pays de Morlaix et l'HIA Clermont Tonnerre assurent les prises en charge chirurgicales de proximité. Certaines activités de recours (genou et hanche par exemple) sont réalisées au CH des Pays de Morlaix et à l'HIA. Le CHRU de Brest prend en charge les activités de recours (voir le détail dans le chapitre ci-dessous).

Les niveaux de sévérité des prises en charge pour les établissements du GHT sont les suivants :

- Niveau 1, établissement de proximité : CH Landerneau.
- Niveau 2, établissement pivot (actes de proximité et en partie de recours) : HIA Clermont Tonnerre et CH Morlaix.
- Niveau 3, établissement de recours : CHRU Brest.

Activité de recherche clinique

Cette dimension n'a pas été abordée durant les échanges avec les différents acteurs.

PARCOURS DE SOINS ACTUEL

Le parcours en chirurgie orthopédique sur le territoire du GHT est bien organisé :

- La chirurgie de proximité est prise en charge dans les hôpitaux périphériques. Chaque établissement dispose d'un plateau technique adapté pour ces prises en charge. L'accès aux plateaux techniques d'imagerie pourrait être accéléré pour une prise en charge plus rapide ;
- Les chirurgies de recours sont adressées vers le CHRU de Brest : celui-ci réalise 83% de l'activité de recours sur le territoire ;
- Les chirurgies carcinologiques sont orientées vers le CHU de Rennes.

Le virage ambulatoire est globalement bien engagé dans les établissements du GHT et notamment au CH des Pays de Morlaix : 48% de l'activité est effectuée en ambulatoire. Sur le

CHRU de Brest, le développement de l'activité ambulatoire est important, mais doit être renforcé, particulièrement pour les chirurgies de main et poignet (48% de prises en charge ambulatoire vs. 62,9% pour le benchmark CHU), et de cheville-pied (13% vs. 24,6%).

Concernant les prises en charge en aval de la chirurgie, l'articulation avec les SSR du territoire depuis les quatre plateaux techniques est satisfaisante. La seule difficulté identifiée concerne les patients les plus complexes (traumatologiques et potentiellement polyopathologiques) car la programmation du SSR n'a pu être effectuée en amont de la prise en charge et l'importante charge en soins dissuade certaines structures.

L'organisation d'un retour à domicile avec l'HAD n'est pas homogène sur le territoire. L'articulation sur Brest est satisfaisante avec l'organisme détenteur de l'autorisation, même si elle est perfectible. En revanche, sur Morlaix, du fait d'une problématique de pilotage et coordination médicale de la structure, la coopération est plus complexe et insatisfaisante du point de vue de la réponse aux besoins du CH.

Matrice MOFF

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Positionnement des établissements sur le territoire (43% des parts de marché). - Complémentarité des activités : chirurgies de première intention et de recours réalisées sur les établissements du GHT. - Existence de postes partagés (CHRU-Morlaix) et de coopérations anciennes (CHRU-HIA). - Développement de l'ambulatoire significatif - Filière d'aval (SSR, HAD) satisfaisante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de nombreux acteurs privés sur le territoire très identifiés. - Démographie médicale : postes vacants au CH de Landerneau.
Menaces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> - Baisse du positionnement stratégique de la filière publique ces 4 dernières années au profit des opérateurs privés. - Démographie médicale : difficulté de recrutement, fidélisation des praticiens (MAR, chirurgiens). - Dynamique de recomposition de l'offre privée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de nouvelles organisations et pratiques professionnelles (RRAC, orthogériatrie, ...). - Désir des acteurs de développer la filière publique. - Une fluidité de la filière qui peut encore s'améliorer (avec l'HAD notamment). - Fusion des équipes CHRU-HIA.

REFERENCE AU PRS

Dans le PRS, les constats et préconisations suivantes sont précisés :

Action n° 3 : mise en place de gardes/astreintes communes ou alternées

- Pérenniser les gardes communes existantes ou en projet :
 - o Garde commune en orthopédie entre le CH des Pays de Morlaix et le CMC Baie de Morlaix ;
 - o Garde commune en chirurgie de la main entre l'HIA et le CHRU ;
- Rendre effectif le projet d'astreinte mutualisée en orthopédie entre le CHRU (sites de Brest et de Carhaix) et le CH de Landerneau.

Action n° 4 : gradation de l'offre publique dans le TS1 et constitution d'équipes médicales communes en chirurgie viscérale, orthopédique, urologie

- Développer et pérenniser le pôle de chirurgie territorial orthopédique

DIAGNOSTIC

Malgré un parcours de soins organisé et lisible en chirurgie orthopédique sur le territoire du GHT, subsistent quelques points de ruptures et des fragilités :

- Des postes vacants au CH de Landerneau ;
- La problématique du territoire de Carhaix qui présente un fort déficit en démographie médicale et une patientèle fragile caractérisée par une difficulté d'accès aux soins ;
- Un recours aux services d'hospitalisation à domicile non efficient sur le territoire.

Afin d'améliorer le parcours patient sur le territoire, ces problématiques font l'objet d'une fiche action prioritaire.

Les praticiens du territoire proposent le développement de bonnes pratiques (techniques et organisationnelles) pour une meilleure qualité de prise en charge et une amélioration de l'attractivité de la filière.

Pour ce faire, les différentes équipes des établissements souhaitent conjointement :

- Accroître les prises en charges ambulatoires, particulièrement au CHRU de Brest (en attente d'un projet architectural spécifique) ;
- Créer des filières de Récupération Rapide Après Chirurgie dans l'ensemble des établissements en s'inspirant des filières existantes (CH des Pays de Morlaix) ;
- Développer une expertise en lien avec les acteurs de la filière gériatrique sur la prise en charge des patients âgés (polypathologiques) grâce, notamment, à la mise en place d'ortho-gériatrie sur le territoire.
- Mettre en place des actions de communication sur les expertises et bonnes pratiques au sein du GHT auprès des praticiens libéraux et du grand public ;

Finalement, plus d'interactions sont souhaitées avec les services d'imagerie des établissements, en particulier pour fluidifier les prises en charge patients.

STRUCTURATION DE LA FILIERE ET DU PARCOURS IDEAL DU PATIENT

- Gradation des soins : lieux de réalisation des actes dans les établissements du GHT

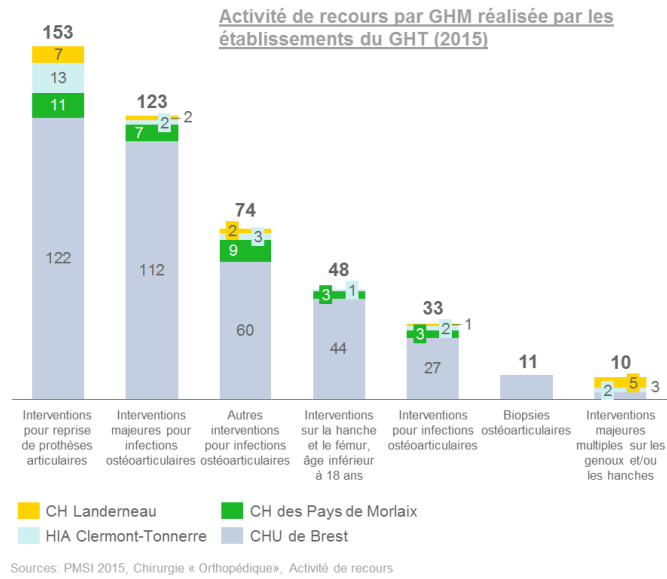


Figure 4 : Activité de recours par GHM réalisée par les établissements du GHT en 2015

L'activité de recours est principalement réalisée au CHRU de Brest : 83% des séjours sont réalisés au CHRU tandis que les autres établissements du GHT réalisent quelques séjours, mais à la marge au regard de l'activité totale du territoire.

La gradation des soins fonctionne sur les pathologies infectieuses mais moins sur les reprises de prothèses qui échappent en partie à la filière publique du territoire.

Tandis que le CH des Pays de Morlaix joue pleinement son rôle d'établissement de proximité en étant leader sur son territoire, il convient de renforcer l'activité réalisée sur le CH de Landerneau en s'appuyant d'une part sur les praticiens en place et d'autre part sur le GHT, grâce au développement de postes partagés.

Part de marché sur le territoire de Morlaix en 2015

Part de marché sur le territoire de Landerneau en 2015

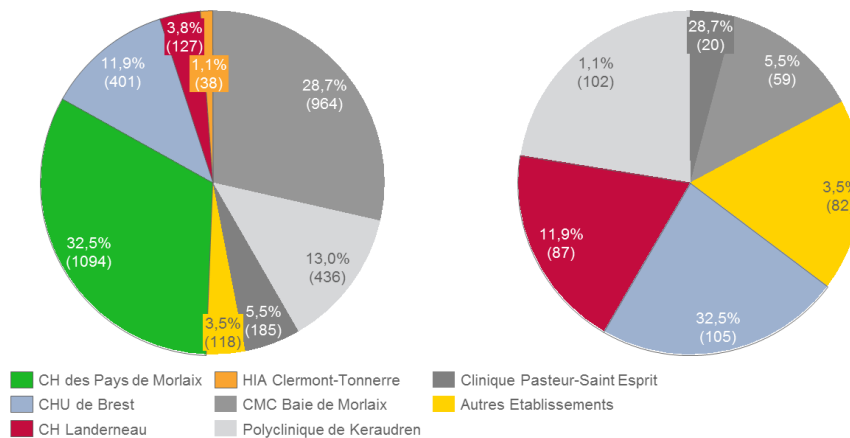


Figure 5 : Parts de marché sur les territoires de proximité de Morlaix et de Landerneau en 2015

La gradation des soins actuelle est cohérente et adaptée aux besoins du territoire : prise en charge de proximité dans les établissements périphériques et au CHRU de Brest pour les patients de l'agglomération Brestoise et orientation des patients nécessitant une prise en charge de recours au CHRU de Brest.

Disponibilité de l'offre sur le nyctémère et sur la semaine

La permanence des soins est organisée sur les quatre établissements sous forme d'astreintes. Une mutualisation des astreintes a récemment été opérée entre le CHRU et l'HIA.

La démarche de projet médical partagé de GHT doit permettre de réfléchir plus avant à l'évolution de la permanence sur le territoire. Des échanges entre les équipes seront organisés en ce sens.

Organisation de consultations avancées

Des consultations avancées et des temps médicaux partagés sont organisés sur le territoire dans les différents établissements.

Le CH de Landerneau bénéficie de l'appui du CHRU pour des prises en charge orthopédiques polyvalentes et spécialisées (genou, rachis). Le CH des Pays de Morlaix partage un assistant avec le CHRU.

Il est proposé de poursuivre cette démarche de temps partagé sur le territoire en renforçant les consultations avancées et la réalisation des gestes sur site sur le territoire de Carhaix. L'objectif est de rapprocher les praticiens des patients sur ce territoire.

Articulation de la filière avec les différents acteurs en amont et en aval (médecine de ville, HAD, SSR, autres établissements de santé)

Trois actions seraient à mettre en place dans l'articulation entre les établissements du GHT et les acteurs de l'amont et de l'aval du territoire afin d'améliorer les prises en charges :

1. Des actions de communication sont à organiser notamment pour modifier les pratiques d'adressage des médecins libéraux. Il est important de communiquer sur les expertises et savoir-faire des équipes du GHT et d'améliorer leur accessibilité. De plus, il convient de faire connaître les dispositifs innovants mis en place dans les établissements. Ces actions de communication doivent être à large visée pour atteindre non seulement les praticiens libéraux, mais également le grand public et les praticiens des établissements du GHT qui méconnaissent parfois l'existant.
2. L'articulation entre le court séjour et les structures SSR est assez bien identifiée. Afin d'optimiser et de rendre ces adressages plus efficaces il conviendrait d'effectuer un état des lieux des lits disponibles sur le territoire (et les spécialités afférentes).
3. Le fonctionnement des HAD n'est pas optimal sur le territoire : le CHRU de Brest a récemment mis en place une plateforme opérationnelle de parcours. Celle-ci est composée d'une équipe pluridisciplinaire permettant de faire le lien entre la demande

hospitalière et la structure HAD. Cette nouvelle organisation devrait permettre d'augmenter l'inclusion des patients en HAD. Tandis que le CH de Landerneau travaille actuellement avec deux HAD distinctes, le CH des Pays de Morlaix a pâti du pilotage médical discontinu de l'HAD. L'arrivée récente d'un praticien laisse espérer une amélioration. L'organisation optimale, à terme, serait de participer à la gouvernance des structures d'HAD, ce qui faciliterait les prises en charge et fluidifierait les sorties.

Actions de prévention

Dans le cadre du développement de l'orthogériatrie, la démarche globale intègre le repérage des patients à risque de récurrence, et la prévention des chutes.

Prise en charge dans la filière des populations vulnérables (personnes âgées, handicapées, précaires)

Outre les patients fragiles identifiés dans le territoire de Carhaix (notamment en termes de transport), pour lesquels il conviendrait d'organiser des consultations avancées et réaliser des interventions sur site, un travail spécifique est proposé pour les patients âgés afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge hospitalière (ortho-gériatrie).

Orientations possibles en raison de l'indisponibilité de l'offre dans le GHT

Les établissements du GHT offrent une prise en charge globale pour la chirurgie orthopédique. Le CHRU de Brest est en capacité de réaliser l'ensemble des activités de recours tandis que les hôpitaux périphériques prennent en charge la chirurgie en première intention.

Seule la prise en charge de la chirurgie carcinologique est orientée vers le CHU de Rennes.

POST-REQUIS

Afin de mettre en place le parcours idéal du patient identifié durant les échanges des praticiens, quelques actions identifiées au sein des enjeux prioritaires sont nécessaires :

Organisation médicale (équipes médicales de territoire, répartition des effectifs médicaux, etc.) :

- Engager une réflexion inter-établissements sur la démographie médicale : formation des internes et praticiens, organisation des gardes et astreintes en nuit profonde, accompagnement tout au long de la carrière, attractivité des postes proposés, problématique de la démographie des anesthésistes.
- Evaluer les besoins en termes de ressources médicales pour organiser des consultations avancées sur le bassin de vie de Carhaix.
- Animer des formations pour les praticiens au regard des évolutions des pratiques professionnelles : RRAC, UPOOG, prises en charge ambulatoire (filière SOS Main à Brest notamment), etc.

- Créer des postes partagés entre le CHRU de Brest et le CH de Landerneau pour pérenniser et renforcer l'activité de cet établissement en chirurgie orthopédique.

Equipements (nouvelle répartition, acquisition, etc.) : à évaluer selon la mise en place de nouvelles pratiques et programmes tels que la RRAC, la prise en charge dédiée de l'ortho-gériatrie et le développement de la chirurgie ambulatoire.

Impact en termes d'autorisation d'activité par site : en dehors de l'arrêt de l'activité chirurgicale sur l'HIA, il n'y a pas d'autres évolutions des autorisations envisagées. Cependant, un accès facilité aux plateaux techniques d'imagerie nécessite notamment l'acquisition de nouveaux appareils.

Evolution des pratiques professionnelles

- Mise en place la démarche RRAC dans les établissements du GHT en suivant le modèle déjà existant au CHRU de Brest (selon les ajustements et besoins nécessaires). Cette réflexion doit engager conjointement les chirurgiens et les anesthésistes.
- Développer l'ortho-gériatrie en s'inspirant de l'organisation du CH des Pays de Morlaix qui permet une meilleure prise en charge pour les patients et un gain financier pour l'établissement.
- Développer les prises en charge ambulatoire en fixant par établissement et par acte une cible d'activité.

MISE EN OEUVRE

Orientation stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le positionnement territorial des établissements du GHT
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Investir le territoire de proximité de Carhaix • Développer l'activité sur le territoire de la métropole brestoise • Développer une stratégie de recrutement médical sur le territoire
Actions à court terme <i>(6 mois – 1 an)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des cibles d'activité par typologie d'actes (notamment en chirurgie de la main et du poignet) sur le territoire • Créer un lien avec les médecins généralistes : partenariats, communication, etc. • Finaliser le rapprochement CHRU-HIA • Engager une réflexion inter-établissements sur la démographie médicale: formation, accompagnement, attractivité, etc.
Actions à long terme <i>(5 ans)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les consultations avancées sur le territoire et cibler les besoins RH associés • Mettre en cohérence dans la discipline le projet du CHU et ceux des hôpitaux de proximité

Orientation stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les innovations techniques et organisationnelles
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ambulatoire • Mettre en place d'une démarche de Récupération Rapide Après Chirurgie • Développer l'orthogériatrie
Actions à court terme <i>(6 mois – 1 an)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fixer des cibles de prises en charge ambulatoires par acte pour chaque établissement du GHT • Partager l'expérience du CH des Pays de Morlaix (intérêt qualitatif pour les patients et financier pour l'établissement) sur la mise en place de l'UPOOG • Diffuser les pratiques et protocoles déjà formalisés à l'ensemble des praticiens du GHT • Engager une réflexion conjointe entre anesthésistes et chirurgiens (RRAC)
Actions à long terme <i>(5 ans)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser la RRAC sur l'ensemble des établissements du GHT • Développer l'ortho-gériatrie sur l'ensemble des établissements

Orientation stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'articulation avec les dispositifs d'aval (SSR, HAD)
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le recours aux HAD sur le territoire (notamment sur Morlaix)
Actions à court terme <i>(6 mois – 1 an)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un état des lieux de l'existant sur les coopérations et partenariats entre le GHT et les structures de SSR (spécialisés, gériatriques, polyvalents) • Construire un projet avec les structures de SSR pour les situations les plus complexes (patients âgés polypathologiques)
Actions à long terme <i>(5 ans)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Demander des autorisations d'HAD pour les établissements du GHT

Orientation stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la communication sur les expertises et savoir-faire des équipes du GHT
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer auprès du grand public et des professionnels de santé du territoire afin de modifier les pratiques d'adressage • Faire connaître les dispositifs innovants mis en place sur le GHT • Améliorer l'accessibilité des équipes du GHT en consultation
Actions à court terme <i>(6 mois – 1 an)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un numéro de téléphone unique pour faciliter la prise de contact avec les praticiens libéraux et les membres du GHT • Evaluer les besoins sur le territoire du GHT en termes de prises en charge urgentes et non urgentes (consultations)

Actions à long terme (5 ans)	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place la RRAC dans les établissements du GHT• Améliorer/Renforcer l'accueil des patients en consultation (élargir les plages horaires des secrétariats médicaux, réorganisation architecturale, ...)
--	---

EVALUATION ET ACTUALISATION

Les indicateurs d'évaluation pertinents pour la filière sont :

- Volume d'activité et parts de marché par GHM et groupes d'activité
- Evolution de la DMS (par GHM) par site
- Evolution du taux de chirurgie ambulatoire (indicateur DGOS)
- Développement de l'HAD
- Développement de la RRAC (nb actes, durée de prise en charge au bloc, DMS)
- Développement de l'orthogériatrie (suivi des DMS)
- Réduction des passages aux urgences
- Mesures de la satisfaction des patients (RRAC, orthogériatrie)

FILIÈRE CHIRURGIE VISCERALE

PILOTE ET GROUPE

Responsables de la filière	Pr Georges Fournier
Membres du groupe	Pr Jean-Pierre Bail, Mme Ariane Bénard, Dr Patrick Cadot, Dr Vincent Chasseray, Dr Francisco Chio, Dr Pascal Inizan, Pr Ba-Vinh N'Guyen DIM référent : Dr Sophie Le Calvez, Dr Patrick Feunteun Directeur référent : Mme Laurence Jullien-Flageul, Mme Caroline Maringue
Dates de réunion	06 février, 13 mars, 04 avril & 03 mai

CONTEXTE

Le taux de recours à la chirurgie

Les taux de recours en chirurgie en Bretagne restent inférieurs aux taux nationaux et évoluent plus faiblement qu'au niveau national.

	médecine			chirurgie		
	2010	2014	évolution	2010	2014	évolution
TS1	153	150	-2,2%	92	101	9,3%
TS2	135	136	0,9%	89	91	1,7%
TS3	153	152	-0,5%	91	97	6,5%
TS4	135	130	-3,4%	88	91	4,3%
TS5	125	129	2,8%	83	86	3,7%
TS6	148	145	-1,8%	92	95	3,2%
TS7	153	152	-1,2%	90	91	1,2%
TS8	152	155	1,7%	97	96	-0,3%
Bretagne	142	141	-0,5%	89	92	4,2%
France	151	154	2,2%	94	98	4,7%

Source : ARS de Bretagne, 2016

Tableau 1 : Evolution du taux de recours 2010-2014 (extrait PRS Bretagne 2012-2016)

Comme en 2010, les taux de recours montrent une grande hétérogénéité selon les territoires et les disciplines. Leurs évolutions entre 2010 et 2014 sont également très variables d'un territoire à l'autre. La structuration en termes de taux de fuite et d'attractivité des différents territoires n'a pas connu de modifications fondamentales entre 2010 et 2014.

	2010				2014			
	Taux d'attractivité	Taux de fuite	Principal territoire de fuite	% de fuite vers ce territoire	Taux d'attractivité	Taux de fuite	Principal territoire de fuite	% de fuite vers ce territoire
TS1	12,2%	6,0%	TS2	42,3%	12,4%	6,0%	TS2	43,5%
TS2	15,6%	14,3%	TS1	65,5%	16,2%	16,2%	TS1	65,2%
TS3	12,3%	21,2%	TS2	40,9%	12,4%	20,4%	TS2	39,9%
TS4	14,0%	24,9%	HR	46,5%	14,6%	23,7%	A	42,3%
TS5	25,0%	8,3%	HR	69,3%	26,3%	8,6%	A	68,9%
TS6	6,8%	30,8%	TS5	67,3%	7,8%	33,3%	TS5	71,0%
TS7	10,6%	15,5%	TS5	41,0%	10,5%	17,7%	TS5	42,1%
TS8	12,9%	39,9%	TS4	29,8%	13,5%	43,6%	TS4	30,6%

Source : ARS de Bretagne, 2016

Tableau 2 : Activité de chirurgie - attractivité et fuite par territoire (extrait PRS Bretagne 2012-2016)

En chirurgie, les TS 6 et 8 restent les territoires avec les plus forts taux de fuite (à près de 70 % vers le TS 5 pour le TS 6). Les TS 3 et 4 connaissent également un taux de fuite important (plus de 20 %) vers respectivement le TS 2 et Nantes (pour environ 40 % de leur fuite).

Organisation régionale

Sur le territoire de santé 1, l'offre de chirurgie est répartie sur le territoire permettant un accès aux soins de proximité à l'ensemble de la population.

En revanche, l'accès aux dispositifs de recours est plus problématique avec sur la partie Est du Finistère Nord (zone de proximité de Morlaix) un temps d'accès qui peut être supérieur à 50 mn.

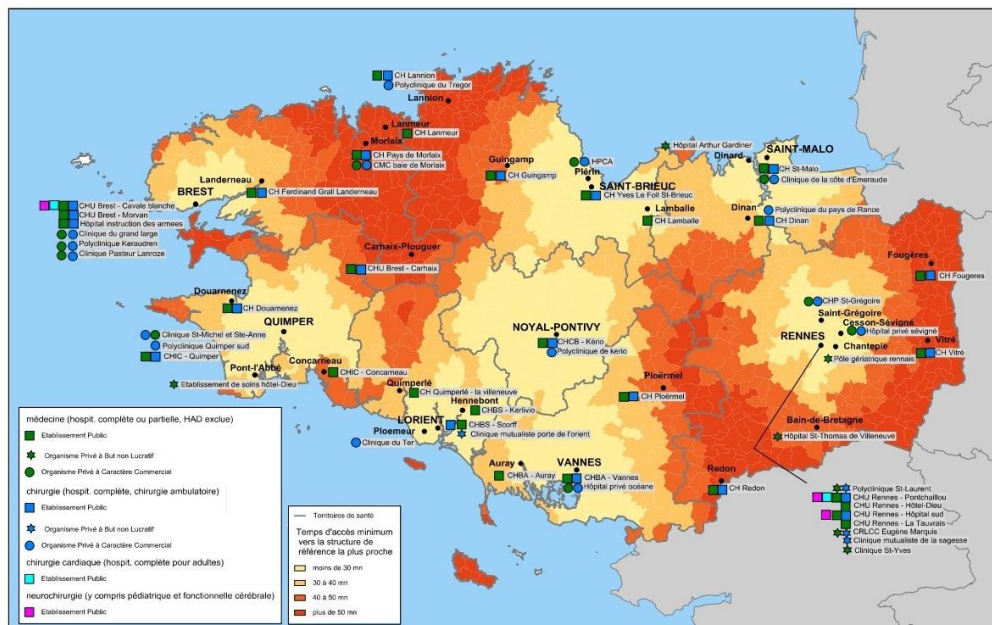


Figure 1 : Structures de médecine et chirurgie (hors hôpitaux de proximité) et accès aux CH de référence (PRS Bretagne 2012-2016)

LIEUX

Etablissements	Autorisations	Spécialités	Maternité	Autorisation cancérologie
CHRU de Brest	Chirurgie	Viscérale	Oui	Oui
CH des Pays de Morlaix	Chirurgie	Viscérale	Oui	Oui
CH de Landerneau	Chirurgie	Viscérale	Oui	Non
HIA Clermont Tonnerre	Chirurgie	Viscérale	Non	Non

ACTIVITE

L'activité des établissements du GHT se répartit comme suit :

- Le CHRU de Brest réalise près de 55% de l'activité des établissements du GHT (1538 séjours),
- Le CH des Pays de Morlaix effectue 22% des séjours (613 séjours),
- L'HIA Clermont Tonnerre effectue 12,8% de l'activité du GHT (354 séjours),
- Le CH de Landerneau réalise quant à lui 9,4% de l'activité (260 séjours).

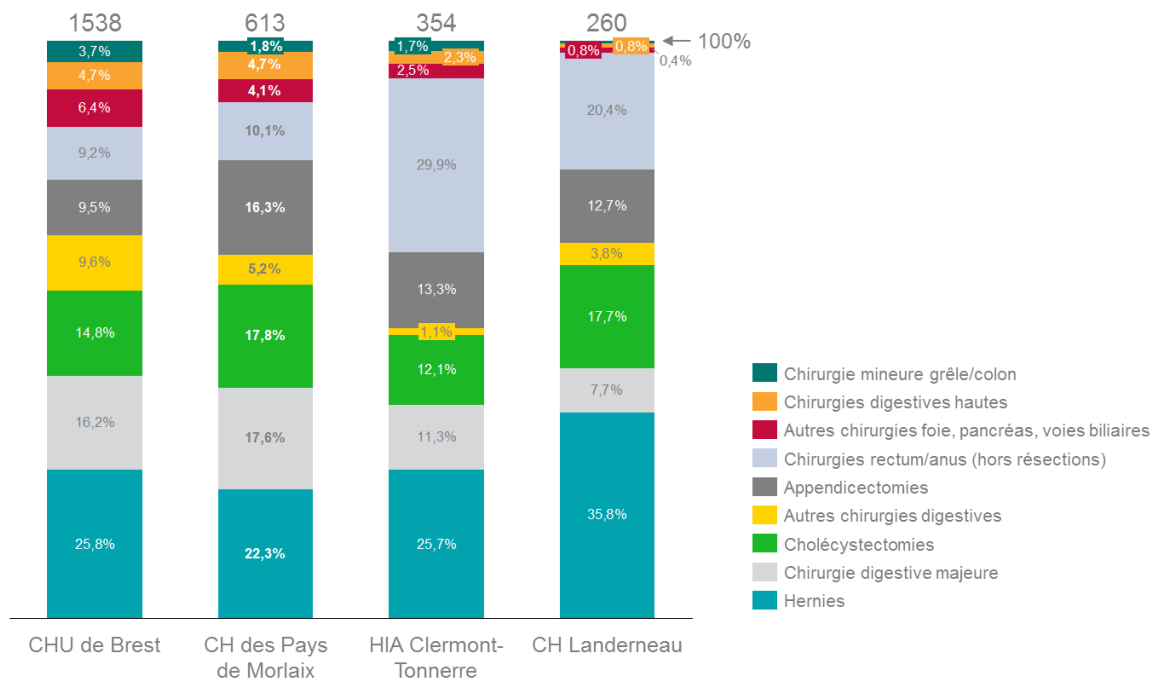


Figure 2 : Répartition des séjours par Groupe d'activité du CHRU, du CHPM, du CH de Landerneau et de l'HIA

Les activités les plus représentées sont les cures de hernies, les chirurgies digestives majeures et les cholécystectomies.

Analyse des parts de marché des établissements du GHT pour les patients résidant sur le territoire

En 2015, la part de marché des établissements du GHT sur leur territoire est de près de 40%, en légère augmentation par rapport à 2012 (+0,6 pt).

C'est notamment le CHRU de Brest qui porte cette croissance : +2,1 pts sur la période d'étude pour atteindre 21,4%.

L'HIACT maintient ses parts de marché à 5%, tandis que les CH des Pays de Morlaix et Landerneau l'HIA réduisent leur positionnement stratégique respectivement de 0,6 et 0,9 point de parts de marché.

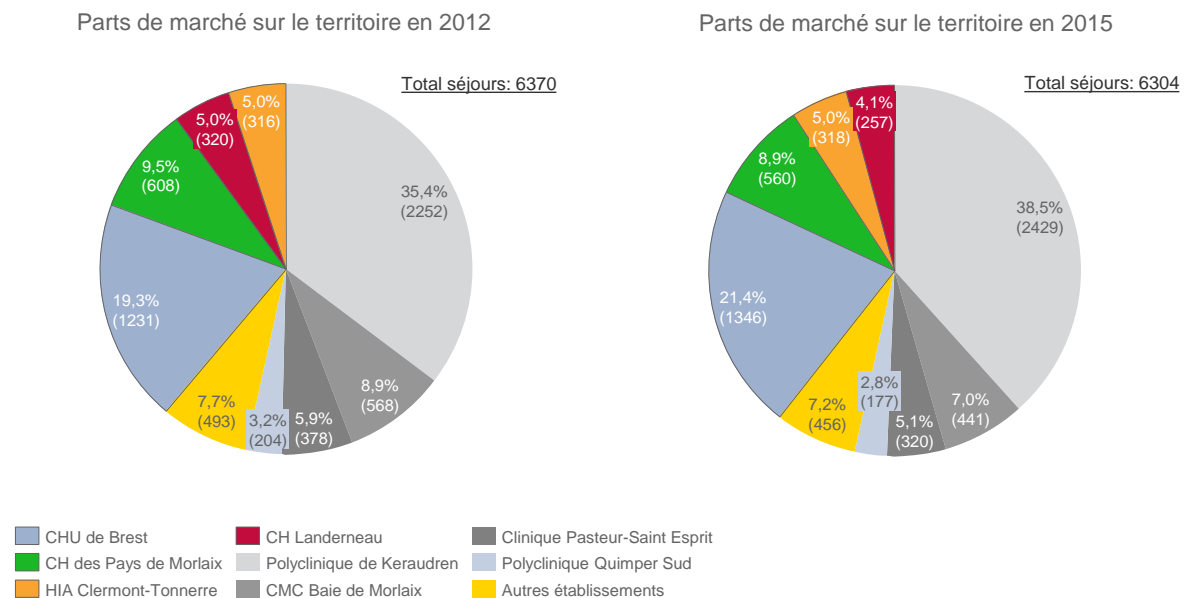
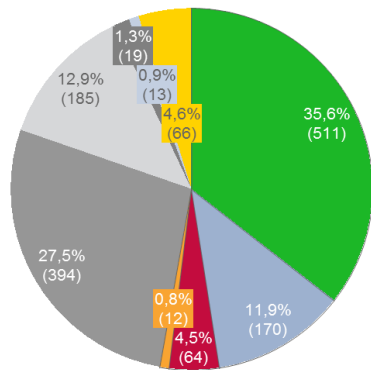


Figure 3 : Comparaison des parts de marché sur le TS1 entre 2012 et 2015

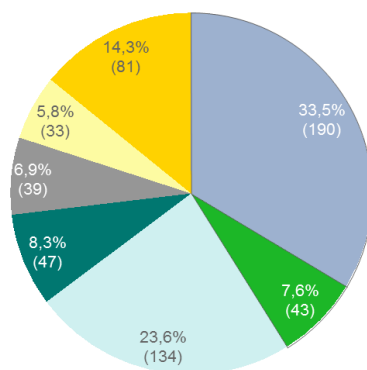
Le principal concurrent est la polyclinique de Keraudren (38,5% de parts de marché en 2015) et particulièrement dans les activités ci-dessous :

- 40,1% de parts de marché pour la polyclinique dans l'activité des hernies tandis que le GHT (tout établissement confondu) représente 35,6% des parts de marché ;
- 46,1% des parts de marché pour les chirurgies du rectum et de l'anus et 29,9% pour le GHT ;
- 42,1% des parts de marché en cholécystectomies et 42,8% pour le GHT.

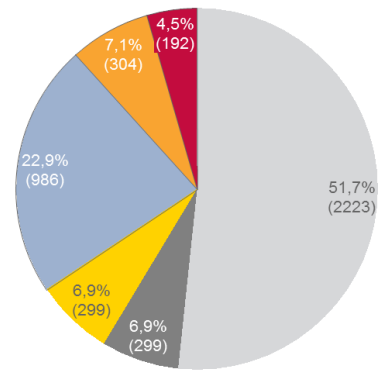
Part de marché sur le territoire de Morlaix en 2015



Part de marché sur le territoire de Carhaix en 2015



Part de marché sur le territoire de Brest en 2015



■ CH des Pays de Morlaix
 ■ HIA Clermont-Tonnerre
 ■ Clinique Pasteur-Saint Esprit
 ■ Polyclinique Quimper Sud
■ CHU de Brest
 ■ CMC Baie de Morlaix
 ■ CHU de Rennes
 ■ CHI de Cornouaille
■ CH Landerneau
 ■ Polyclinique de Keraudren
■ Autres Etablissements

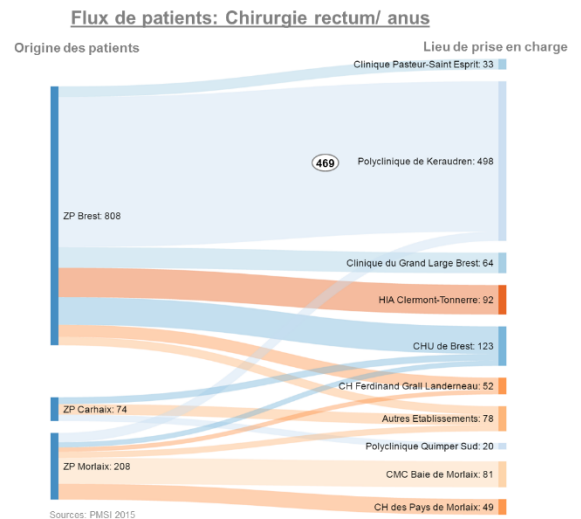
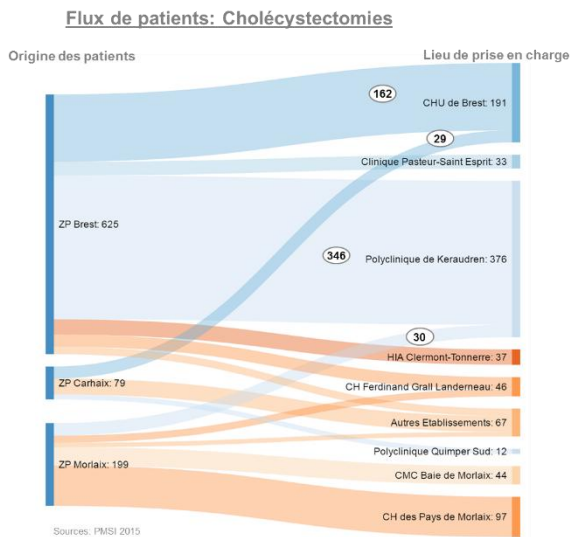
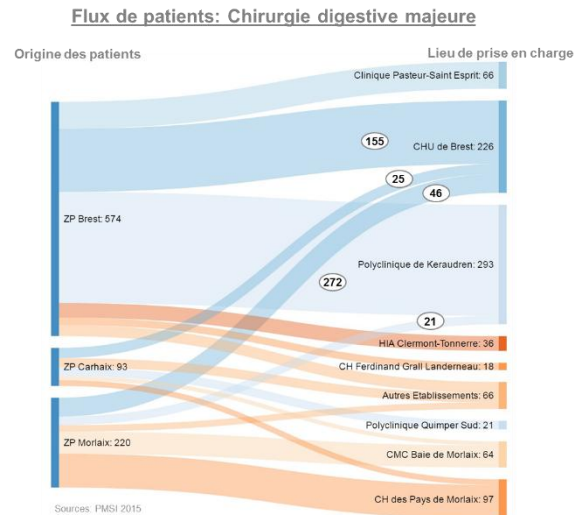
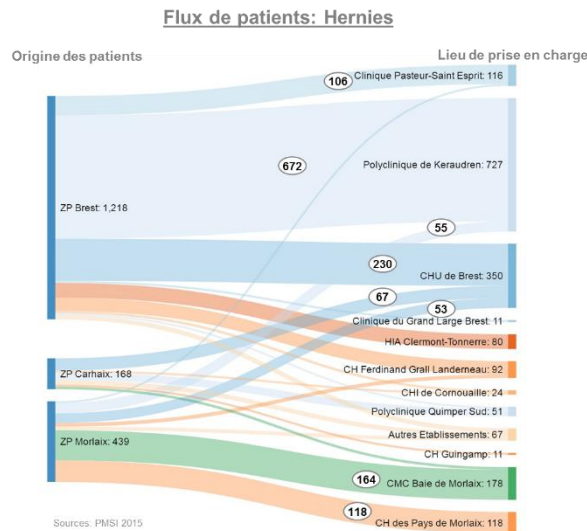
Figure 4 : Parts de marché sur les territoires de proximité de Morlaix, Carhaix et Brest en 2015

Au sein du territoire de Morlaix, les établissements du GHT ont augmenté leur positionnement de 4,3 points entre 2012 et 2015, pour atteindre près de 53% de parts de marché.

Sur le territoire de Carhaix ; les établissements du GHT ont augmenté leur positionnement de 4,5 points entre 2012 et 2015 pour atteindre 41,1%. Le CH des Pays de Morlaix est présent sur ce territoire (7,6% de PdM) mais en baisse (-1,6 points sur 4 ans).

Sur le territoire de Brest, les parts de marché du GHT ont légèrement baissé entre 2012 et 2015 pour atteindre 34,5% de parts de marché. Le principal concurrent reste la clinique de Keraudren avec 51,7% de parts de marché (+2,4 points depuis 2012) alors que le CHRU de Brest atteint 23% de parts de marché.

Les graphiques présentés ci-après exposent les flux de patients entre leur zone d'origine (Morlaix, Brest et Carhaix) et leur établissement de prise en charge pour les activités les plus importantes sur le territoire :



La polyclinique de Keraudren draine essentiellement des patients en provenance de l'agglomération brestoise tandis que le CHRU de Brest attire des patients des trois territoires de proximité.

Analyse des modes de sortie des patients hospitalisés dans les établissements du GHT

La majorité des patients retourne à leur domicile. La mise en place d'HAD est organisée sur la zone de Brest, plus complexe sur la zone de Morlaix. Pour les patients qui nécessitent de la rééducation, l'articulation avec les structures SSR du territoire est satisfaisante.

La gradation des soins en chirurgie viscérale est bien organisée : la chirurgie de première intention est prise en charge sur l'ensemble des structures. Deux établissements sont autorisés en cancérologie digestive : le CHRU de Brest et le CH des Pays de Morlaix.

Les situations complexes sont adressées au CHRU, sauf la chirurgie de l'œsophage qui est également réalisée sur le CH des Pays de Morlaix.

Activité de recherche clinique

Les équipes du GHT sont engagées dans le développement de la recherche clinique et la mise en œuvre de démarches innovantes comme la Chimio-Hyperthermie Intra-Péritonéale (CHIP), qui va être expérimentée au CHRU dès 2017.

PARCOURS DE SOINS ACTUEL

Les chiffres d'activité et de positionnement concurrentiel présentés précédemment montrent le rôle de proximité joué par chaque structure sur sa zone de proximité.

Deux sites sont autorisés en chirurgie carcinologique colo-rectale : le CH des Pays de Morlaix et le CHRU de Brest. L'activité réalisée est bien au-dessus des seuils requis.

Au regard du diagramme ci-dessous, la prise en charge des activités de recours est bien orientée vers le CHRU de Brest. Compte tenu de compétences médicales internes, le CH des Pays de Morlaix a gardé une activité de chirurgie de l'œsophage.

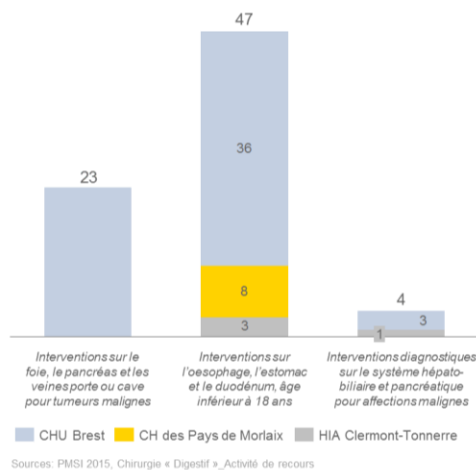


Figure 5 : Activité de recours des établissements par GHM en 2015

Le virage ambulatoire est plus ou moins engagé selon les établissements : le CHRU réalise 7% de son activité en ambulatoire, 9% de l'activité de Landerneau est réalisée en ambulatoire, 12% au CH des Pays de Morlaix tandis que l'HIA Clermont Tonnerre atteint 18% des prises en charge en ambulatoire (tout groupe d'activité confondu).

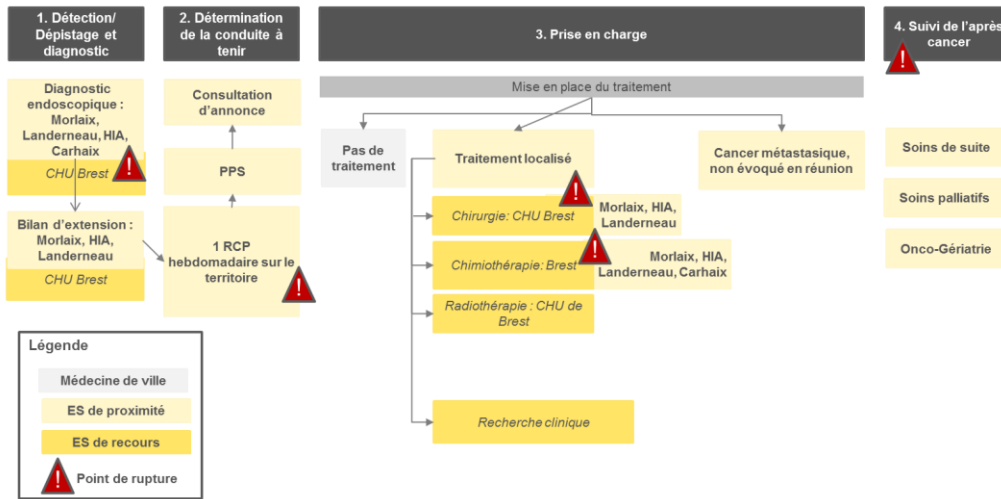


Figure 6 : Grandes étapes du parcours de prise en charge du cancer digestif

Trois points de ruptures et fragilités ont été identifiés dans le parcours actuel :

- Dépistage et diagnostic : l'importance du rôle des gastro-entérologues a été soulignée. L'analyse d'activité montre un fort potentiel de développement dans cette phase de la prise en charge. Même si le positionnement du GHT s'améliore (+ 3,6 points entre 2012 et 2015), les parts de marché restent faibles (16% environ).
- RCP : il semble qu'à l'issue des RCP, la poursuite de la prise en charge ne soit pas garantie sur l'établissement de proximité.
- Chimiothérapie : concernant la gradation des soins, le retour en proximité du patient pour les chimiothérapies n'est pas systématique.

Les praticiens du territoire n'utilisent pas la télémedecine dans leur activité quotidienne et aucun projet allant dans ce sens n'a été proposé.

La sortie des patients du court séjour vers les dispositifs d'aval n'est pas optimisée sur le territoire. En effet, les professionnels font état d'un souhait d'amélioration de l'organisation de la sortie des patients en SSR ou à domicile (via une inclusion ou non en HAD).

Matrice MOFF

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Positionnement des établissements sur le territoire (40% des parts de marché) - Filière d'aval (SSR, HAD) satisfaisante 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible positionnement concurrentiel en endoscopie - Peu ou pas de lien entre chirurgiens du territoire - Développement de l'ambulatoire perfectible sur le CHRU

Menaces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> - Des RCP qui remplissent incomplètement leur rôle de programmation des soins au sein de la filière publique - Difficultés de recrutement médical, notamment au CH de Landerneau 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'attractivité de la filière publique permettant une meilleure prise en charge des patients et une meilleure compétitivité des établissements - Renforcement des équipes territoriales pour la création d'une dynamique publique - Perspective de développement d'activité

REFERENCE AU PRS

Les constats et préconisations suivants sont précisés dans le PRS :

Action n° 1 : organisation d'une filière de soins pour la chirurgie de l'obésité en lien avec le centre régional de référence

- Poursuite des RCP de chirurgie bariatrique pour les patients suivis par les médecins et chirurgiens du réseau ;
- Réunion de formations internes au réseau dans le domaine de l'obésité sévère et de la chirurgie de l'obésité ;
- Guide destiné aux patients en élaboration ;
- Site web en projet.

Action n° 3 : mise en place de gardes/astreintes communes ou alternées

- Pérenniser les gardes communes existantes ou en projet :
 - o Astreinte alternée en chirurgie viscérale entre le CH des Pays de Morlaix et le CHRU site de Carhaix.

Action n° 4 : gradation de l'offre publique dans le TS1 et constitution d'équipes médicales communes en chirurgie viscérale, orthopédique, urologie

- Développer et pérenniser les pôles de chirurgie viscérale et digestive entre les CH des Pays de Morlaix et le CHRU site de Carhaix et entre le CHRU et le CH de Landerneau.

QUESTIONS PREALABLES

Malgré un parcours de soins organisé et lisible en chirurgie viscérale sur le territoire du GHT, subsistent quelques points de ruptures et fragilités :

- En amont, les médecins généralistes orientent insuffisamment les patients vers la filière publique de dépistage du cancer colorectal,
- Le temps de gastro-entérologue disponible sur le territoire au sein du GHT pour réaliser des endoscopies est insuffisant et l'équipe du CHRU de Brest s'est spécialisée dans l'endoscopie de recours,

- L'articulation entre les gastro-entérologues et les chirurgiens viscéraux publics est perfectible et ne permet pas actuellement un positionnement territorial optimisé des opérateurs publics,
- L'accès aux avis et/ou prises en charge spécialisées (imagerie, endoscopies interventionnelles) pourrait être amélioré pour les praticiens du territoire,
- L'articulation avec les structures d'aval (SSR ou retour à domicile) est perfectible,
- Finalement, le parcours patient du cancer digestif présente trois points de ruptures (développés précédemment).
- Le dispositif actuel de la prise en charge des urgences est décrit comme incomplet.

Le développement de thérapies innovantes comme la chimiothérapie intrapéritonéale est proposé par les acteurs du GHT et pourrait permettre à la filière publique de bénéficier d'une meilleure visibilité pour les patients du territoire et au-delà.

Les praticiens du territoire souhaitent également mettre en place de nouvelles pratiques de prises en charge (RRAC et ambulatoire), renforcer les liens existants entre eux et communiquer sur les expertises et savoir-faire. La mise en place de ces bonnes pratiques permettra une meilleure qualité de prise en charge et une valorisation de la filière publique auprès des praticiens libéraux et du grand public.

STRUCTURATION DE LA FILIERE ET DU PARCOURS IDEAL DU PATIENT

L'amélioration de la gradation des soins sur le territoire concerne essentiellement les étapes suivantes de la prise en charge des cancers colorectaux :

- Dépistage et orientation des patients :
 - o Améliorer l'adressage par les médecins généralistes,
 - o Développer la réponse endoscopique publique sur le territoire.
- Soins :
 - o Renforcer l'articulation entre gastro-entérologues et chirurgiens,
 - o Organiser le maintien des patients au sein de la filière publique lors des RCP,
 - o Favoriser les prises en charge en proximité (chirurgie, chimiothérapie).

Dans la prise en charge des cancers digestifs, les acteurs s'accordent sur une gradation des soins vers le CHRU qui porterait sur :

- Des situations cliniques à risque (notamment patients polypathologiques, cirrhose hépatique),
- Des traitements très spécialisés type CHIP,
- L'ensemble des cancers (hors colo-rectum), notamment sur les actes de chirurgie de l'œsophage encore réalisés sur le CH des Pays de Morlaix (au départ du praticien).

De manière générale sur l'ensemble des parcours, il est proposé de :

- Développer la chirurgie ambulatoire,

- Mettre en place une démarche de Récupération Rapide Après Chirurgie,
- Améliorer l'accès aux avis et/ou aux prises en charge spécialisée au CHRU pour les patients du territoire et pour les praticiens publics (radiologie interventionnelle, explorations biliaires),
- Améliorer la prise en charge des urgences,
- Développer des thérapies innovantes comme la chimiothérapie intrapéritonéale. Cette démarche actuellement en cours de mise en place au CHRU doit bénéficier à l'ensemble des patients du territoire,
- Organiser un temps de partage et d'échanges au sein de la filière pour une meilleure communication entre les praticiens et une homogénéisation des prises en charge. Les praticiens du territoire souhaitent relancer « Les Jeudis de la chirurgie viscérale » afin d'avoir des temps d'échanges et de partages notamment sur les enjeux territoriaux.

MISE EN OEUVRE

Orientation stratégique	- Développer le dépistage dans les établissements du GHT pour favoriser l'inclusion directe dans la filière publique
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Définir une politique RH pour les gastro-entérologues à l'échelle du territoire - Définir une stratégie publique en coloscopie diagnostique et thérapeutique à partir d'un projet médical de territoire en endoscopie (cibles d'activités, lieu de réalisation des actes, développement des compétences, acquisition de matériel, plages de bloc dédiées, etc.) - Développer des activités de pointe notamment en interventionnel
Actions à court terme (6 mois – 1 an)	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le projet d'endoscopie publique - Identifier les sites prioritaires - Recruter des gastro-entérologues - Investir en matériels si besoin - Renforcer le nombre de vacations dans les plannings de bloc
Actions à long terme (5 ans)	- A préciser

Orientation stratégique	- Amélioration de l'organisation et du fonctionnement des RCP pour une meilleure efficacité et traçabilité des décisions.
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir une charte ou règlement intérieur de la RCP précisant l'organisation et le fonctionnement - Améliorer l'organisation de la RCP : ordre du jour, relevés de décisions et suivi des décisions prises

	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une dynamique publique au sein de la RCP de territoire des praticiens pour une représentation publique "GHT" dans les RCP. Cela permettra de favoriser les liens entre les praticiens et de faire preuve de complémentarité dans les spécialités et les prises en charge
Actions à court terme (6 mois – 1 an)	<ul style="list-style-type: none"> - Ecrire de la charte "RCP" au regard des dispositions légales (HAS) - Mettre en place des rencontres entre les praticiens du GHT en amont des RCP pour présenter les patients "publics" - Organisation du suivi des décisions de RCP : listing des malades présentés et des décisions prises, suivi de la prise en charge (retour des praticiens)
Actions à long terme (5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un système suivi de décisions de RCP

Orientation stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des "Jeudis de la chirurgie viscérale"
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de soirées monothématiques (5 à 6 fois par an) pour les acteurs du GHT - Prévoir la présence d'un intervenant extérieur - Intégrer ces réunions dans la cadre du DPC
Actions à court terme (6 mois – 1 an)	<ul style="list-style-type: none"> - Finaliser la formalisation du projet : fréquence, lieu, organisation, définition de l'ordre du jour, formalisation d'un compte rendu, ... - Première rencontre pour la rentrée 2017
Actions à long terme (5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la satisfaction des participants pour pérenniser cette action

Orientation stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - Gagner des parts de marché sur le territoire du GHT
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser les RCP pour intégrer des patients dans la filière publique - Développer des communications institutionnelles auprès du grand public et des médecins généralistes sur les spécialités du GHT et les innovations thérapeutiques - Développer la compétitivité des établissements du GHT
Actions à court terme (6 mois – 1 an)	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidifier les parcours dans les établissements : vacations dédiées GHT dans les blocs, permettre un accès aux avis et prises en charge spécialisées au CHRU pour les praticiens du territoire, réduire les délais d'accès aux plateaux techniques, etc. - Communiquer : promouvoir les innovations techniques, les prises en charges innovantes (RRAC), thérapies innovantes, essais thérapeutiques

Orientation stratégique	- Développer les innovations techniques et organisationnelles
Axes prioritaires	- Développer l'ambulatoire - Mettre en place une démarche de Récupération Rapide Après Chirurgie - Développer les prises en charge innovantes comme la CHIP
Actions à court terme <i>(6 mois – 1 an)</i>	- Fixer des cibles de prises en charge ambulatoires par acte pour chaque établissement du GHT - Diffuser les pratiques et protocoles déjà formalisés à l'ensemble des praticiens du GHT - Engager une réflexion conjointe entre anesthésistes et chirurgiens (RRAC) - Réaliser sur le CHRU la première CHIP
Actions à long terme <i>(5 ans)</i>	- Organiser la RRAC sur les sites du GHT

EVALUATION ET ACTUALISATION

Les indicateurs suivants seront étudiés :

- Volume d'activité et parts de marché par GHM et groupe d'activité (endoscopie et chirurgie),
- Evolution de la DMS par GHM par établissement et site,
- Evolution du taux de chirurgie ambulatoire (indicateur DGOS)
- Développement de l'HAD
- Développement de la RRAC (nombre d'actes, durée de prise en charge au bloc, DMS, satisfaction des patients),
- Nombre de réunions des « Jeudis de la chirurgie viscérale » et suivi de la satisfaction des participants
- Suivi des décisions de RCP : nombre d'événements indésirables,
- Mesure de la satisfaction des patients, notamment dans le cadre de la RRAC

FILIÈRE GERIATRIQUE

PILOTES ET GROUPE

Responsables de la filière	Dr Gildas L'Heveder, Dr Dominique Sellin-Perez
Membres du groupe	Mme Isabelle Begoc, Mme Claire Codet, Dr Samuel Duhamel, Dr Françoise Duquesne, Pr Armelle Gentric, Mme Jeannine Lamour, Mme Françoise Le Bot, Dr Gabrielle Le Gac, Dr Nicole Le Meur, Dr Annie Maout, Dr Valérie Mercier, Mme Elisabeth Peretti DIM référent : Dr Jean-Michel Cauvin Directeur référent : M. Pierre Bleunven
Dates de réunion	02/02/2017 et 27/04/2017

INTRODUCTION

CONTEXTE

La problématique gériatrique est un enjeu majeur du territoire au regard des données démographiques : sur le territoire de santé n°1, la population âgée de plus de 75 ans représente 17 % de l'ensemble de la population âgée bretonne³. Les projections démographiques prévoient une augmentation importante de la part des personnes âgées dans la population les prochaines années.

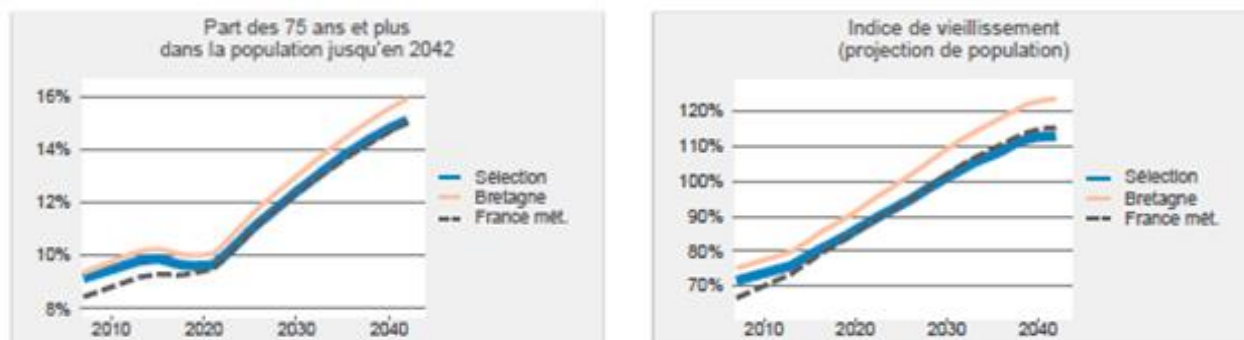


Figure 1 : Présentation de la population bretonne sous l'angle de l'âge (ARS Bretagne, Données diagnostic territorial GHT Bretagne Occidentale, janvier 2017)

³ ARS Bretagne, *Diagnostic TS1*, 2012

Conformément aux circulaires relatives à la constitution des filières gériatriques⁴, trois filières se sont structurées sur les bassins de Brest, Carhaix et Morlaix. Chacune dispose d'un dispositif MAIA, et bénéficie de la Plateforme Territoriale d'Appui située à Brest depuis 2016.

Au niveau territorial, se structurent la gérontopsychiatrie, l'oncogériatrie et les soins palliatifs. La réflexion éthique est réalisée au niveau régional au sein de l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne (EREB).

ELABORATION DU PROJET

La consolidation et le développement de la filière gériatrique sur le territoire ont vocation à améliorer le parcours et la prise en soins des personnes âgées. Le projet médical de la filière gériatrique s'inspire du travail réalisé au sein des trois filières de proximité depuis plusieurs années, dans une logique de groupe public.

La problématique de la prise en charge de la personne âgée est globale et concerne la quasi-totalité des services hospitaliers.

LIEUX

	MEDECINE	HC GERIATRIE	SSR POLYVALENTS	SSR PAPD	USLD	EHPAD	AUTRES
CHRU bassin brestois		25 lits + 1 LISP	30	60	152	234	AJ (12 pl.)
CHRU bassin carhaisien		20 + 1 LISP	20	25		262	
CH des Pays de Morlaix		25	28	74	50 + 50 PSY	214 + 4 pl HT	UCC (10 pl.)
CH de Lanterneau		14	30			290 + PASA (17 pl.)	
CH de Lesneven	15 dont 3 LISP		33 dont 2 CNV			256 dont PASA (14 pl.)	HT (7 pl.), AJ (6 pl.)
CH de Saint-Renan	3 LISP		31 dont 4 CNV			174	
CH de Lanmeur	10 + 3 LISP		15			255	AJ (8 pl.)
CH de Crozon	5		10 dont 4 LISP + 10 en 2018			110 + 40 en 2018	AJ (8 pl.), AN (4 pl. en 2018), HT (5 pl. en 2018)

Tableau 1 : Autorisations relatives à la gériatrie/gérontologie des établissements du GHT

⁴ Circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques et la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

ACTIVITE

2016	HC			SSR Polyvalents		SSR PAPD		EHPAD		USLD	
	DMS (jours)	TO (%)	IPDMS	DMS (jours)	TO (%)	DMS (jours)	TO (%)	Tx rotation	Tx occupation	Tx rotation	Tx occupation
CHRU bassin brestois	13,09 j	97,67 %	1,27	31,56 j	96,28 %	26,29 j	99,6 %				
CHRU bassin carhaisien	11,32 j	97,91 %	1,31	23,45 j	98,97 %	25,29 j	95,08 %				
CH des Pays de Morlaix	12,33 j	99,41 %	1,14	46,51 j	98,94 %	38,51 j	97,56 %		98,24 %		99,21 %
CH de Landerneau	8,5 j	104 %	0,93	21 j	101 %						
CH de Lesneven	15,82 j	80,05 %	0,8	27,84 j	90,07 %			25,78 %	99,51 % (HC), 95,51 % (HT)		
CH de Saint-Renan				27,76 j	92,97 %			29,31 %	99,14 %		
CH de Lanmeur	18,8 j	96,9 %	0,92	27 j	88,9 %				99 %		
CH de Crozon	17,4 j (14,7 j hors SP)	91,53 %	1,02	24,20	93,91 %		99,79 %				

Tableau 2 : Activité liée aux activités de gériatrie/gérontologie des établissements du GHT

PARCOURS DE SOINS

CENTRES DE RECOURS

Le CHRU de Brest et le CH de Landerneau sont les centres de recours pour les CH de Crozon et Lesneven. Le CHRU de Brest est le centre de recours du CH de Saint-Renan. Le CH des Pays de Morlaix est le centre de recours pour le CH de Lanmeur.

Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) est situé au CHRU de Brest.

DESCRIPTION DE LA FILIERE

Les patients âgés entrent dans la filière par les urgences (Brest, Carhaix, Morlaix, Landerneau), ou sont admis directement dans les services d'hospitalisation. Un numéro d'appel unique par filière de proximité (Brest, Carhaix, Landerneau, Morlaix) permet aux médecins généralistes et aux coordinateurs d'EHPAD d'échanger avec un gériatre. Les patients sont également adressés pour des consultations et bilans.

En aval des services de médecine ou de chirurgie, les patients sont orientés, en fonction de leur situation individuelle, vers leur domicile, vers les SSR polyvalents ou PAPD, ou vers le secteur médico-social. L'hospitalisation à domicile est jugée difficile sur l'ensemble du territoire, du fait de critères d'inclusion trop restrictifs et ne correspondant pas à la prise en charge des patients gériatriques.

Le parcours des patients en aval des services SSR est sensiblement le même.

ACCES A L'EXPERTISE MEDICALE

Un numéro de téléphone par filière de proximité permet l'accès à l'expertise d'un gériatre.

Les patients âgés sont orientés vers les plateaux techniques de Brest, Landerneau et Morlaix. Un secrétariat de parcours au CHRU de Brest facilite la programmation des rendez-vous pour les patients des hôpitaux de proximité.

Le dispositif de consultations avancées est peu développé, hormis en cardiologie à Lesneven.

Les délais d'accès aux consultations mémoire sont longs notamment pour les patients hospitalisés.

Les activités de télémédecine sont inexistantes sur cette filière, mais leur potentiel de développement est partagé par les acteurs du territoire.

DIAGNOSTIC

MATRICE MOFF

Forces	Faiblesses
<p>Liens forts entre la ville et l'hôpital : PTA, MAIA.</p> <p>Antériorité du travail en commun des 3 filières de proximité.</p> <p>CHRU de Brest : lieu de formation universitaire des gériatres et des professions paramédicales (DIU soignant, capacité, DESC et désormais DES).</p> <p>Accueils gériatriques aux urgences.</p> <p>Forte collaboration avec les médecins libéraux dans les hôpitaux de proximité.</p> <p>Médecins libéraux testeurs pour de nombreux étudiants en médecine.</p> <p>Unité d'oncogériatrie au CHRU de Brest.</p>	<p>Absence de reconnaissance de plusieurs dispositifs mis en place sur le territoire (UHR, PASA).</p> <p>Effectif médical insuffisant pour mettre en place des consultations avancées dans les hôpitaux de proximité.</p> <p>Tension sur certaines professions paramédicales, notamment les masseurs-kinésithérapeutes.</p> <p>Fluidité insuffisante de la filière gériatrique, notamment en intra-CHRU.</p> <p>Faiblesse du dispositif de permanence des soins dans les hôpitaux de proximité (transferts aux urgences qui pourraient être évités). A Lesneven, désengagement du nombre de médecins sur le tableau des astreintes.</p> <p>Isolement de la Presqu'île de Crozon.</p> <p>Absence de praticien hygiéniste dans les établissements, hormis au CHRU, à Morlaix et à</p>

	<p>Landerneau.</p> <p>Manque de temps de PH spécialisés en antibiothérapie.</p> <p>Absence de praticien spécialisé en soins palliatifs au CH de Lanmeur.</p> <p>Fragilité des PUI reposant sur un seul pharmacien à Lanmeur.</p>
Opportunités	Menaces
<p>Formation des gériatres : 5 postes au DES de Gériatrie en novembre 2017.</p> <p>Diversification des prestations (hébergement temporaire, accueil de nuit à Crozon).</p> <p>Nouvelles autorisations liées à l'élaboration du PRS (2^{ème} UCC, UHR, PASA, hébergement temporaire, etc.).</p> <p>Eventuelle transformation de places de SSR polyvalents en SSR gériatriques à Saint-Renan notamment.</p> <p>Modernisation du bâti : reconstruction du CH de Crozon, reconstruction de plusieurs résidences à Brest et Carhaix, rénovation du bâtiment SSR à Saint-Renan, etc.</p> <p>Développement de la télémédecine : apports à évaluer.</p> <p>Développement de consultations avancées, notamment à Lesneven.</p>	<p>Démographie médicale des gériatres en tension sur le territoire.</p> <p>Population médicale vieillissante sur le territoire, notamment des médecins libéraux.</p> <p>Manque d'appétence des gériatres pour l'activité médico-sociale en EHPAD (coordination et soins).</p> <p>Manque de lisibilité sur les impacts de la réforme du financement des SSR.</p> <p>Modèles financiers (médecine, SSR, EHPAD) qui menacent la pérennité des organisations (ex : l'IDE de nuit à Lanmeur).</p>

RUPTURES ET FRAGILITES

En amont de la filière

Une faiblesse dans le repérage de la fragilité et dans la prévention de la perte d'autonomie et ou de son aggravation pour les personnes âgées à domicile est notée.

Les retours à domicile des personnes âgées hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie, y compris dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, sont mal préparés.

Au sein de la filière

- Perte d'informations lors des transferts des patients d'un établissement de soins à un autre, ou entre domicile et hôpital, hôpital et domicile ;
- Défaut d'informations et/ou de résultats de radiographies ou d'explorations fonctionnelles à l'admission ou au retour d'examen (dossier de liaison à mettre en place et à compléter) ;
- Difficulté dans le recours aux soins spécialisés et plateaux techniques (délai de rendez-vous, transports longs et coûteux, complication de l'organisation des soins) ;

- Manque d'accompagnement personnalisé lors des examens ou consultations multiples ;
- Absence de protocoles communs dans de nombreux domaines (nutrition, prévention et prise en charge des syndromes confusionnels liés aux soins, risque infectieux en rapport avec le développement des résistances aux antibiotiques, etc.) ;
- Manque d'orthophonistes et de masseur-kinésithérapeutes dans tous les services prenant en charge les personnes âgées ;
- Manque de temps de PH de Soins Palliatifs mis à disposition pour l'animation de staffs ou en soutien des équipes pour les patients admis en LISP ;
- Fragilité de la permanence médicale de nuit et de week-end selon les établissements.

	PU-PH CCU-AH	PH/PC PA/AS	Libéraux	permanence nuit/WE
CHRU site de Brest	2	13.5		ASTREINTE / GARDE ETB
CHRU site de Carhaix		4.8		ASTREINTE / GARDE ETB
CH Morlaix				GARDE ETB ?
CH Landerneau		6		GARDE ETB
CH Lesneven		1.3	17	ASTREINTE
CH Saint Renan		1.5	12 SSR 23 EHPAD	PDSA
CH Lanmeur		0.5	12	ASTREINTE
CH Crozon		1.2	13	PDSA

Tableau 3 : Effectifs médicaux des services de gériatrie/gérontologie

En aval de la filière

- Absence d'hébergement temporaire pour patients désorientés atteints de troubles neuro-dégénératifs.
- Temps d'attente important pour admission à l'UCC du territoire et éloignement géographique pour le secteur Iroise.
- Retards de sortie de SSR liés à des délais trop long de pris en charge en kinésithérapie de ville.
- Recours à l'HAD difficile compte-tenu des critères d'inclusion des patients.

INTERACTIONS AVEC LES AUTRES FILIERES

La gériatrie est à l'intersection de nombreuses filières : onco-hématologie, urgence, psychiatrie, chirurgie, etc.

STRUCTURATION DE LA FILIERE ET DU PARCOURS IDEAL DU PATIENT

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Le groupe de travail émet les propositions suivantes :

ORIENTATION 1 : Prévenir et lutter contre la perte d'autonomie et les syndromes confusionnels grâce à un meilleur accès à l'expertise gériatrique

- 1) Organiser dans les centres de recours une expertise gériatrique ambulatoire en réponse au repérage précoce de la fragilité par les professionnels de soins primaires.
 - ➔ Améliorer l'accès aux bilans gériatriques.
 - ➔ Lutter contre l'iatrogénie et la polymédication du sujet âgé

- 2) Positionner dans chaque établissement de proximité une infirmière spécialisée en gérontologie :
 - ➔ Formée au DIU soignant en gérontologie organisé au niveau régional.
 - ➔ Assurer une évaluation gérontologique en lien avec l'équipe médicale gériatrique référente.
 - ➔ Coordonner les parcours des patients et résidents sur les plateaux techniques et de consultation.
 - ➔ Identifier une référente pour une éventuelle activité en télémédecine (gériatrie, dermatologie, plaies complexes, ect.)

ORIENTATION 2 : Fluidifier les parcours des patients âgés

- 1) Eviter les ruptures dans le parcours de soins :
 - ➔ Formaliser un dossier de liaison.
 - ➔ Elaborer des protocoles de préparation des sorties d'hospitalisation en lien avec le dispositif MAIA et la PTA.

- 2) Prévenir la perte d'autonomie ou son aggravation lors des séjours hospitaliers :
 - ➔ Elaborer des protocoles communs entre les établissements et les services.
 - ➔ Promouvoir la culture gériatrique au sein des établissements MCO.

- 3) Privilégier les admissions directes dans les services d'hospitalisation
 - ➔ Eviter au maximum les passages par les urgences

ORIENTATION 3 : Améliorer l'accès aux plateaux techniques et spécialités

- 1) Evaluer et promouvoir le développement du secrétariat de parcours au CHRU de Brest, le cas échéant, pour coordonner les examens et consultations des patients des hôpitaux de proximité.
- 2) Développer des consultations avancées dans les établissements de proximité, notamment en Odontologie, Dermatologie, ORL (projet à l'étude au CH de Lesneven).
- 3) Evaluer le besoin et l'opportunité du développement de la télémédecine en gériatrie, en Dermatologie notamment.

Projet de consultations avancées à Lesneven :

Afin d'améliorer l'accès aux soins spécialisés des patients et résidents du CH de Lesneven, ainsi que des habitants du bassin de population, il est envisagé la mise en place de consultations avancées en Odontologie, Dermatologie et ORL, pour compléter celles de Cardiologie.

En attendant la réalisation d'un projet architectural spécifique, les consultations seront réalisées dans une salle de consultation polyvalente qui disposera du matériel nécessaire aux consultations de ces praticiens.

ORIENTATION 4 : Améliorer la prise en charge des patients atteints de troubles neuro-dégénératifs

- 1) Obtenir la reconnaissance des dispositifs déjà mis en place : UHR (Centre René Fortin, Carhaix, CH de Landerneau, CH de Crozon) et PASA (résidence Delcourt-Ponchelet et CH de Crozon et CH de Lanmeur).
- 2) Créer une UHR au CH de Lanmeur, au CH de Crozon, au CH de Landerneau, au CH des Pays de Morlaix et sur le site de Carhaix.
- 3) Créer un PASA sur le site de Carhaix.
- 4) Créer une deuxième UCC sur le territoire.
- 5) Développer l'hébergement temporaire, et notamment l'hébergement temporaire spécialisé dans l'accueil des patients atteints de troubles neuro-dégénératifs.

ORIENTATION 5 : Améliorer le parcours des patients porteurs de BHRe

- 1) Structurer un dispositif de gestion des parcours des patients porteurs de BRHe :
 - ➔ Réaliser une cartographie des compétences en hygiène et des organisations (capacités d'accueil des patients BHRe, dispositifs mis en place dans les établissements, contraintes particulières...) et une évaluation financière de l'impact de la gestion des BHRe.
 - ➔ Assurer la bonne transmission de l'information entre les établissements du GHT.
 - ➔ Construire, en lien avec les équipes d'hygiène et d'infectiologie, un dispositif de gestion du parcours des patients porteurs de BHRe.
 - ➔ Conforter les exercices coordonnés

POST-REQUIS

Afin de mettre en œuvre ce projet, il convient de :

- S'assurer de la communicabilité des systèmes d'information, pour évoluer vers un dossier patient commun sur le territoire ;
- Dédier un temps infirmier à l'expertise gériatrique et aux éventuelles activités de télémédecine ;
- Créer de nouvelles autorisations (UHR, PASA, UCC, hébergement temporaire).

- Conforter une culture gériatrique grâce à des formations initiales et continues adaptées (qualité, hygiène, évaluation des nutritons, prévention) dans l'ensemble des services accueillants des personnes âgées.

MISE EN OEUVRE

<p>Orientations stratégiques</p>	<p>Développer l'accès à l'expertise gériatrique.</p> <p>Fluidifier les parcours des patients âgés.</p> <p>Améliorer l'accès aux plateaux techniques et spécialités.</p> <p>Améliorer la prise en charge des patients atteints de troubles neuro-dégénératifs.</p> <p>Améliorer la prise en charge des patients porteurs de BRHe.</p> <p>Coordonner le lieu d'implantation des unités spécialisées.</p>
<p>Axes prioritaires</p>	<p>Positionner dans chaque établissement de proximité un temps infirmier spécialisé en gérontologie.</p> <p>Eviter les ruptures dans les parcours de soins.</p> <p>Prévenir la perte d'autonomie ou l'aggravation de celle-ci lors des séjours hospitaliers.</p> <p>Promouvoir le secrétariat de parcours au CHRU.</p> <p>Développer les consultations avancées.</p> <p>Développer la téléconsultation.</p> <p>Obtenir la reconnaissance des dispositifs déjà mis en place (PASA, UHR).</p> <p>Obtenir de nouvelles autorisations (PASA, UHR, UCC, hébergement temporaire).</p> <p>Structurer un dispositif de gestion des parcours des patients porteurs de BRHe.</p> <p>Mettre en œuvre l'équipe opérationnelle d'hygiène de territoire</p>
<p>Actions à court terme (6 mois – 1 an)</p>	<p>Former des infirmiers en gérontologie.</p> <p>Formaliser un dossier de liaison.</p> <p>Elaborer un protocole commun de préparation à la sortie en lien avec le dispositif MAIA et la PTA.</p> <p>Diffuser ou élaborer des protocoles de soins.</p> <p>Communiquer sur le secrétariat de parcours et optimiser son fonctionnement.</p>

	<p>Réaliser une cartographie des ressources en hygiène et infectiologie sur le territoire.</p> <p>Développer les évaluations sociales</p> <p>Rédiger des conventions de mise à disposition des praticiens spécialisés en antibiothérapie</p>
<p>Actions à 5 ans</p>	<p>Promouvoir la culture gériatrique dans tous les services des établissements du GHT.</p> <p>Evaluer les besoins et l'opportunité de la télémédecine en gériatrie.</p> <p>Dédier un temps infirmier à l'expertise gérontologique et à la télémédecine, le cas échéant.</p> <p>Mettre en place un dossier patient informatisé commun.</p> <p>Mettre en place des consultations avancées dans les hôpitaux de proximité, en Odontologie, Dermatologie et ORL.</p> <p>Construire un dispositif pérenne de gestion des parcours des patients porteurs de BRHe.</p>

FILIÈRE GESTION DES CRISES SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

PITOLES ET GROUPE

Responsables de la filière	Dr Nouredine Chahir (titulaire), Dr Xavier Hamon, (suppléant), Dr Gerhard Adamek (suppléant)
Membres du groupe	Dr Catherine Lemoine, Pr Yves Ozier, MCS Serge Perchoc Directeur référent : M. Christophe Baltus
Dates de réunion	06 février, 13 mars, 04 avril et 03 mai

Le GHT de Bretagne occidentale structure sa démarche de Gestion des Crises Sanitaires Exceptionnelles (GSSE) autour de l'expertise reconnue en matière de risques nucléaires et radiologiques et de partage des compétences civiles et militaires adaptées aux menaces identifiées dans son territoire.

Le GHT se situe dans un cadre caractérisé par l'existence de plusieurs niveaux d'organisation de plans de crise à différents échelons (national, zonal, départemental, local). L'objectif pour le GHT est d'anticiper les conséquences d'un événement sanitaire exceptionnel sur le territoire, d'identifier les adaptations nécessaires sur les divers centres hospitaliers dotés d'une structure d'urgence et d'avoir une vision des coopérations à mettre en œuvre ou renforcer. L'approche doit être pragmatique et tenir compte des réalités concrètes. Le champ couvre les situations exceptionnelles du fait d'un grand nombre de victimes, et les risques NRBC-E.

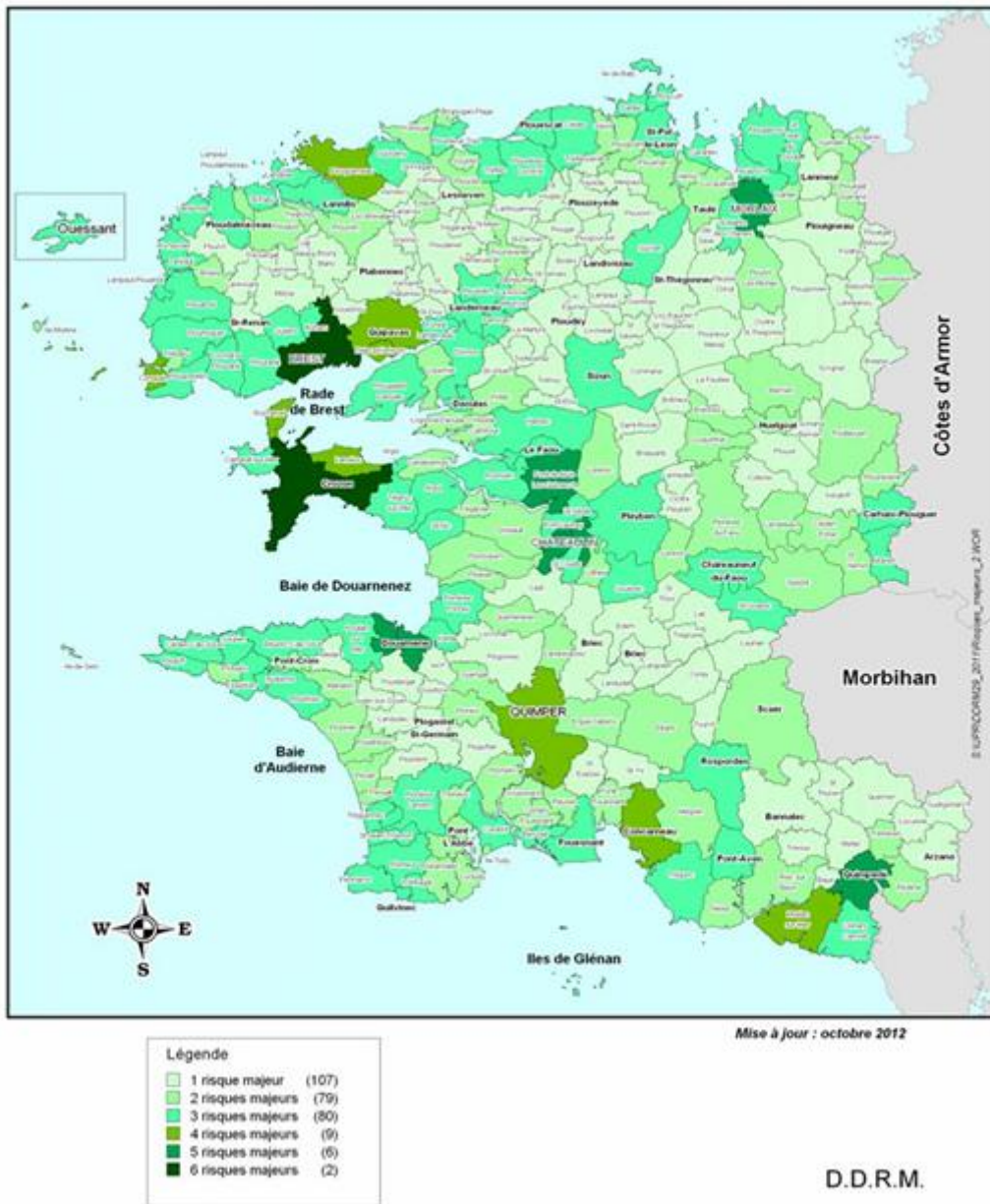


Figure 1 : Communes à risques majeurs (tous risques localisés confondus)

Source : Annexe n°2 de l'arrêté préfectoral n°2012299-010 du 25 octobre 2012 relatif au droit à l'information des citoyens sur les risques naturels et technologiques majeurs dans le département du Finistère

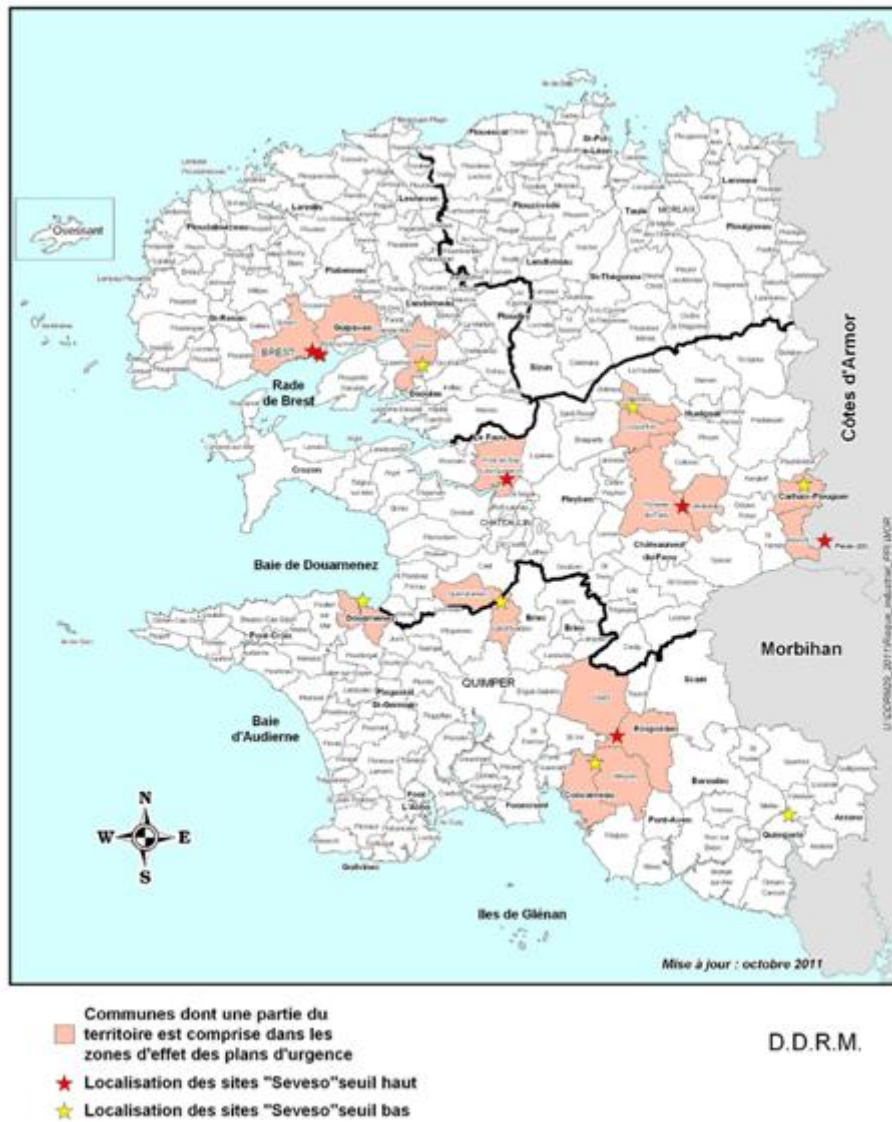


Figure 2 : Commune dont une partie du territoire est comprise dans les zones d'effet des plans d'urgence

ETAT DES LIEUX

Il est procédé à un premier état des lieux des organisations existantes et à parfaire, des équipements et matériels.

Chaque structure hospitalière doit avoir élaboré un dispositif de crise (plan blanc). Tout établissement hospitalier doté d'une structure d'urgence (SU) doit pouvoir, au moins transitoirement en attendant des secours adaptés, mettre en œuvre une décontamination de quelques personnes et assurer la prise en charge d'une urgence médico-chirurgicale absolue venant de façon régulée ou, surtout, non régulée (Cf. Note technique de la DGS relative à la décontamination hospitalière). C'est le cas pour quatre établissements du GHT : l'HIA-CT, Morlaix, Landerneau et les sites du CHRU de Brest-Carhaix.

Dispositifs de crise :

Au CH des Pays de Morlaix, Il existe un plan blanc et des protocoles de prise en charge de patients contaminés. Au CH de Landerneau, il existe un plan blanc récent, sans les annexes NRBC. Le CHRU de Brest et l'HIA, particulièrement exposés, ont des plans blancs avec leur composante NRBC.

Les hôpitaux de proximité disposent également d'un plan blanc et d'un plan de continuité d'activité.

Matériel et locaux :

Si le CHRU et l'HIA disposent d'équipements de protection individuelle (EPI) adaptés aux risques NR et C - le renouvellement des tenues de décontamination après péremption s'est fait sur fonds propres - Morlaix ne dispose que de tenues pour risque biologique depuis l'épidémie Ebola. Landerneau n'a pas d'EPI.

Le CHRU et l'HIA ont disposent de locaux de décontamination pouvant prendre en charge plusieurs personnes contaminées. La structure de l'HIA est vieillissante et il est prévu la construction d'un module de décontamination (en cas d'évènement se produisant en site militaire). Il sera disponible à horizon 2 à 3 ans. Au CHRU de Brest, le plateau technique de décontamination UFDH (F pour fixe) est normé pour prendre en charge en autonomie au niveau RECOURS. Morlaix dispose d'une douche, sans gestion conforme des effluents contaminés. Landerneau ne dispose pas de douche dédiée à la décontamination.

Une Unité Mobile de Décontamination Hospitalière (UMDH) existe. Basée sur Brest, elle suppose donc que, sur les sites de Morlaix et de Landerneau, une zone d'isolement des personnes contaminées soit définie, ainsi que les questions de ressources humaines afférentes.

Formation du personnel :

L'HIA organise les formations de son personnel et du personnel militaire à la gestion du risque NR-C. Le CHRU, au niveau du CESU, a développé un conducteur pédagogique et des formations en attendant la parution du texte sur l'AFGSU-3 (paru fin 2015). Il y a environ 90 personnes formées. A Morlaix, il y a un médecin formé, ainsi que 6 soignants et 2 agents de sécurité. A Landerneau, il y a 1 médecin formé à la décontamination depuis moins de 4 ans (2 PH ont fait des exercices remontant à plus de 4 ans), et 2 soignants.

Il y a donc globalement des besoins de formation au risque NRBC-E sur le GHT.

Rajoutons que les établissements doivent aussi former des personnels de sécurité pour filtrer les entrées.

DESCRIPTION DES DISPOSITIFS EXISTANTS DE GSSE

La réponse aux SSE sur le territoire se décline de la façon suivante :

- Projection départementale du PSM2.
- Projection côtière et hauturière du PSM Maritime.
- Projection départementale par le SAMU 29 du lot NRBC-E.

MATRICE MOFF

Forces	Faiblesses
<p>Chaque établissement dispose d'un plan blanc à jour.</p> <p>Directions impliquées dans la GSSE.</p> <p>Moyens identifiés dans l'établissement siège de SAMU (PSM 2).</p> <p>Professionnels formés.</p> <p>Expertise des professionnels de l'HIA (prise en charge des blessés de guerre notamment).</p> <p>Plateaux techniques de crise (CHRU, HIA et base navale).</p> <p>Moyens hélicoptérés régionaux et zonaux.</p>	<p>Landerneau et Morlaix : le plan blanc n'a pas été testé et n'a pas d'annexe NRBC.</p> <p>Absence d'EPI (équipement de protection individuel).</p> <p>Absence de moyens dédiés hors CHU et HIA.</p> <p>Défaut de PSM pédiatrique à Brest.</p> <p>Acculturation insuffisante aux risques chimiques et nucléaires.</p> <p>Hétérogénéité des plans blancs des centres hospitaliers de proximité.</p> <p>Absence de centre de traitement des grands brûlés (Nantes).</p>
Opportunités	Menaces
<p>Renfort de zone.</p> <p>Schéma ORSAN Bretagne 2016, associant les libéraux et les militaires.</p> <p>Renfort du SSA : médecine des Forces.</p> <p>Formations et exercices mis en place, en collaboration avec les autres acteurs de la GSSE (AFGSU 3 et <i>Damage control</i>).</p> <p>Textes de cadrage nombreux.</p> <p>Présence d'établissements privés formés à la doctrine ORSAN.</p>	<p>Vulnérabilité maximale des sites hospitaliers.</p> <p>Nombreux risques NRBC, industriels et militaires.</p> <p>Risque terroriste.</p> <p>Isolement géographique du Département (côtes nombreuses, éloignement des autres centres ressources).</p> <p>Méconnaissance de la médecine de ville de la GSSE et faible résilience de la population.</p>

PROPOSITIONS D'AMELIORATION/SCHEMA A 5 ANS

AXE 1 : Organisation de la gradation des réponses en fonction des plateaux techniques et des compétences conformément au schéma ORSAN et au plan zonal de mobilisation (NRBC-E)

Proposition 1 : Installer une douche de décontamination dans chaque établissement de niveau 1 // décontamination d'un patient spontané, non régulé durant 1 h avant intervention d'une SMUR équipée

Proposition 2 : Organiser une réunion annuelle partagée CHU-HIA-établissements privés brestois pour communiquer sur les capacités opératoires de crise adultes et enfants (Plan Alpha).

Proposition 3 : Définir une cible annuelle de professionnels formés AFGSU 3 par le CHRU de Brest –dans l’UFDH- au sein du GHT dans un plan de formation de territoire triennal.

Proposition 4 : Organiser une journée annuelle CHU-Service de Santé des Armées de formation à la prise en charge des blessés de guerre à destination des MAR, chirurgiens, pédiatres et des urgentistes, ouverte aux personnels paramédicaux.

Proposition 5 : Formaliser la place et le rôle des établissements de proximité.

AXE 2 : Diffusion de la culture GSSE

- Exercices : afflux massif de victimes, test des plans blancs et des plans de sécurisation des établissements.
- Promouvoir les échanges entre les professionnels du territoire : séminaire de sensibilisation et d’information annuel encadrement, CREX, sécurité informatique, ouverture des invitations à la JMAO (Journée de Médecine d’Armée de l’Ouest Civile et Militaire), etc.
- Création de supports pédagogiques pour diffuser la culture GSSE (par exemple le film des interventions médicales lors des formations)
- Une demi-journée annuelle de sensibilisation des Directions et responsables médicaux aux enjeux de Défense sanitaire & globale.

PLAN D’ACTION

Chaque année le GHT définit un thème structurant (exemple : 2017 = attentat pédiatrique et risque chimique) mesurable et évaluable.

Orientations stratégiques	Organiser la gradation des réponses des établissements en fonction des plateaux techniques et des compétences. Diffuser la culture GSSE.
Actions à court terme (6 mois – 1 an)	Installation d’une douche de décontamination dans chaque établissement de niveau 1. Organiser des lieux d’échanges et d’information à destination de tous les professionnels du territoire. Faire participer l’ensemble des établissements aux exercices. Poursuivre la formation Damage Control (chirurgie de guerre) pour les chirurgiens orthopédiques, viscéraux, thoraciques, pédiatriques, gynécologues, urologues et anesthésistes.
Actions à 5 ans	Définir des cibles annuelles de formation dans le cadre d’un plan de formation territorial triennal. Définir la place et le rôle des hôpitaux de proximité dans la GSSE.

FILIÈRE ONCOLOGIQUE

PITOLES ET GROUPE

Responsables de la filière	Dr Marc Férec (titulaire), Dr Jean-Philippe Metgès (suppléant)
Membres du groupe	Mme Ariane Bénard, Dr Sylvie Gouva, Dr Hervé Granier, Dr Le Goudeveze, Dr Pascal Inizan, Dr Hélène Simon DIM référent : Dr Sophie Le Calvez Directeur référent : M. Ronan Sanquer
Dates de réunion	06 février, 13 mars, 04 avril et 03 mai

INTRODUCTION

La constitution d'un réseau de soins au sein du GHT fait partie intégrante d'un nouveau concept dit de responsabilité populationnelle. Ce concept s'applique très bien à la prise en charge globale du cancer par une approche multiparamétrique. L'angle d'évaluation des missions concerne alors la population dans sa globalité, malade et indemne : prévention, évaluation des besoins de santé, leur mise à niveau en fonction de la demande ou du changement de celle-ci, prise en charge optimale permettant l'accès à l'innovation comme la gradation des soins et aussi l'après maladie. Pour répondre à ces nouveaux défis pour l'offre publique en lien avec la constitution des GHT, la FHF possède en son sein une structure nationale, FHF Cancer, en charge de recenser les modèles de GHT proposés autour d'un CHRU.

Les plans Cancer successifs ont chacun participé à l'amélioration de la prise en charge des patients porteurs de cancer. L'un des points cruciaux abordés est la lisibilité des acteurs sur ce domaine. Ainsi, la FHF, par la création de FHF cancer, a porté son attention sur l'optimisation des structures (la création d'Institut de la Cancérologie ou de Pôles régionaux) et l'analyse dans chaque région de la répartition des principaux cancers en nombre de patients concernés, mais aussi l'analyse de données d'incidence montrant une sur-incidence par rapport à la population nationale (exemple le cancer de l'œsophage et de l'estomac pour le Finistère).

La Cancérologie relève d'un exercice multidisciplinaire où la quasi-totalité des disciplines médico-chirurgicales biologiques et d'imagerie, ainsi qu'organisationnelles, se doivent d'être associées pour optimiser la filière.

CONTEXTE

Epidémiologie nationale et régionale de la pathologie

2015, des évolutions encourageantes	Une position encore défavorable par rapport au national
<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de 14 % de la mortalité globale par cancer sur la décennie précédente ; - Diminution récente des cancers de la trachée, des bronches et du poumon pour les hommes ; - Premiers signes d'une diminution de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein ; - Taux de participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal supérieurs à la moyenne nationale ; - Positionnement favorable dans la pratique du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalité des hommes quelles que soient les localisations cancéreuses (surmortalité significative, augmentation des taux de mortalité avec l'âge) ; - Forte progression du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour les femmes ; - Incidence du cancer de l'estomac et de l'œsophage, faisant du Finistère le département le plus touché en France (données INCa et FRANCIM) ; - En parallèle, situation préoccupante de la région Bretagne vis-à-vis des deux principaux facteurs de risque du cancer : forte prévalence du tabagisme quotidien, consommation d'alcool supérieure à la moyenne nationale et importance des ivresses chez les jeunes.

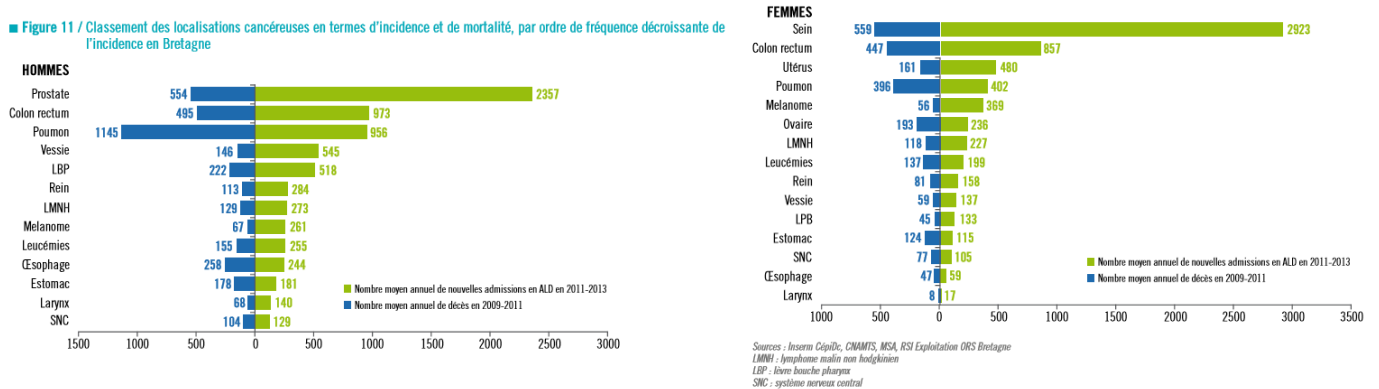
L'incidence dans le Finistère par rapport au national

Les données pour la Bretagne et ses départements se réfèrent aux affections de longue durée (ALD), seul indicateur disponible, reflet de l'incidence, qui peut présenter toutefois des biais d'exhaustivité. Dans le Finistère, chez les hommes, l'incidence ne se distingue pas de la moyenne nationale. Chez les femmes, le Finistère présente une incidence significativement inférieure au niveau national (respectivement -8 % et -7 %).

La mortalité dans la région Bretagne par rapport au national

En Bretagne, le cancer a été la cause de 8 516 décès en moyenne annuelle en 2009-2011 : 5 086 hommes (60 %) et 3 430 femmes (40 %). Les décès par cancer représentent 27 % de l'ensemble des décès toutes causes confondues (32 % chez les hommes et 22 % chez les femmes). En Bretagne, le taux masculin standardisé de mortalité est plus de 2 fois supérieure au taux féminin, respectivement 336 contre 155 pour 100 000 personnes, constat vérifié à l'échelle nationale (respectivement 318 et 159). **Le Finistère totalise près de 1 600 décès hommes, soit le taux standardisé de mortalité le plus élevé de la région (370 décès pour 100 000 hommes). Chez les femmes, le Finistère totalise plus de 1 000 décès soit un taux de 156 décès pour 100 000 qui ne se démarque pas significativement de la moyenne nationale.**

Chez les hommes, la Bretagne présente une surmortalité par cancer de +6 % par rapport à la moyenne française en 2009-2011. Chez les femmes, elle occupe une position proche de la moyenne nationale. On constate une baisse de 14% de la mortalité sur la dernière décennie. Bien que toujours en situation de surmortalité par rapport à la moyenne française, l'écart pour les hommes s'est réduit depuis 2008. **Chez les hommes, le Finistère se positionne en surmortalité vis-à-vis des autres départements sur l'ensemble de la période 2000-2011 et connaît l'évolution la moins favorable depuis 2004-2006 (-7 %).** Chez les femmes, la situation entre les départements est beaucoup moins contrastée : la diminution de la mortalité oscille peu (-7% dans le Finistère).



Figures 1 et 2 : Incidence et mortalité selon les localisations cancéreuses (Extrait de l'étude n°10 de l'ARS Bretagne, 2015)

Principales recommandations de prise en charge

- Le Plan Cancer 3, dont les trois priorités sont la diminution de l'incidence des cancers, la baisse de la mortalité et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées (avec une attention particulière aux besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, ainsi qu'à leurs proches) ;
- Les recommandations de prise en charge spécialisée, produites par l'INCa, destinées aux médecins spécialistes ;
- Les référentiels nationaux et les recommandations nationales de bonnes pratiques en cancérologie labellisées ;
- Les guides ALD / Parcours de soins, productions réalisées conjointement par l'INCa et la Haute Autorité de Santé (HAS), destinées aux médecins généralistes ;
- Les protocoles thérapeutiques temporaires (PTT) définis dans le cadre des référentiels nationaux de bon usage des médicaments de la liste « hors GHS » en cancérologie.
- L'INCa met aussi à disposition des outils d'aide à la pratique et des fiches d'information synthétiques, afin d'accompagner les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne, notamment en matière de dépistage des cancers ;
 - Exemple : la fiche RCP (réunions de coordination pluridisciplinaire), le plan personnalisé de santé, et le plan personnalisé d'après cancer ont fait l'objet d'améliorations et d'adaptations régulières par l'INCa. Ces éléments structurants de la transmission d'une information médicale de qualité feront

partie du futur dossier communicant en cancérologie, lui-même élément significatif du futur DMP ;

- La création de FHF Cancer ayant pour but d'optimiser la prise en charge du cancer dans les hôpitaux publics et favoriser l'excellence en terme de recherche clinique et d'accès à l'innovation (exemple : signature du partenariat FHF cancer CNCR pour la labellisation d'action au niveau des territoires pour optimiser la prise en charge et les filières conduisant à augmenter l'accès à la recherche clinique).

Organisation régionale

Une offre globalement bien répartie sur le territoire breton

L'offre hospitalière dans le Nord-Finistère :

- **Pôle régional de cancérologie Brest Rennes, dit Bretagne (PRCB) et Unité de Coordination en Oncologie Gériatrie (UCOG)**, coordination Bretagne de l'Observatoire du médicament Bretagne Pays de Loire. Le Pôle regroupe sur le site de Brest le CHRU et sur le site de Rennes, le CHRU et le Centre de Lutte Contre Le cancer (Centre Eugène Marquis) rassemblés au sein de l'Institut Rennais de Cancérologie. Le Pôle Régional a débuté ses activités en septembre 2011. Une équipe de coordination (médecins, assistantes, ARC) a été mise en place de façon coordonnée sur les deux sites avec pour mission l'organisation des activités de recours, l'amélioration de l'accès à l'innovation et à la recherche ainsi que l'organisation et la coordination d'actions de formation. Les locaux communs de ces trois structures se trouvent sur le site de l'hôpital Morvan à Brest ;
- **Sites de chirurgie carcinologique et de traitement** par chimiothérapie et radiothérapie : 33 sites sont autorisés à pratiquer une ou plusieurs activités de chirurgie oncologique à seuil ; en chimiothérapie, 18 sites adultes sont autorisés et 2 sites en oncopédiatrie ; et pour la radiothérapie, 8 sites autorisés adultes et 1 site en oncopédiatrie (rapprochement sur un site unique de la radiothérapie brestoise) ;



Figure 3 : Sites de chirurgie des cancers et de chimiothérapie (extrait PRS Bretagne 2012-2016)

- **Développement des soins de proximité**, notamment de chimiothérapie : la Bretagne compte à ce jour 14 sites associés en chimiothérapie, dont la HAD 35. Une offre territoriale de proximité en oncogériatrie a pu être développée depuis 2012 ;
- **Structures spécialisées en soins palliatifs** : la Bretagne est plutôt bien équipée avec un ratio de lits spécialisés de 12,09 pour 100 000 habitants – là où la cible nationale est de 10 pour 100 000. La région compte 13 unités de soins palliatifs (USP) et 237 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) ;



Figure 4 : La prise en charge des soins palliatifs (extrait PRS Bretagne 2012-2016)

- **Imagerie par TEP** (tomographie par émission de positons) : 9 TEP scan autorisés en Bretagne, taux de recours de 36,7 pour 10 000 hab. (en progression et plus important au nord-ouest de la région), le recours est corrélé aux besoins liés au cancer ;
- Un **problème de recrutement** de praticiens oncologues pour certains établissements de la région, avec des difficultés plus marquées dans le secteur public.

Pour autant, l'adaptation de l'offre régionale demeure nécessaire. Le bilan de l'offre réalisé par l'ARS et la CARESP42 en 2013 remarquait la persistance de nouvelles demandes de structures et capacités d'accueil en soins palliatifs en milieu hospitalier malgré le niveau atteint de l'offre hospitalière.

L'offre ambulatoire en interaction avec la thématique :

- **Réseaux régionaux en cancérologie** :
 - o Réseau Régional de Cancérologie (OncoBretagne) ;
 - o Des Plateformes territoriales d'appui (PTA) qui mutualisent les réseaux de santé d'un même territoire, dont 5 en cours de structuration et 3 en fonctionnement - parmi elles, Appui Santé Nord-Finistère. A noter que les Réseaux territoriaux de cancérologie intégrant souvent les centres de coordination en cancérologie (3C) ont évolué vers les PTA. Ainsi, le RTC/3C du Ponant (territoire n°1) a évolué en juin 2015 vers la PTA « Appui Santé Nord Finistère » qui regroupe 6 réseaux thématiques (soins palliatifs (2), gériatrie (2), diabétologie et cancérologie) ;
 - o Un réseau de santé spécifique : le réseau régional des soins palliatifs pédiatriques ;

- Réseau inter-régional d'Onco-Hématologie Pédiatrique de l'Ouest (POHO) ;
- Des Associations : Associations de Dépistage du Cancer ; Registre des cancers digestifs du Finistère ; Association française des soins oncologiques de support (AFSOS) et les soins palliatifs ;
- **EMSP** : Chaque territoire de santé est doté d'au moins une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Les soins palliatifs constituent le premier motif de recours à l'HAD, bien au-delà du niveau de pratique constaté ailleurs en France.

LIEUX

Etablissements	Autorisations	Spécialités	Unités spécialisées	Plateaux techniques spécialisés
CHRU de Brest	Oncologie : chirurgie, chimiothérapies, radiothérapies	Autorisés sur toutes localisations, onco-pédiatrie, oncogériatrie	ICH	IRM, scanner, TEP scan, Radiothérapie Anatomopathologie
CH des Pays de Morlaix	Oncologie : chirurgie, chimiothérapies,	Oncogériatrie, hémato-onco chir digestive sénologie	-	Radiologie
CH Landerneau Centre associé	Oncologie : chimiothérapies	-	-	Radiologie

ACTIVITE

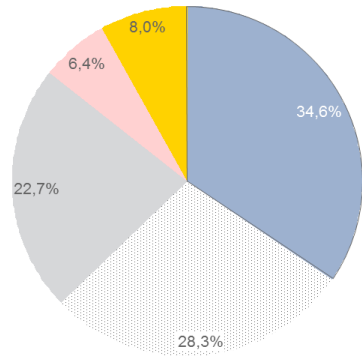
Chirurgie cancérologique

En chirurgie carcinologique, le GHT se positionne globalement bien avec plus de 40% des parts de marché en 2015, mais en baisse de 3 pts par rapport à 2012. Cela s'explique notamment par la présence d'opérateurs privés qui se sont spécialisés : la clinique du Grand Large en thoracique et gynéco-sein, la polyclinique Keraudren en urologie et digestif et la clinique Pasteur Saint-Esprit en ORL.

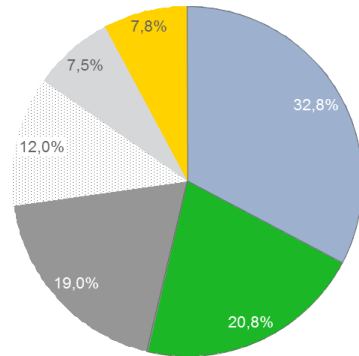
Sur le territoire de Morlaix, le CH des Pays de Morlaix et le CHRU de Brest réalisent plus de la moitié de l'activité, notamment sur les pathologies les plus fréquentes : tumeurs des tissus lymphoïdes et hématopoïétique, organes digestifs et sein.

Sur le territoire de Carhaix, les prises en charge sont essentiellement réalisées en dehors du GHT, sauf pour l'ORL (68% de PdM) et dans une moindre mesure le digestif (37%) et le sein (30%). Finalement, sur son territoire, le CHRU de Brest est leader avec 34,6% des parts de marché et bien positionné sur le sein et l'ORL.

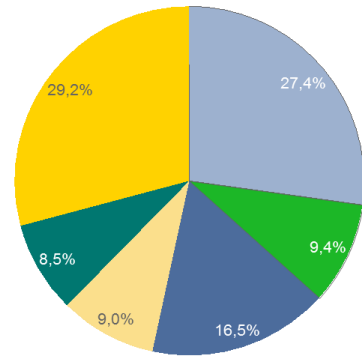
Part de marché en chirurgies oncologiques sur le territoire de Brest en 2015



Part de marché en chirurgies oncologiques sur le territoire de Morlaix en 2015



Part de marché en chirurgies oncologiques sur le territoire de Carhaix en 2015



- CHU de Brest
- CH des Pays de Morlaix
- Clinique du Grand Large Brest
- CMC Baie de Morlaix
- Polyclinique de Keraudren
- Polyclinique Quimper Sud
- Clinique Pasteur-Saint Esprit
- Clinique St Michel et Ste Anne
- Autres établissements
- CHI de Cornouaille

Sources: PMSI 2015

Figure 5 : Parts de marché en chirurgie oncologique sur les territoires de proximité de Brest, Morlaix et Carhaix

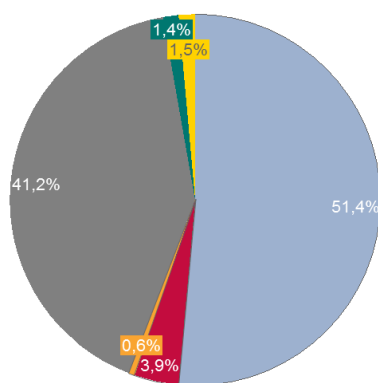
Chimiothérapies

Les établissements du GHT ont un bon positionnement global avec 60% des parts de marché en 2015 en chimiothérapies, mais avec des situations concurrentielles très différentes sur les 3 territoires de proximité. Les disciplines les plus concurrencées sur le territoire sont : gynécosein, digestif, ORL et urologie.

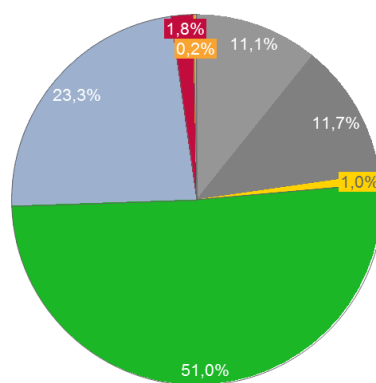
Le territoire de Morlaix se trouve dans une réelle situation de monopole. Le CH des Pays de Morlaix réalise 51% des chimiothérapies du territoire tandis que deux opérateurs privés réalisent 11% chacun : la clinique de Morlaix et la Clinique Pasteur.

Une vraie situation de concurrence est installée sur le territoire de Carhaix : le premier opérateur est le CHI de Cornouaille (30% de parts de marché), puis le CHRU de Brest (26%) et enfin le CH des Pays de Morlaix (13%). Finalement, le territoire de Brest est dans une situation d'oligopole. Le CHRU de Brest réalise 51% des parts de marché en face d'un unique concurrent : la clinique Pasteur (41%).

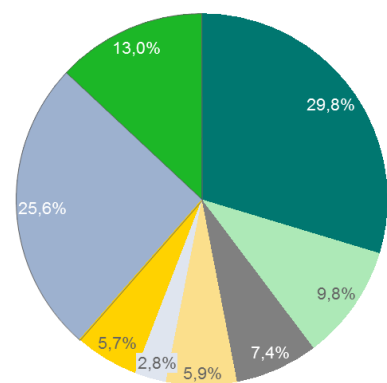
Part de marché en chimiothérapies sur le territoire de Brest en 2015



Part de marché en chimiothérapies sur le territoire de Morlaix en 2015



Part de marché en chimiothérapies sur le territoire de Carhaix en 2015



- CHU de Brest
- CH Ferdinand Grall Landerneau
- HIA Clermont-Tonnerre
- Clinique Pasteur-Saint Esprit
- CHI de Cornouaille
- CMC Baie de Morlaix
- Clinique Armoricaine Radiologie
- Clinique St Michel et Ste Anne
- CH de St Brieuc
- Autres établissements

Sources: PMSI 2015

Figure 6 : Parts de marché en chimiothérapie sur les territoires de proximité de Brest, Morlaix et Carhaix

PRE-REQUIS

Trois établissements du GHT réalisent des chimiothérapies :

- 10 299 séjours réalisés au CHRU de Brest en 2015,
- 3 559 au CH des Pays de Morlaix,
- 694 au CH de Landerneau (comme centre associé au CHRU)

L'HIA en réalise encore un peu en 2015 (103), mais plus en 2016.

Deux sites sont autorisés en chirurgie :

- 909 séjours au CHRU de Brest en 2015,
- 160 au CH des Pays de Morlaix (digestif, sein).

Par contre, seul le CHRU de Brest effectue des radiothérapies.

PARCOURS DE SOINS ACTUELS

Certains parcours en cancérologie ont été identifiés comme prioritaires, notamment parce qu'ils sont les plus fréquents : sein, colon-rectum, poumon, prostate. A ceux-ci s'ajoutent le parcours en broncho-pulmonaire (travaillé en séance), le cancer œsogastrique et les cancers hématologiques.

Il s'agit d'identifier pour chacune des grandes étapes du parcours de prise en charge du cancer le fonctionnement, les points de ruptures, les coopérations existantes, etc. Ces grandes étapes de prise en charge sont les suivantes :

- Prévention primaire
- Prévention secondaire : dépistage, diagnostic, annonce
- Bilan d'extension
- Soins : chirurgie, chimiothérapies, radiothérapie/ curiethérapie
- Rééducation et réadaptation
- Accès à la recherche clinique et à l'innovation thérapeutique
- Suivi de soins et soins support
- Prise en charge palliative et/ ou de fin de vie.

Les descriptions des parcours ont été amorcées et doivent être poursuivies. Cette formalisation a été identifiée comme l'une des orientations stratégiques de la filière. Cependant, certains éléments succincts ont pu être discutés en séance et sont repris ci-dessous.

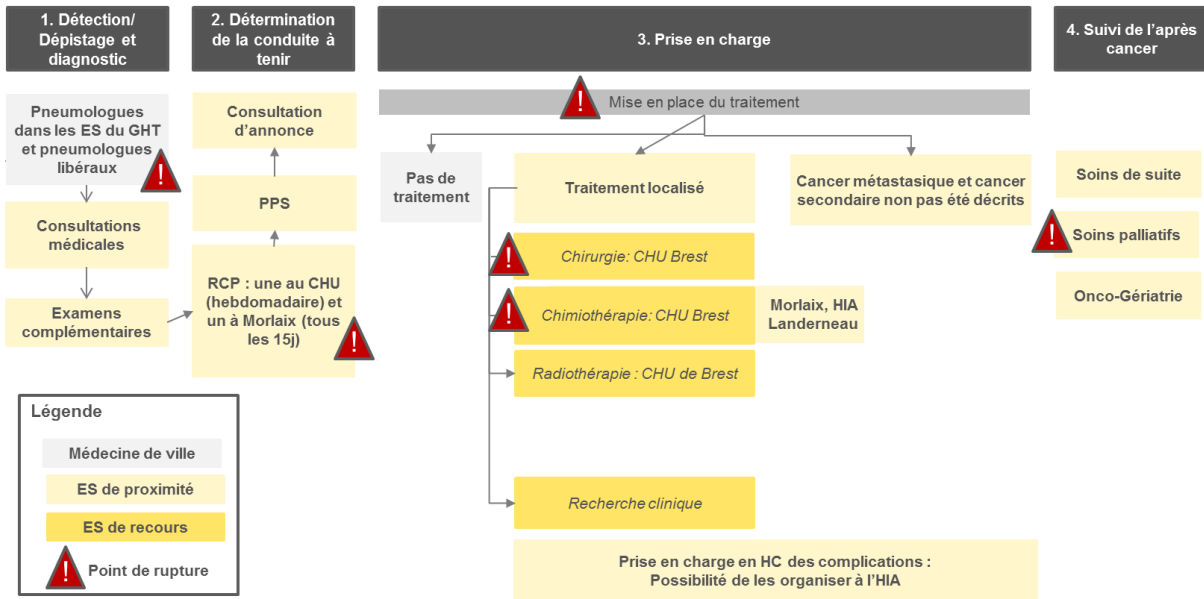


Figure 7 : Grandes étapes du parcours de prise en charge du cancer broncho-pulmonaire

MATRICE MOFF

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Partenariats très anciens pour de nombreuses localisations (RCP communes, ...). - Gradation des soins satisfaisante dans de nombreux parcours. - Toutes les typologies de prise en charge sont présentes sur le GHT : chirurgie, chimiothérapies, radiothérapies, curiethérapie, etc. - Des équipes de territoires dans certaines spécialités (urologie). - Recherche en cancérologie bien développée, construite dans une perspective territoriale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage (sein, colon) insuffisamment développé. - Concurrence importante du privé.
Menaces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du secteur privé sur le territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la filière publique. - Développement d'innovations thérapeutiques (recherche, CHIP, etc.)

REFERENCE AU PRS

Le PRS Bretagne promeut une approche graduée, intégrée et transversale de la lutte contre la maladie, au sens des plans cancers successifs et des critères de l'INCa :

- Le déploiement des plateformes territoriales d'appui, et la redéfinition des missions des réseaux régionaux de cancérologie ;
- Le développement des chimiothérapies orales, d'une manière générale, des traitements au domicile du patient ;
- Le développement de la médecine personnalisée : création d'outils de compréhension et d'interprétation des anomalies moléculaires qui ont entraîné la progression tumorale chez un individu ;
- La poursuite de l'amélioration de l'accès à l'innovation des médicaments anticancéreux : essais cliniques, programme AcSé (INCa) ou PROFILER39, etc.
- Le développement des soins de proximité : « la prise en charge des malades chroniques, une offre de proximité à conforter » ;
- Continuer à promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.

QUESTIONS PREALABLES

Certains points de ruptures ont été identifiés sur le parcours de soins **du cancer broncho-pulmonaire** :

- **Dépistage & Diagnostic** : cette étape du parcours patient n'est pas assez mise en avant par les établissements du GHT et donc peu visible pour les patients du territoire et leur médecin traitant,
- **RCP** : des patients quittent la filière au moment des RCP, du fait d'un adressage vers les chirurgiens libéraux,
- **Traitement chirurgical** : des patients diagnostiqués au sein du GHT ne sont pas opérés ensuite au CHRU et quittent la filière publique,
- **Chimiothérapies** : le retour du patient dans le CH à proximité de son lieu de vie bien qu'organisé n'est pas encore assez systématique,

- **Complications des traitements** : l'hospitalisation des complications et des effets indésirables des traitements est réalisée sur chaque site sans qu'il y ait de lits dédiés à l'hospitalisation des patients sujets à des complications,
- **Soins palliatifs** : les LISP sont répartis dans différents services au sein des établissements ce qui ne permet pas une organisation des soins coordonnés par une équipe dédiée.

A ces points de rupture s'ajoute un enjeu de démographie médicale : une partie des spécialistes va partir en retraite dans les prochaines années.

STRUCTURATION DE LA FILIERE ET DU PARCOURS IDEAL DU PATIENT

Avant le dépistage

La prise en charge d'un patient dans la filière publique dépend beaucoup de l'opinion du patient, de sa famille et de son médecin traitant, vis à vis des établissements. Ceci va donc au-

delà de la filière oncologique. La politique de communication autour des nouvelles activités et organisations est importante et doit valoriser l'ensemble public. Un des moyens pourrait être par exemple de développer « les Lundis de la Santé » en les étendant en visioconférence simultanément à Morlaix et peut être à Carhaix si les moyens techniques le permettent.

Des consultations pour aider chacun à identifier et prendre en charge ses facteurs de risques de cancer pourraient être un moyen de la politique de prévention du cancer.

Le dépistage (objectifs 1, 10, 11 du Plan Cancer 2014-2019)

Primaire : il est insuffisamment développé. La participation dépend de l'éducation des populations, la participation du GHT aux actions de promotion du dépistage est donc essentielle. Elle dépend également de la conviction des professionnels de santé qui seront amenés à répondre aux questions des patients. Ceci doit se faire dans le cadre de la formation aux métiers de la santé en lien avec la Faculté de Médecine et des IFSI de Brest et Morlaix ainsi que des étudiants du Service de Santé des Armées. Il est évident que cela passe par un développement des capacités endoscopiques mais aussi en réinvestissant le domaine de la mammographie, délaissé par le public sur l'ensemble du territoire et qui explique probablement une grande partie du flux vers le secteur privé. Par ailleurs, la réduction du risque par la promotion de l'activité physique telle que définie par l'InCa peut être portée par nos établissements.

La formation des professionnels au conseil sur l'activité physique est également une action de prévention primaire.

Secondaire (objectif 8 du Plan Cancer 2014-2019) : les dates de dépistages sont souvent dépassées par rapport à ce qui est conseillé aux patients. Or, convoquer un patient par un courrier n'est pas autorisé pour un médecin. En interne ou bien en s'aidant d'un partenaire comme le réseau Appui Santé Nord Finistère ou l'ADEC, il pourrait être mis en place un fichier aide-mémoire pour tout dépistage secondaire. Après recueil de la non-opposition du patient, son médecin l'inscrirait dans ce fichier avec la prochaine échéance d'examen. Quelques mois avant l'échéance le réseau enverrait un mail ou un courrier au patient afin de lui rappeler l'examen à faire avec un médecin de son choix (cette notion de libre choix est une obligation légale).

L'avant traitement

Pour prendre en charge un patient, il faut être joignable (objectif 2 du Plan Cancer 2014-2019). Un numéro unique par établissement doit pouvoir permettre à un médecin libéral d'entrer en contact facilement. Les modalités sont à définir pour supprimer les barrières de communication (IDE de programmation, médecin...).

Le diagnostic en un jour du cancer du sein ou de la thyroïde ne peut être généralisé du fait en particulier de l'absence d'anatomopathologistes en dehors du CHRU. La question de l'utilité du diagnostic en un jour se pose si les délais chirurgicaux sont trop longs à la suite. Le développement de liens forts entre les multiples spécialités intervenant dans la prise en charge du cancer est essentiel pour une action coordonnée efficace du diagnostic au traitement. Il est valorisant à tout point de vue de développer des hospitalisations de jour pour bilan pré-thérapeutiques. Ceci permettrait d'emblée la mise en contact avec le chirurgien et une programmation en amont de tout le processus décisionnel.

Faire mieux travailler les professionnels ensemble peut être l'objet d'une charte Qualité Oncologie Bretagne Occidentale (QOBO) (objectifs 2, 3 et 7 du Plan Cancer 2014-2019). Un contact entre oncologues et chaque spécialité d'interaction (radiologues, cardiologues, biologistes, etc.) doit permettre d'écrire clairement ce que sont les attentes des uns et des autres, basées sur les données acquises de la science. Les fiches rédigées par spécialité, validées par les spécialistes du territoire constitueront cette charte. Ainsi, les ressources seront mieux utilisées et les prises en charge accélérées.

Pour le cas particulier des traitements oraux, la prise en charge conjointe avec l'IDE de l'établissement est nécessaire de façon à aider la surveillance par un suivi téléphonique. Le bon usage du médicament et la sécurité que le patient attend légitimement s'améliorera aussi si une consultation d'éducation thérapeutique par le pharmacien se généralise.

Le traitement

Les capacités et organisations des hôpitaux de jour doivent s'améliorer pour réduire les délais trop longs de mise en traitement. Une évaluation médico-administrative est nécessaire.

La règle doit être la proximité dans le respect de la gradation des soins pour le confort des patients et le bon usage des transports.

Dès qu'un patient est opéré, l'oncologue qui le suit ou va le suivre doit être informé avant même la réception de l'anatomo-pathologie afin d'anticiper au mieux les programmations de rendez-vous et de réduire les délais de mise en traitement adjuvant par exemple. Ceci permet aussi un passage de relais continu au sein de la filière publique.

Dans le cadre des chimiothérapies d'urgence la priorité est le délai. La première cure doit pouvoir être faite dans le centre qui a la place la plus rapidement disponible, le patient rejoignant son centre d'origine à la suite.

Le logiciel CHIMIO est commun. Les protocoles doivent être uniformisés par un travail commun entre les pharmaciens afin de garantir les mêmes pratiques sur le territoire. Ce travail est déjà bien avancé.

Après le traitement

L'après cancer, un des objectifs majeurs du dernier Plan Cancer (objectif 9), est insuffisamment développé dans le territoire. Les notions d'activités physiques adaptées commencent à se développer, mais il n'y a par exemple aucun praticien formé en sexologie. Par ailleurs peu de Programmes Personnalisés de l'Après Cancer sont remis.

Il est démontré que l'activité physique adaptée améliore le pronostic de certains patients. Il est par ailleurs possible d'en prescrire depuis peu. Cette prise en charge est donc essentielle et est un traitement à part entière. Les premiers contacts dans le territoire ont eu lieu et un projet est en cours d'écriture avec pour objectif un début de prise en charge début 2018 au CHRU et au CHPM. La question de la disponibilité en temps des médecins formés en médecine du sport sera à travailler ainsi que la formation des IDE d'oncologie, appuyant là encore sur une nécessité commune de formation de celles-ci (objectif 4 du Plan Cancer 2014-2019).

Les soins palliatifs

Les lits sont dispersés et manquent de lisibilité dans tous les établissements. Il n'y a pas assez de professionnels formés.

Les fiches SAMU PALLIA sont insuffisamment utilisées, de même que les directives anticipées.

Les patients passent trop souvent aux urgences en cas de complication aiguë. En heure ouvrable, il faut privilégier les entrées directes. En dehors, un patient doit pouvoir être accueilli aux urgences et monter directement dans un lit où il serait vu par le médecin de garde pour les services. Ceci répondrait à une demande légitime des patients et des urgentistes.

Pour l'ensemble des spécialités, certains axes d'amélioration ont été identifiés :

- Renforcer le positionnement du GHT sur le dépistage dans le cadre d'une réflexion pluridisciplinaire : radiologues, endoscopistes, anatomo-pathologistes et/ou grâce à de nouvelles organisations : plateforme de dépistage unique, etc.
- Organiser les prises en charge en privilégiant les alternatives à l'hospitalisation : bilans d'extension et/ou pré-thérapeutiques, dépistage, chirurgie ambulatoire (sein par exemple), chimiothérapie, etc.
- Créer un label Qualité qui permette d'identifier pour chaque localisation tumorale le besoin d'expertises complémentaires (cardiologie, neurologie, ophtalmologie, odontologie, biologie, imagerie, etc.), notamment avant la mise en place d'un traitement et contractualiser avec ces spécialités l'accessibilité rapide à ces prises en charge/bilans.

Cas particulier du parcours du cancer broncho-pulmonaire :

- Dépistage & diagnostic : une communication adaptée sur cette filière pourrait améliorer la visibilité de l'offre publique auprès de la population et des médecins traitants. De plus, des actions de prévention dans les parcours patient au sein du GHT pourraient être développées, Finalement, les membres du groupe de travail souhaitent que le projet médical mette l'accent sur le dépistage des pathologies tumorales : il convient de renforcer le positionnement du GHT sur le dépistage,
- RCP : évaluer l'opportunité de regrouper les deux RCP (selon le nombre de dossiers présentés) et améliorer l'inclusion des patients au sein de la filière publique pour les autres étapes de la prise en charge,
- Traitement chirurgical : assurer que les patients diagnostiqués au sein du GHT soient opérés au CHRU,
- Chimiothérapies : deux axes de travail ont été identifiés, d'une part systématiser le retour du patient à proximité de son domicile pour les

chimiothérapies et d'autre part, trouver au niveau du territoire une réponse sur l'administration de chimiothérapies en urgence sur l'un des sites autorisés,

- Complications : une réponse collective au niveau du GHT pourrait être apportée avec moyens dédiés pour la prise en charge en hospitalisation complète des complications et des effets indésirables de traitement. L'HIA pourrait constituer une solution puisqu'il a déjà des coopérations avec les cliniques Pasteur et Keraudren sur ces situations,
- Soins palliatifs : afin d'améliorer les prises en charge, il est nécessaire de réfléchir à la répartition et au développement des LISP dans une logique de proximité pour les patients.

Indépendamment des axes d'améliorations afférents aux parcours patients par spécialité, d'autres actions vont être mises en place :

- La mise en place d'un label Qualité afin de valoriser la filière publique et de la rendre visible en termes de qualité et sécurité des soins et de prises en charge,
- Le développement de protocoles communs afin d'assurer une homogénéité de prises en charge sur le territoire.

POST-REQUIS

- **Organisation médicale (équipes médicales de territoire, répartition des effectifs médicaux, etc.)**
 - Renforcer les équipes en place pour pérenniser la filière,
 - Mobiliser les équipes territoriales autour de projets communs (label Qualité, recherche, gradation des soins),
 - Pérenniser, voire développer les consultations sur le territoire, notamment en assurant la communication entre les médecins.
- **Outils informatiques (dossier commun, imagerie,...)**
 - Les besoins d'accès à l'imagerie en particulier sont importants. Des outils sont en cours de développement pour consulter à distance les dossiers des patients du CHRU et du CHPM. La question des droits d'accès est encore à préciser,
 - Les messageries cryptées existent, mais sont encore sous-utilisées.
- **Equipements (nouvelle répartition, acquisition,...)**
 - A évaluer selon le contenu du label Qualité et des besoins afférents,
 - Acquérir des mammographes à Brest et à Morlaix pour développer le dépistage, en lien avec le recrutement de radiologues formés dans les deux services,

- Mettre en place des moyens à estimer pour les innovations thérapeutiques et les projets communs de recherche,
- **Impact en termes d'autorisation d'activité par site**
 - Maintenir les sites autorisés en oncologie.
- **Evolution des pratiques professionnelles**
 - Développer la recherche sur le territoire en associant l'ensemble des établissements du GHT, en particulier en utilisant les moyens du GCS RIMBO. Une gradation des essais thérapeutiques permettrait de traiter des patients dans leur centre d'origine pour les essais à recrutement large. Pour les essais impliquant la première administration chez l'homme ou des maladies moins fréquentes, le CHRU resterait le centre référent. Le retour financier pour les établissements adressant un patient pour inclusion dans un essai est à étudier.
 - Communiquer auprès des libéraux et du grand public :
 - sur les techniques et activités réalisées
 - sur la filière publique dans son ensemble : spécialités, qualité de prise en charge, etc.
 - sur la recherche et l'innovation thérapeutique,
 - Organiser une rencontre entre les acteurs du territoire afin d'identifier les besoins à intégrer dans le contenu du label Qualité et formaliser le fonctionnement actuel. Un contact annuel doit vérifier et valider le contenu de la charte en fonction de l'évolution des données de la science et des moyens locaux.
 - Formaliser les protocoles communs de prise en charge sur l'ensemble des établissements du GHT,
 - Définir l'organisation à mettre en place pour décliner concrètement ces protocoles (dimensionner les services et moyens selon ces protocoles).

MISE EN OEUVRE

Orientation stratégique	Organiser les parcours territoriaux en oncologie en définissant la place de chaque équipe dans le parcours
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Description des parcours et identification des points de rupture • Pallier les points de ruptures identifiés
Actions à court terme (6 mois – 1 an)	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser l'ensemble des parcours identifiés comme prioritaires: broncho-pulmonaire, sein, gynécologie, colon-rectum, prostate, œsophage-estomac.
Actions à long terme (5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'attractivité des établissements du GHT sur la prise en charge oncologique grâce notamment à des actions de communication (auprès des libéraux et du public) sur les techniques et activités réalisées. • Renforcer le positionnement du GHT sur le dépistage (entrée de la filière) grâce à une équipe pluridisciplinaire: radiologues, endoscopistes, anatomo-pathologistes, etc. • Renforcer/Compléter les équipes en places pour pérenniser la filière.

Orientation stratégique	Consolider les démarches qualité (label qualité) et le développement de protocoles communs (avec les services de biologie, d'imagerie, oncogériatrie, ...)
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Déterminer le contenu du label qualité</u> : mise en place d'une équipe pluridisciplinaire, renforcement des dispositifs d'accompagnement dans les établissements, etc. • <u>Formaliser les protocoles communs de prise en charge sur l'ensemble des établissements du GHT</u>
Actions à court terme <i>(6 mois – 1 an)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser une première réunion par localisation entre oncologues, radiologues, radiothérapeutes, chirurgiens, biologistes, anatomo-pathologistes afin d'identifier les besoins et de formaliser le fonctionnement actuel. • Organiser une rencontre annuelle des acteurs de l'oncologie qui doit permettre de faire vivre la charte Qualité en fonction de l'évolution des moyens techniques et des données de la science. Ce serait également le lieu de la mise à disposition de données statistiques pertinentes. • Organiser annuellement une rencontre d'un comité des usagers de l'oncologie entre les représentants des oncologues et ceux des professionnels libéraux et des associations, pour mieux comprendre les attentes et permettre des adaptations utiles. • Ecrire les protocoles communs de prises en charge et les règles de bonnes pratiques. • Assurer le relai de l'information à destination des spécialistes libéraux qui adressent leurs patients aux établissements du GHT, pour favoriser la fidélisation des praticiens libéraux. • Définir l'organisation à mettre en place pour décliner concrètement ces protocoles : centraliser l'ensemble des consultations, examens sur un ou deux jours (en hôpital de jour de préférence).
Actions à long terme <i>(5 ans)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Valider les protocoles de prises en charge établissement par établissement. • Dimensionner les services et moyens selon les protocoles communs de prise en charge en favorisant l'hôpital de jour • Recruter par établissement une personne chargée de la coordination de la prise en charge: création d'une véritable feuille de route pour le patient (contacts privilégiés, organisation des consultations, etc.)

Orientation stratégique	Consolider la politique de recherche territoriale (essais thérapeutiques, patienthèque, ...)
Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la recherche sur le territoire en associant l'ensemble des établissements du GHT. • Mobiliser les équipes territoriales autour de projets communs de recherche. • Promouvoir auprès des patients la recherche et l'innovation thérapeutique. • Renforcer les effectifs de l'Unité de recherche clinique en cancérologie du CHRU, pour renforcer la politique territoriale d'accès aux innovations thérapeutiques.

<p>Actions à court terme</p> <p><i>(6 mois – 1 an)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un comité territorial de l'innovation en oncologie qui étudierait les demandes d'investissement concernant la spécialité afin de conseiller les directions en priorisant les projets en fonction des besoins et en proposant leur localisation dans le territoire. • Faire évoluer les fiches RCP afin d'assurer un meilleur taux d'inclusion dans les essais thérapeutiques • Communication institutionnelle auprès du public et des libéraux • Identifier pour chaque démarche de recherche ou pour la mise en place de nouvelles thérapeutiques la possibilité d'associer les partenaires du GHT. • Mise en place de la patienthèque territoriale, notamment pour le cancer Œsophage Estomac, permettant d'impulser une action commune et fédérative de collaboration scientifique du GHT dans son ensemble.
<p>Actions à long terme</p> <p><i>(5 ans)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer et mettre en place la patienthèque de territoire (quels objectifs, quels moyens, outils et ressources à mobiliser). • Développer la chimiothérapie orale sur le territoire : où et selon quels protocoles, quel accompagnement des patients (éducation thérapeutique), quelle organisation du suivi, etc. • Adopter une politique territoriale en matière de financement et de délivrance de molécules bénéficiant d'une AMM sans remboursement.

EVALUATION ET ACTUALISATION

Les indicateurs suivants seront étudiés : volume d'activité et suivi des parts de marché en cancérologie (dépistage, chirurgie, chimiothérapie), évolution de la DMS par site, suivi des RCP et du maintien des patients dans la filière publique, nombre de protocoles de prise en charge territoriaux (label qualité), suivi de nombre de protocoles de recherche, développement de l'HAD, mesure de la satisfaction des patients.

FILIÈRE PERINATALITE-PEDIATRIE

PILOTE ET GROUPE

Responsables de la filière	Dr Gisèle GREMMO-FÉGER (responsable), Dr Delphine BRIEND-ROBIN (suppléante)
Membres du groupe	Pr Sylvain BROCHARD, Dr Jean-Paul CHANIER, Dr Thomas DAILLAND, Pr Loïc de PARSCAU, Dr Lionel DESSOLLE, Pr Philippe MERVIEL, Mme Hélène NICOLAS, Pr Jacques SIZUN Référents DIM : Dr Jean-Michel Cauvin et Dr Dominique Tiennot Directeur référent : M. Gwendal Maringue
Dates de réunion	15 septembre et 13 octobre 2016, 6 février 2017

CONTEXTE

DEFINITION DE LA FILIERE

La **périnatalité** recouvre **toutes les activités** autour de la **grossesse** et de la **naissance**, et **plus particulièrement** les activités de :

- Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale
- Assistance médicale à la procréation et diagnostic prénatal
- Orthogénie, Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

La **pédiatrie** recouvre **toutes les activités** autour de **l'enfant** et de **l'adolescent** :

- Médecine et chirurgie
- HC, HJ, consultations spécialisées, urgences, SSR

CONTEXTE REGIONAL ET NATIONAL DE LA PATHOLOGIE

Depuis 2011, la France, la Bretagne et le Finistère enregistrent une **baisse significative** de la **natalité**, avec en 2015 respectivement : 800 000/ 33 700 / 8 480 naissances.

Le nombre des naissances dans le Finistère est passé en dessous du seuil de 9 000 naissances annuelles pour la 1^{ère} fois en 2014 (voir ci-dessous données RPBO). Cette baisse se poursuit avec pour le Finistère en 2015 (- 4.9%), en 2016 (- 3.5%).

Sur site	CHRU Brest	CH Morlaix	CH Landerneau	Polyclinique Keraudren	Clinique Pasteur	Clin St Renan	CH Carhaix	CH Quimper	Pont-L'Abbe	Clin SMSA	Hors sites	TOTAL Sur site
2000	1605	837	598	1880	1428	418	337	1541	123	1393		10 160
2001	1577	777	573	1833	1370	401	345	1647	51	1286		9 860
2002	1456	769	505	2069	1231	176	334	1751		1214		9 505
2003	1760	841	553	2155	1032		293	1807		1200		9 641
2004	1798	801	588	2265	1037		277	1803		1146		9 715
2005	1745	696	661	2221	1010		290	1844		1068		9 535
2006	1965	841	678	2131	977		302	1926		1077	25	9 897
2007	1930	745	676	2255	896		245	1975		999	17	9738
2008	1982	844	699	2024	907		225	2107		950	29	9767
2009	1959	807	675	1926	925		238	2003		931	35	9464
2010	2066	785	640	1999	871		236	2227		839	21	9663
2011	1978	797	659	1910	853		214	2148		760	25	9319
2012	1926	716	676	1981	936		229	2166		684	24	9314
2013	1915	715	643	1899	859		254	2723			32	9008
2014	1910	654	628	2335	400		276	2669			31	8872
2015	2002	610	641	2495			226	2475			35	8449
2016	2133	600	560	2185			240	2483			33	8201

Tableau 1 : Nombre de naissances dans le Finistère entre 2000 et 2016

La **démographie médicale** est **préoccupante** pour **toutes les spécialités** concernées par la **périnatalité** dans le TS1 (*données DEMOPS 2014 ARS*). On constate une **faible attractivité** des sites ayant une activité faible.

On note une forte **sur-spécialisation** des **pédiatres** en niveau 3, une offre insuffisante en pédiatrie libérale notamment sur le bassin morlaisien et en Centre Bretagne ; il y a également des difficultés de recrutement de pédiatre spécialisé pour les structures de SSR, les CAMSP, SESSAD et IME.

En gynécologie-obstétrique, à l'exception de la ville de Brest, l'offre de soins est concentrée dans les CH.

Incidence :

- Augmentation des pathologies chroniques de l'enfant et notamment des cancers, du diabète, de l'obésité et de l'asthme.
- 3500 enfants sont suivis en **CAMSP** en Bretagne.

RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE

PLANS NATIONAUX, CIRCULAIRES (non exhaustif) :

- **Périnatalité**
 - Décrets n°98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998
 - Arrêté du 25 mars 2000
 - Plan périnatalité 2005-7

- Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité
- Recommandations HAS « Qualité et sécurité de soins dans le secteur de naissance » (mars 2014)
- Instruction du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans le cadre régional
- **CPDPN et AMP**
 - Circulaire DGS/DHOS/2B/O4 n° 2007-116 du 28 mars 2007
 - Arrêté du 1^{er} juin 2015 déterminant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux CPDPN
- **Oncopédiatrie**
 - Circulaire DHOS/O n° 2004-161 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique
 - Décret du 21 mars 2007, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
 - Critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans (INCA)
- **CRTA**
 - Circulaire DHOS N°2001-209 du 4 mai 2001
 - Circulaire DGOS/R5/2011/311 du 1^{er} août 2011
- **Mort inattendue du nourrisson**
 - Circulaire DGS/DH/225/2B du 14 mars 1986, recommandations HAS 2007
- **Lactarium**
 - Décret n° 2010-805 du 13 juillet 2010 relatif aux missions, à l'autorisation et aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums
- **Transports**
 - Circulaire DHOS/01/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-né, de nourrissons et d'enfants.

ORGANISATION REGIONALE

EN PERINATALITE

L'organisation régionale est conforme au PRS actuel avec, pour le territoire du GHT, quatre maternités publiques et une maternité privée, fonctionnant au sein d'un réseau de périnatalité structuré (RPBO) selon une offre de soins graduée effective permettant une bonne adéquation entre la prise en charge et le niveau de risque materno-fœtal. Le CHRU assure l'activité de recours au travers de son plateau technique et de ses unités spécialisées (CPDPN, suivi des grossesses à haut risque, réanimation, néonatalogie, chirurgie néonatale, génétique médicale, radiologie interventionnelle).

Il existe **quatre maternités de niveau 3** en Bretagne : les CHRU de Brest et de Rennes, les CH de St Briec et de Vannes.

EN PEDIATRIE

Le CHRU de Brest et le CHPM disposent d'une offre d'hospitalisation et de consultations. Le CHRU assure l'activité de recours au travers de son plateau technique et de ses unités spécialisées (réanimation, soins intensifs, oncologie pédiatrique, voir autorisations et compétences ci-dessous).

La plupart des **spécialités pédiatriques** sont organisées au niveau régional ou interrégional avec des RCP en visioconférence toutes 1 à 4 semaines selon les spécialités :

- Onco-hémato-immunologie, neuropédiatrie, néphrologie, maladies héréditaires du métabolisme, endocrinologie, hépato-gastro-entérologie, pneumologie pédiatriques etc. en gardant toujours pour principe que l'enfant est pris en charge dans la structure la plus proche de son domicile ayant le niveau de soin adapté à ses besoins.

Il y a **deux sites de réanimation pédiatrique** en Bretagne :

- Le CHRU de Brest et le CHU de Rennes.

Certaines activités pédiatriques sont assurées par des **centres de recours** :

- **Rennes** pour la neurochirurgie pédiatrique qui est organisée selon le SIOS en date du 17 septembre 2015 et dont les deux points principaux sont que :
 - Les équipes du CHRU de Brest assurent la prise en charge des urgences traumatologiques de l'enfant ainsi que des urgences non transférables.
 - En dehors de ces pathologies, le CHU de Rennes reste le centre de référence en neurochirurgie pédiatrique et prend en charge les enfants adressés au CHRU de Brest.
- **Nantes** pour l'hémodialyse, l'hémofiltration, l'ECMO, la prise en charge des brûlés et la transplantation rénale.
- **Paris ou (Nantes)** pour la chirurgie cardiaque.

Les liens entre centres sont facilités par l'existence d'un **SMUR pédiatrique spécialisé** reposant sur l'équipe médicale et paramédicale de réanimation-néonatalogie du CHRU de Brest et coordonné par le SMUR 29.

EVOLUTION DES PRATIQUES

Les orientations principales concernent :

- **La réduction** probable de la **durée de séjour en maternité**. Avec l'expérimentation du suivi à domicile dans le cadre du dispositif PRADO, on peut s'attendre à une poursuite de la réduction de la durée de séjour en maternité des grossesses et accouchements physiologiques, avec actuellement une moyenne de 3 jours pour les naissances par voie basse et de 4 jours pour les naissances par césarienne.
- La prise en charge de la **prématurité** à des **âges gestationnels plus faibles** (24-25 SA), avec pour conséquence une augmentation prévisible de la durée de séjour en réanimation néonatale et en néonatalogie, effet potentiellement et partiellement compensé par le développement d'une éventuelle structure d'HAD néonatale

- Une diminution possible des séjours en pédiatrie dans l'hypothèse du développement d'une HAD pédiatrique.
- Une augmentation de la prise en charge en hôpital de jour, consultations externes et à domicile en dehors d'un contexte d'urgence.

INCIDENCE DES DUREES DE TRANSPORT

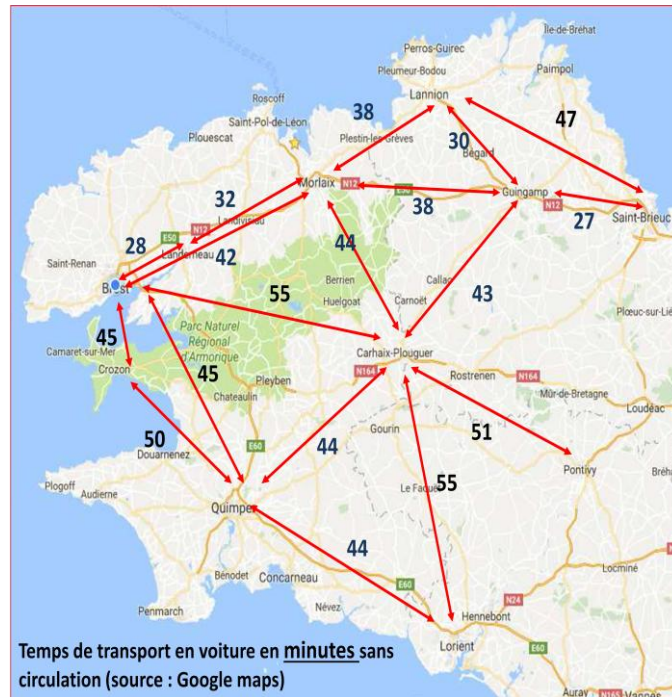


Figure 1 : Eloignement géographique des différents sites de prise en charge

CONVENTIONS EXISTANTES ENTRE ETABLISSEMENTS

- Transfert anténatal des patientes relevant d'un niveau III (RPBO)
- Consultations pédiatriques du CHPM à Carhaix : présence aléatoire selon disponibilité des médecins du CHPM, dépendante du nombre de postes pourvus
- Consultation de chirurgie pédiatrique viscérale du CHRU au CHPM (1/mois) et au CHBS (1/mois)
- Consultation de chirurgie pédiatrique viscérale du CHIC au CHRU (2 vacances/semaine)
- Consultation de chirurgie pédiatrique orthopédique au CHIC (1/semaine)
- Consultation de chirurgie pédiatrique orthopédique à PERHARIDY (1/semaine ?)
- Consultation de cardiologie pédiatrique du CHRU au CHIC (1/ semaine)
- Consultation de génétique médicale au CHBS (2/mois)
- Consultation de génétique médicale au CHIC (1/2 mois)
- Consultation d'oncogénétique au CHBS (1/2 mois)
- Consultation de diabétologie pédiatrique du CHRU au CHIC (1/semaine)
- Consultation de neuropédiatrie au centre de TOUL AR HOUAT (2/semaine)
- Convention lactarium CHRU de Brest avec le CHPM, le CHIC le CHBS et ILDYS.

LIEUX

Etablissements	Autorisations	Spécialités	Unités spécialisées
CHRU site de Brest	<ul style="list-style-type: none"> - CPDPN - AMP - CRMR - Périnatalité niveau 3 - Réanimation et soins continus pédiatriques - Oncologie pédiatrique - HDJ de pédiatrie - Mort inattendue du nourrisson - Éducation de l'enfant, l'adolescent et sa famille dans l'obésité - SSR pédiatrique - Lactarium à usage interne et externe 	<ul style="list-style-type: none"> - AMP - CPDPN - Gynécologie - Obstétrique - Pédiatrie - Génétique médicale - Néonatalogie - Réanimation pédiatrique - Soins palliatifs pédiatriques - Chirurgie néonatale - Chirurgie pédiatrique - SSR pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> <i>GHR</i> <i>SIG</i> <i>USC néonatale</i> <i>USC pédiatrique</i> <i>Réanimation néonatale</i> <i>Réanimation pédiatrique</i> <i>Néonatalogie</i> <i>HDJ pédiatrique</i> <i>SSR pédiatrique</i>
CH de Landerneau	<ul style="list-style-type: none"> - Périnatalité niveau 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Gynécologie - Obstétrique 	
CHPM	<ul style="list-style-type: none"> - Périnatalité niveau 2 - HDJ de pédiatrie - Éducation de l'enfant, l'adolescent et sa famille dans l'obésité 	<ul style="list-style-type: none"> - Néonatalogie - Pédiatrie - Gynécologie - Obstétrique 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Néonatalogie</i> <i>HDJ pédiatrique</i>
CHRU site de Carhaix	<ul style="list-style-type: none"> - Périnatalité niveau 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Gynécologie - Obstétrique 	
Fondation ILDYS	<ul style="list-style-type: none"> - SSR pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> - SSR pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> <i>SSR pédiatrique</i>

ACTIVITE

FLUX

Pour Brest, le suivi des grossesses et les accouchements se répartissent de façon à peu près équivalente entre le site de Morvan et la clinique de Kéraudren.

En pédiatrie, le site d'hospitalisation principal et de recours est le CHRU.

A la suite de l'hospitalisation, les patients retournent à domicile, vont en SSR, ou sont transférés dans l'établissement d'origine.

ACTIVITE DE CHAQUE CENTRE

1. En périnatalité

Naissances	2013	2014	2015	2016
CHRU Brest	1 917	1 921	2010	2145
CHRU Carhaix	255	276	228	240
CHPM	715	654	610	600
CH Landerneau	643	628	642	560

Tableau 2 : Activité de périnatalité au CHRU de Brest, au CHPM et au CH de Landerneau

CMD 14 - Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	CHRU BREST		CH MORLAIX		CH LANDERNEAU	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Nombre de RSS dans la période	3 796	3 629	980	950	792	937
dont ambulatoire	828	660	204	168	165	185
dont hospitalisation complète	2 968	2 969	776	782	627	752
DMS des séjours en hospitalisation complète	4,96	4,8	4,5	5,04	3,28	3,3
IP-DMS (PMSI-pilot)	1,10	1,08	1,07	1,16	0,97	0,97
CMD 15 - Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	CHRU BREST		CH MORLAIX		CH LANDERNEAU	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Nombre de RSS dans la période	2 492	2 367	618	632	551	644
dont ambulatoire	34	42	9	11	5	6
dont hospitalisation complète	2 458	2 325	609	621	553	638
DMS des séjours en hospitalisation complète	6,59	6,74	4,74	5,41	3,8	3,82
IP-DMS (PMSI-pilot) tous séjours confondus	1,00	1,01	1,11	1,19	1,01	1,01
Actes en externe	CHRU BREST		CH MORLAIX		CH LANDERNEAU	
9,1,2 Echographie de l'utérus gravide	2016	2015	2016	2015	2016	2015
JNQM001 écho non morph. grosS av. 11semaines aménorrhée	1757	1551	206	139	336	403
JQQJ037 mesure de la longueur du canal cerv. col ut. par é	191	142	87	79	43	35
JQQM001 écho croissance	309	206	407	260	386	424
JQQM002 écho 1grosS uniq. +doppler MF pr souffrance foetal	576	44	3	8	3	30
JQQM003 écho croissance +doppler MF	368	673	59	54	52	21
JQQM007 écho 1grosS multifoet. +doppler MF pr souffrance f	79	21	1	8	0	0
JQQM008 écho +hémodynamique doppler coeur +des vssx intrat	507	360		1	0	2
JQQM010 écho morpho uniq. 1er trim.	1192	503	375	274	360	427
JQQM015 écho morpho multiembry. 1er trim.	50	36	6	2	3	2
JQQM016 écho morpho uniq. 3ème trim.	1149	533	353	241	338	379
JQQM017 écho morpho multifoet. 3ème trim.	61	56	3	4	0	1
JQQM018 écho morpho uniq. 2ème trim.	1217	430	330	258	346	501
JQQM019 écho morpho multifoet. 2ème trim.	121	113	1	4	0	0
ZCQM007 écho pelvis féminin pr surv. ovulation	2626	2008		4	0	0
ZCQM009 doppler pelvis féminin pr surv. ovulation	4	3		1	0	0
Total général	10207	6679	1831	1337	1867	2225

Tableaux 3, 4 et 5 : Activité pour les CMD 14, 15 et 16 du CHRU, du CHPM et du CH de Landerneau

2. En pédiatrie

Séjours pédiatrique (Patients de 16 ans et moins, hors CMD14-15 - Périnatalité) Année 2015 - Territoire de santé 1										
Activité des établissements de santé du territoire de santé 1										
HOSPITALISATIONS COURT-SEJOUR										
Source: bases nationales MCO 2015										
Activité globale										
	NbSejours	Dt Ambulatoire*	Duree (nb nuits)	Supplement Rea	Supplement ReaPed	Supplement Soins intensifs	Supplément Surveillance Continue	Supplément NeoNat	Supplément t Si NeoNat	Supplément Rea NeoNat
CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL BAIE DE MORLAIX	356	275	103	-	-	-	-	-	-	-
CH DES PAYS DE MORLAIX	1 795	413	3 218	-	-	-	2	187	-	-
CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	365	280	138	-	-	-	-	-	-	-
CHM DE ROSCOFF SITE DE PERHARIDY	168	164	14	-	-	-	-	-	-	-
CHU BREST	8 487	3 300	15 672	44	513	180	1 478	310	197	19
CLINIQUE DU GRAND LARGE	698	620	87	-	-	-	3	-	-	-
CLINIQUE PASTEUR-SAINT ESPRIT	1 241	1 161	116	-	-	-	-	-	-	-
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE	161	115	106	1	-	1	-	-	-	-
POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	1 196	939	508	-	-	1	7	4	-	-
Total	14 467	7 267		45	513	182	1 490	501	197	19

*Ambulatoire : Séjours en hospital de jour ou séance.

Dénombrement des séjours selon leur type (CAS)

Séjours Ambulatoires (0 nuit)

	C : Chirurgie	K : Peu Invasif	X : Médical	S : Séances	Total général
CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL BAIE DE MORLAIX	190	77	8		275
CH DES PAYS DE MORLAIX	107	95	185	26	413
CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	155	119	6		280
CHM DE ROSCOFF SITE DE PERHARIDY			164		164
CHU BREST	931	355	1 395	619	3 300
CLINIQUE DU GRAND LARGE	346	254	20		620
CLINIQUE PASTEUR-SAINT ESPRIT	995	150	16		1 161
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE	14	79	22		115
POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	262	656	20	1	939
Total général	3 000	1 785	1 836	646	7 267

Séjours conventionnels (1 nuit et plus)

	C : Chirurgie	K : Peu Invasif	X : Médical	Total général
CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL BAIE DE MORLAIX	75	2	4	81
CH DES PAYS DE MORLAIX	131	6	1 245	1 382
CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	61	2	22	85
CHM DE ROSCOFF SITE DE PERHARIDY			4	4
CHU BREST	819	67	4 301	5 187
CLINIQUE DU GRAND LARGE	75	1	2	78
CLINIQUE PASTEUR-SAINT ESPRIT	68	7	5	80
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE	21		25	46
POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	187	17	53	257
Total général	1 437	102	5 661	7 200

HOSPITALISATIONS MOYEN-SEJOUR

Source: bases nationales SSR 2015

	Nbsejours	NbJoursPrésence
CHM DE ROSCOFF SITE DE M DONNART	355	6 732
CHM DE ROSCOFF SITE DE PERHARIDY	688	12 556
CHM DE ROSCOFF SITE DE TY-YANN	441	7 524
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE	1	5
MEACS CROZON	68	1 012
Total général	1 553	27 829

Tableaux 6, 7, 8 et 9 : Activité de pédiatrie sur le TS1

ACTIVITE DE RECHERCHE CLINIQUE

Sur l'ensemble des 7 maternités du Finistère :

- HEMOTHEPP (étude institutionnelle de soin courant)

Au CHRU de Brest

- Gynéco-obstétrique (en dehors des protocoles de chirurgie/oncologie) : 7 protocoles d'obstétrique et 4 en aide médicale à la procréation.
- Pédiatrie :
 - Oncologie pédiatrique : inclusion de tous les patients dans des protocoles thérapeutiques nationaux
 - Maladies neuromusculaires de l'enfant (en lien avec le LaTIM INSERM UMR 1101M)
 - Participation à de nombreux protocoles de recherche cliniques nationaux ou interrégionaux spécifiques à chaque spécialité
- Réa-Néonatal :
 - Soins centrés sur la famille: Peram-Qual (PHRIP), IBAIP (PHRC), VINCI (PREPS)
 - Protocoles nationaux : Epipage 2, Diacord

ACTEURS**MEDECINS SUR CHAQUE SITE**

Etablissement	Gynécologie Obstétrique Chir. gynéco. AMP	Réanimation Néonatalogie Maternité	Pédiatrie générale et spécialisée Urgences Péd. Génétique médicale	Chirurgie néonatale et pédiatrique
CHRU Brest	13,6 ETP 1 PU-PH, 2 CCA = 1,5 ETP 8 PH = 7,4 ETP MAD PH = 0,1 ETP 5 ASP = 2,5 ETP 3 PA = 1,1 ETP + 1 ETP en GCS	10,3 ETP dont 0,5 MAD pour Landerneau 1 PU-PH, 1 PHU, 1 CCA = 1,5 ETP 9 PH = 8,8 ETP	18,5 ETP 1 PU-PH, 1 CCA = 1 ETP 7 PH = 6,1 ETP 2 PC = 1,7 ETP 4 PA = 1,1 ETP 2 ASP = 1,4 ETP 5,4 ETP urgences 1,8 ETP génétique	5,7 ETP 1 PU-PH, 2 CCA 1 MCU-PH = 1,6 ETP 4 PH = 3,8 ETP MAD PH = 0,2 ETP PA = 0,1 ETP
CHRU Carhaix	3,6 ETP théorique mais non pourvu + praticiens (contrat ou intérim) ne faisant que des gardes	0,3 PA (MG)		
CHPM	4 ETP 3,5 PH et 1 ASP à 0,5 + intérim	3 à 5 ETP (selon nombre de postes pourvus) 4 PH et 1 à 2 ASP à 0,5		
CH Landerneau	5,3 ETP PH=3,8 ETP, PA=0,5 ASP=1	0,5 ETP (MAD par Brest)		

Tableau 10 : Effectif médical en périnatalité et pédiatrie du GHT (Données actualisées en mai 2017, sans distinction de la participation ou non à la permanence des soins)

COMPETENCES PARTICULIERES

Le CHRU Site de Brest est centre de **Référence/Compétence** pour :

- CPDPN (R)
- AMP (R), préservation de fertilité, don de sperme
- CRM (R)
- CRTA (R)
- Mort inattendue du nourrisson (R)
- Maladies neuromusculaires (R)
- Déficience intellectuelle (R)
- Enfants HPI
- Oncologie pédiatrique (C)
- Épilepsies rares (C)
- Pathologie du cervelet, AVC (C)
- Maladies héréditaires du métabolisme (C)
- Maladies rénales rares (C)
- Maladies endocriniennes rares (C)
- Déficits immunitaires héréditaires (C)
- Cytopénies auto-immunes et globules rouges (C)
- Embolisation en cas d'HPP (C)
- Oncogénétique
- Réanimation néonatale et pédiatrique
- Soins palliatifs pédiatriques (réseau La Brise)
- Chirurgie du rachis de l'enfant
- SSR pédiatrique
- Soins de développement / NIDCAP (centre de formation)
- CESIM : réanimation en salle de naissance

Des consultations de **pédiatrie spécialisées** sont organisées en cardiologie (CHRU), endocrinologie, diabétologie et obésité (CHRU, Morlaix), pneumologie (CHRU, Morlaix), neuropédiatrie (CHRU, Morlaix), néphrologie et métabolisme (CHRU), gastro-entérologie (CHRU), cardiopédiatrie, oncologie, immunologie hématologie, rhumatologie (CHRU).

Des consultations de **génétique médicale** sont organisées (conseil génétique, diagnostic anténatal, maladies rares, dysmorphologie, oncogénétique).

Des consultations de **GO spécialisées** sont organisées en endométriose (CHRU), pathologie vulvaire (CHRU), ménopause, gynécologie pédiatrique et adolescente (CHRU), Sport santé au Féminin (CHPM).

ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

CHRU Brest	CHRU Carhaix	CHPM	CH Landerneau	Ty YANN
<p>Gardes</p> <ul style="list-style-type: none"> - GO : senior + interne - UP : senior + interne chir + interne médecine - Réa néonatal et ped: senior + interne - MAR : senior + interne <p>Astreintes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transports péd : 1 - Senior chir péd : 2 <p>Astreintes non officialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncopédiatrie avec planning - Senior chir Gynéco sans planning 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 garde GO senior - Pas d'astreinte pédiatrique hors SAMU - MAR : senior 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 garde GO senior - 1 astreinte pédiatrique (UP et maternité) - MAR : senior 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 garde GO senior - Pas d'astreinte pédiatrique hors SAMU - MAR : senior 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 astreinte senior ped

Tableau 11 : Organisation de la permanence des soins en périnatalité et pédiatrie du GHT

DEMOGRAPHIE MEDICALE DANS LES DISCIPLINES CONCERNEES

Il y a une faible densité en GO dans le TS1 (*données DEMOPS 2014-ARS*). Le nombre de GO, pédiatres et MAR est insuffisant pour répondre aux besoins de la permanence des soins dans l'ensemble des établissements. Pour les GO, le choix d'une garde sur place plutôt que d'une astreinte dans les établissements pratiquant un faible nombre de naissances (CHPM, Carhaix, Landerneau) avec lendemain de garde en « repos de sécurité » est à l'origine d'une consommation importante de temps médical dans cette discipline. Le recours à l'intérim est donc élevé en obstétrique sur les trois sites hors Brest.

L'activité des pédiatres est concentrée dans les CH et le CHRU. En effet, il y a moins de 10 pédiatres installés en libéral à Brest. Il existe un cabinet de pédiatrie libérale avec 3 pédiatres à Landerneau, et 1 pédiatre à Plabennec ; une installation en pédiatrie libérale est également prévue en juin 2017 à St Renan. L'offre pédiatrique libérale à Morlaix est très modeste (0,5 ETP) ; à noter une installation récente à Plouvorn (20 minutes de Morlaix).

L'offre gynécologique libérale est également très limitée en dehors de la ville de Brest. Il existe un cabinet de gynécologie-obstétrique à Landerneau, avec un gynécologue-obstétricien participant à la permanence des soins au sein du service de gynécologie-obstétrique du CH de Landerneau, un gynécologue-obstétricien à Lesneven, et un seul gynécologue médical à Morlaix.

Par contre on observe une augmentation significative des installations de sages-femmes libérales liée en partie au développement du dispositif PRADO. L'élargissement des compétences des sages-femmes permettant le suivi gynécologique de prévention pour la femme en bonne santé, la réalisation d'IVG médicamenteuses sous réserve de convention avec un établissement public de santé, participent à l'accroissement de l'offre de soins sur le territoire.

REUNIONS DE CONCERTATION

- CPDPN hebdomadaire (CHRU Brest)
- AMP hebdomadaire (CHRU Brest)
- Staff psycho-social en périnatalité (Obstétrique, PMI, Addictologie, Pédiopsychiatrie) /mensuel
- Suivi des nouveaux-nés vulnérables (Néonatalogie-CAMPS-PMI)/mensuel
- Neuropédiatrie (Brest-Morlaix) hebdomadaire
- Consultation multidisciplinaire neuromusculaire (CHRU Brest)/mensuel
- Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dans la plupart des spécialités pédiatriques en visio- conférences à un rythme allant de 1 à 4 par mois, à une échelle variant du territoire à l'ensemble de l'inter région HUGO

RESEAUX

Il existe le réseau Périnatalité de Bretagne Occidentale, et un réseau d'aval pour enfants vulnérables.

UTILISATION DE LOGICIELS PARTICULIERS

- Euronéonet Base de données européennes (AG < 32 SA ou PN < 1500g)
- Gensource (Génétique médicale)
- Médifirst (AMP)
- MoLactarium
- Viewpoint (CPDPN)

PARCOURS DE SOINS

A PARTIR DE LA MEDECINE DE VILLE, GENERALE OU DE SPECIALITE, ET DES URGENCES DE SITE

En obstétrique, Les femmes enceintes viennent spontanément dans le CH ou CHU de leur choix. Concernant le suivi échographique, chaque centre propose des échographies diagnostiques ; en cas de nécessité la patiente est adressée au centre de référence qui est le CPDPN du CHRU. Un transfert anténatal vers le niveau III de référence est effectué en cas de nécessité pour la prise en charge de pathologie maternelle et/ou fœtale.

Aux urgences pédiatriques, les enfants sont pris en charge dans le service d'urgences le plus proche ; il y a quatre services d'urgence dans le territoire dont une unité d'urgences pédiatriques, une unité d'urgences polyvalentes avec intervention pédiatrique et hospitalisation sur site si besoin (Morlaix) et 2 unités d'urgences polyvalentes (Landerneau et

Carhaix). Selon le niveau de gravité, un contact, voire un transfert, est organisé dans le service d'urgences du CHRU ou du CH des Pays de Morlaix.

En dehors du contexte d'urgence, le territoire dispose de deux équipes médicales pédiatriques hospitalières résidant sur deux sites : Brest et Morlaix. Le CHRU assure l'activité de recours au travers de son plateau technique et de ses unités spécialisées.

PARTENARIAT AVEC LE MEDICO-SOCIAL

Ce partenariat existe dans tous les établissements du GHT, au travers d'un staff médico-social prénatal et du travail en partenariat avec la PMI, les services sociaux, etc. Ce staff permet aux professionnels de la grossesse et de la naissance d'échanger sur les situations de vulnérabilité ou de précarité des femmes enceintes et des nouveau-nés et de proposer un suivi adapté. Il concerne les futures mères particulièrement fragilisées et réunissent selon les situations, sages-femmes, pédiatres, pédopsychiatres, médecins ou sages-femmes de PMI, représentants du service social, service de l'aide sociale à l'enfance, structure d'addictologie, etc.

Ce staff est mis en place de manière systématique et également au cas par cas lorsqu'une situation individuelle difficile est identifiée. Un staff de coordination postnatal peut également être mis en œuvre au cas par cas.

MATRICE MOFF

FORCES	FAIBLESSES
<p>Réseau de périnatalité structuré avec suivi d'indicateurs précis et communs.</p> <p>Offre de soins graduée effective : bon repérage des grossesses à risque, bonne orientation vers différents niveaux de maternité selon les risques materno-fœtaux.</p> <p>Nombre de site naissances permettant un bon maillage territorial, excepté pour la presqu'île de Crozon.</p> <p>CHRU établissement support.</p> <p>CESIM.</p> <p>SMUR néonatal et pédiatrique.</p> <p>Bon relais avec PMI pour la prise en charge psychosociale.</p>	<p>Démographie médicale (pédiatres, MAR, etc.) ; mode d'exercice et organisation du temps de travail médical hétérogène.</p> <p>Difficulté à respecter les décrets de périnatalité (réanimation des nouveaux nés et prise en charge dans des délais incompatibles avec les impératifs de sécurité).</p> <p>Dispersion des moyens au regard du nombre de site de naissance, et pénurie en termes de démographie médicale.</p> <p>Défaut d'attractivité de certains sites.</p> <p>Situation excentrée du TS1.</p>
OPPORTUNITES	MENACES
<p>Postes d'assistants partagés.</p> <p>Mise en commun de protocole, SI, achats, DIM, équipes médicales communes.</p> <p>Création d'une HAD néonatale et pédiatrique, mais problème de couverture d'un territoire important.</p> <p>Analyse de données démographiques et de</p>	<p>Baisse de la natalité.</p> <p>Concurrence du privé (par comparaison, il n'y a qu'un seul site de naissances sur le TS2).</p> <p>Sur-spécialisation médicale.</p> <p>Perspectives inquiétantes en termes de maintien d'un nombre suffisant d'universitaires.</p>

flux de patients à venir. Mutualisation de la réflexion stratégique de l'offre par rapport aux besoins.	
--	--

REFERENCE AU PRS

CONFORMITE DE L'ORGANISATION ACTUELLE A L'ANCIEN PRS

L'organisation actuelle est conforme au PRS. Celui-ci étant en cours de révision en 2017, nous proposons de revoir les modalités d'offres de soins au sein du territoire et notamment le nombre de sites de naissance eu égard au contexte concernant la natalité, la démographie médicale et les décrets de périnatalité.

OPPORTUNITE DE PREVOIR DANS LE FUTUR

- Un nombre de sites de naissance répondant aux besoins de la population en termes de qualité et de sécurité des soins basé sur une réflexion raisonnée plutôt que sur une organisation opportuniste ;
- Une HAD néonatale et pédiatrique ;
- L'implantation de soins centrés sur l'enfant et sa famille (Programme IHAB).

PROPOSITIONS

ORGANISATION IDEALE POUR LES PATIENTS

Il s'agit d'assurer un suivi gynécologique, un suivi de grossesses et des consultations de pédiatrie à proximité du lieu de résidence de la parturiente.

Il faut également organiser en **réseau** avec un système de communication Internet sécurisée permettant aux médecins généralistes, aux GO, aux sages-femmes et aux pédiatres libéraux et hospitaliers du territoire d'échanger des avis et d'organiser des consultations de gynécologie-obstétrique, pédiatrie générale ou spécialisée, adaptées à chaque cas.

Enfin, il est proposé de développer une HAD néonatale et pédiatrique.

Au regard de la qualité et de la sécurité des soins :

- Afin de garantir la prise en charge de l'**accouchement** dans une structure permettant d'assurer à la fois la qualité ET la sécurité de la mère et de l'enfant :
 - Réanimation des nouveau-nés et prise en charge dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité ;
 - Prise en charge des éventuelles complications maternelles dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité (embolisation, hystérectomie d'hémostase).
- Pour certains professionnels, il conviendrait de remplacer un site de niveau 1 par un centre périnatal de proximité (CPP) quand la maternité :

- réalise < 300 accouchements /an **ou**
 - est située à moins de 30 à 45' d'un autre site de naissance **ou**
 - ne peut garantir la prise en charge de la réanimation du nouveau né à la naissance dans des conditions satisfaisantes
- Selon les termes de l'article R6123-50, les CPP assurent les consultations pré et post natales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveaux nés, les consultations de planning familial. Les CPP fonctionnent soit en ambulatoire, soit assurent également le séjour des femmes en suite de naissance.

SCENARII ANALYSES

3 Scénarii sont possibles :

➤ **Scenario 1 : statu quo** avec maintien des 4 maternités publiques

Avantages	Inconvénients
- Plus de choix pour les usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés importantes à maintenir 4 sites en l'état actuel de la démographie médicale (GO, MAR, Néonat.). - Difficultés à maintenir un niveau technique suffisant dans les petites structures (maintien des pratiques professionnelles chez les professionnels en exercice exclusif et qualité du plateau technique). <i>Cette notion est contestée notamment par le CH de Landerneau.</i> - Maintien de lieux de naissance ne disposant pas des compétences requises en pédiatrie (en nombre et/ou disponibilité suffisante) pour assurer en urgence la réanimation des nouveau-nés ou dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité exigés par la réglementation. <i>Cette notion est contestée notamment par le CH de Landerneau, en référence aux recommandations de l'HAS de mars 2014.</i> - Défaut d'attractivité des maternités réalisant < 1000-1500 naissances et/ou excentrées pour les praticiens. - Risque de devoir mettre en œuvre des restructurations dans un contexte de semi urgence.

➤ **Scenario 2 : 2 maternités publiques à Brest (niveau III) et à Morlaix (niveau II a) et 2 CPP à Carhaix et Landerneau**

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> - Maintien des consultations de suivi pré et postnatales obstétricales (y compris échographies) et de suivi gynécologique de proximité. - Création de filières de soins préférentiellement orientées vers le CHRU ou vers le CHPM avec pour conséquences une diminution de fuites de patientes. - Meilleure efficacité médico-économique. 	<p>Moins de choix pour les usagers, ce qui implique que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les maternités doivent proposer une offre de soins diversifiée, avec accompagnement individualisé dans le respect de la physiologie de la grossesse, de la naissance et de la prise en charge du nouveau né ; • Une implication forte des sages-femmes et des médecins pour ne pas surmédicaliser.

- Carhaix : *plutôt ou au moins sur une période transitoire*, CPP **avec hébergement**
 - Retour précoce sur site
 - Maintien d'une présence sage-femme 24h/24
 - Accompagnement possible des transferts de parturientes en urgence
 - Suivi gynécologique, suivi de grossesses et consultations de pédiatrie

- Landerneau : CPP **ambulatoire**

-
- **Scenario 3, intermédiaire, avec 3 maternités publiques et 1 CPP, soit 2 alternatives**
- 3 Maternités : Brest, Morlaix, Landerneau et 1 CPP: Carhaix
 - 3 Maternités : Brest, Morlaix, Carhaix et 1 CPP : Landerneau

Le groupe de travail n'a pas trouvé de consensus sur le scénario à privilégier.

EQUIPES, DOSSIER COMMUN

- Constitution **d'équipes communes** ou de **collaborations fortes** avec rapprochement des équipes de pédiatres (Brest-Morlaix) et de gynécologues-obstétriciens (Brest, Carhaix, Landerneau, Morlaix).
 - Le **dimensionnement d'équipes** devra être *en adéquation* avec le scénario de **sites de naissance** qui sera retenu et des **besoins en pédiatres, en MAR et GO de proximité**.
- Disposer de dossier commun informatisé et d'outils de transmission d'information sécurisée.

FILIÈRE PNEUMOLOGIE-BRONCHOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

Rédacteurs

Pr Christophe Leroyer, Dr Catherine Leber

CONTEXTE

La bronchopathie chronique obstructive (BPCO) est une **affection fréquente et potentiellement grave**. Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé font état de la BPCO en tant que troisième cause actuelle de décès en Europe. On estime en France qu'un peu plus de 3,5 millions de personnes sont atteintes de BPCO, ce qui représente entre 5 et 10 % des adultes de plus de 45 ans. Les hommes sont plus atteints que les femmes, mais l'augmentation de la proportion de femmes atteintes dans les pays industrialisés est constatée par de nombreuses études. En France également, des données hospitalières récentes suggèrent une augmentation du taux d'admission pour exacerbation de BPCO entre 2007 et 2012. La Bretagne n'est pas épargnée, avec une surmortalité régionale par BPCO selon les données 2011-2012 de l'Institut de Veille Sanitaire, surmortalité plus importante chez les femmes. Outre une situation défavorable sur le plan du tabagisme, des données environnementales pourraient expliquer cette situation régionale, notamment, dans le cadre professionnel, la fréquence des BPCO d'origine agricole.

ACTEURS

Les établissements de santé du TS1 ont développé conjointement depuis plusieurs années des axes de prise en charge du patient BPCO. Dans le domaine du **dépistage précoce**, plusieurs actions ont été menées par des acteurs de terrain, notamment les stratégies de dépistage en contexte professionnel développées par les médecins de l'hôpital d'Instruction des Armées et également par l'équipe de santé au travail du CHRU de Brest. Ce dépistage reste néanmoins insuffisant, du fait des caractéristiques de la maladie et de l'accès nécessaire aux explorations fonctionnelles respiratoires. Des stratégies de dépistage ciblé se développent avec l'implication des soignants de terrain exerçant en milieu libéral et avec l'appui des URPS. Un programme pilote est en cours.

PARCOUR DE SOIN ACTUEL

L'accès au diagnostic s'appuie, en dehors du contexte d'urgence, sur les acteurs de la **pneumologie libérale et hospitalière**. Une fois le diagnostic établi, trois axes de prise en charge sont fondamentaux et ont été développés dans le Finistère :

- 1) **La prise en charge des addictions** et notamment la lutte anti-tabac grâce au maillage des consultations de tabacologie au CHRU de Brest et au CH des Pays de Morlaix, ainsi qu'à Carhaix.
- 2) **La prise en charge globale** du patient BPCO nécessite une **coordination** qui est effectuée par le médecin traitant avec l'aide du pneumologue. En effet, le patient BPCO présente des comorbidités nombreuses, en particulier cardio-vasculaires, musculo-squelettiques, nutritionnelles et psychologiques. La prise de conscience de l'importance de ces comorbidités en termes de morbi-mortalité est relativement récente. Des efforts de communication de la communauté pneumologique auprès des différents partenaires sont en cours. Pour un patient donné, la **coordination du parcours de soins** est assurée par le médecin généraliste, facilitée au mieux par son médecin pneumologue qui, en fonction de la sévérité de la maladie, peut orienter le dépistage des comorbidités attendues et leur prise en charge efficace.
- 3) **La réhabilitation respiratoire**, développée depuis plus de 25 ans dans notre territoire grâce à l'implantation précoce du centre de réhabilitation respiratoire du CH des Pays de Morlaix, centre expert au niveau national, qui s'est donné pour tâche de piloter les actions au niveau du TS1. Les patients admis dans ce service proviennent soit d'un service de pneumologie, soit de leur domicile à la demande du pneumologue référent ou du médecin généraliste, parfois *via* la consultation de pré-admission dont les objectifs sont de valider si besoin l'indication de réhabilitation, d'éliminer toute contre-indication, de donner les informations nécessaires au patient, de répondre à ses interrogations, de lever les freins et de décider des modalités d'hospitalisation (continue ou jour). De longue date, le service de réhabilitation respiratoire de Morlaix assure la **formation des kinésithérapeutes** impliqués dans la prise en charge de patients présentant des BPCO. Il participe au **Diplôme Inter-Universitaire** de la région Grand-Ouest portant sur la réhabilitation respiratoire et organise des **séminaires de formation sur site**.

Son activité de réhabilitation, en hospitalisation continue et en hospitalisation de jour, s'est étoffée récemment par l'ouverture d'une **unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire** au sein de l'hôpital de la Cavale Blanche à Brest.

Le parcours de soins post-réhabilitation fait l'objet d'une vigilance particulière, afin de maintenir les compétences acquises. Un programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) a été sollicité lors de l'appel d'offre 2017, en coopération avec les collègues pratiquant la réhabilitation cardiaque. Ce programme a pour objectif d'explorer les parcours post-réhabilitation et de renforcer la complémentarité entre les structures, y compris les structures de kinésithérapie libérale, mais aussi les actions développées par les **associations de patients**. Ces actions de réhabilitation respiratoire s'entendent avec un fort développement de **l'éducation thérapeutique du patient BPCO**, pilotée par les structures de réhabilitation.

La prise en charge des patients en exacerbation est une préoccupation légitime des trois structures hospitalières de Brest, Morlaix et de l'HIA. Le **développement de la ventilation non invasive** a renforcé les partenariats avec les services d'urgence. En aval, le suivi des patients BPCO sévères nécessitant une oxygénothérapie de longue durée et/ou une ventilation non

invasive à domicile est organisé **en ambulatoire** avec l'appui des structures d'hospitalisation de jour et de consultations, et en partenariat avec les structures de réhabilitation respiratoire.

ACTIVITE

Les données épidémiologiques précises du TS1 portant sur la BPCO sont en cours de réévaluation. Une donnée fiable fait état de 450 patients en parcours de réhabilitation au Centre du Guervenon dépendant du CH des Pays de Morlaix, et de plus de 160 patients prévus sur l'année 2017 à l'antenne ambulatoire du CHRU de Brest.

L'activité de consultations pour BPCO est importante. Le **vieillissement de la population des pneumologues libéraux**, uniquement présents actuellement sur l'agglomération brestoise, est problématique. L'augmentation du nombre de pneumologues formés ne comblera pas les déficits en pneumologues finistériens avant une dizaine d'années, et le recrutement de jeunes pneumologues au niveau national est difficile compte-tenu du déficit global.

PROPOSITIONS D'AMELIORATION

Plusieurs actions sont actuellement en cours :

- 1) Sensibilisation à la lutte anti-tabac et au dépistage ciblé de patients à haut risque de BPCO avec un partenariat des URPS des différents corps professionnels ;
- 2) Analyse du parcours du patient BPCO à l'aide de patients traceurs ;
- 3) Analyse de données épidémiologiques plus précises portant sur les hospitalisations ;
- 4) Intensification de l'approche de réhabilitation respiratoire, sensibilisation des pneumologues et médecins généralistes à la prescription de réhabilitation respiratoire, enquête auprès des praticiens concernés pour connaître les motivations et surtout les freins à prescrire de la réhabilitation respiratoire ;
- 5) Accompagnement du patient post-réhabilitation afin de maintenir les acquis : réflexion sur le développement de la réhabilitation à domicile (prise en charge multidisciplinaire nécessitant un coordonnateur) et pilotage d'un suivi régulier (demande de PREPS 2017 en cours) ;
- 6) Proposition de manière plus systématique d'orienter vers la réhabilitation en post-hospitalisation pour exacerbation de BPCO (idéalement dans le mois qui suit), le lieu et les modalités de prise en charge étant définis après évaluation.

FILIÈRE PSYCHIATRIE - SANTE MENTALE - ADDICTOLOGIE

PILOTES ET GROUPES

Responsables de la filière	Sylvie Le Lann, Brigitta Bergot, Philippe Genest
Membres du groupe	<p><u>Axe Psychiatrie adulte :</u> Mme Sandrine Baranger, Dr Brigitta Bergot, Dr Séverine Bouchiat, Dr Philippe Genest, Dr Sylvie Le Lann, Jean-Pierre Simson</p> <p><u>Axe Pédopsychiatrie :</u> Pr Michel Botbol, Dr Aurélie Favé, Dr Soazic Peden, Dr Stéphane Saint André, Dr Catherine Théréne</p> <p><u>Axe Psychiatrie du sujet âgé :</u> Dr Cyril Hazif-Thomas, Dr Didier Le Garlantézec, Dr Emgan Querellou</p> <p><u>Axe Problématique des suicidants :</u> Dr Laure Bleton, Dr Muriel Fleuret, Dr Céline Kopp-Bigault, S. Montrelay, Pr Michel Walter</p> <p><u>Axe Addictologie:</u> Dr Pierre Bodenez, Dr Jean-Charles Bougeant, De Estelle Brenon, Dr Pascale Rozec, V. Salaun-Le Roux</p> <p><u>DIM Associés :</u> Dr Philippe Charpentier, Dr Pascal Inizan, Dr Maryline Le Berre</p>
Dates de réunion	3 mars 2017, 24 mars 2017, 24 avril 2017

INTRODUCTION

« SANS LA RECONNAISSANCE DE LA VALEUR HUMAINE DE LA FOLIE, C'EST L'HOMME MEME QUI DISPARAIT ».

Cet énoncé de François Tosquelles est désormais gravé sur les murs de l'hôpital de Saint Alban.

Cette phrase a éclairé notre travail à plusieurs titres. D'une part, il fait le lien avec les principales valeurs de nos établissements du GHT. D'autre part, il renvoie au modèle de la sectorisation.

La psychiatrie a ceci de spécifique qu'elle est ancrée dans le territoire depuis près d'un demi-siècle. On peut considérer la sectorisation comme le précurseur du virage ambulatoire, du parcours de soins, du travail en réseau et en collaboration avec les acteurs locaux.

Lors de nos rencontres, nous avons pu faire le constat d'une hétérogénéité des pratiques, certes, mais aussi de valeurs – d'une philosophie du soin – en commun.

Nous avons établi un préalable à nos travaux : assurer des soins de proximité avec le plus grand respect de la singularité de la personne prise en soins, en tenant compte des caractéristiques géo-populationnelles de nos territoires, des données de la science et des orientations stratégiques et politiques en vigueur.

CONTEXTE ET ARTICULATION

Dans une intervention récente, le président de l'Association Mondiale des Psychiatres a présenté une étude d'une dizaine d'années, conclue en 2010, quant au fardeau global des maladies (*Global Burden of Disease* par IHME) exprimé en années de bonne santé ou d'espérance de vie perdue pour la population mondiale.

Pour la psychiatrie, ces pertes sont estimées à près de deux cent millions d'années perdues, avec une répercussion considérable sur la qualité de vie de la personne, de sa famille, et un coût pour la société de soins, d'incapacité de travail et de situation d'handicap.

Il a ensuite présenté une autre étude terminée récemment, démontrant que les pathologies physiques se trouvent aggravées en cas de pathologie psychiatrique associée. L'étude chiffrait à environ 30% la perte de chance représentée.

Fort des données épidémiologiques, la santé mentale fait partie des axes prioritaires de la stratégie nationale de santé.

La population bretonne est particulièrement concernée par la pathologie mentale, comme témoignent les indicateurs suivants, figurant dans les travaux préliminaires de cadre d'orientation stratégique 2018-2022 :

- Le taux standardisé d'admission en affection de longue durée pour troubles mentaux (2011-2013) est un tiers plus élevé qu'au niveau national ;
- Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation en psychiatrie (2014) est de 23 % plus élevé qu'au niveau national ;
- Si la schizophrénie est la première cause d'hospitalisation en psychiatrie (22%) dans la région, la deuxième cause n'est pas la dépression comme au niveau national, mais les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool (14% des admissions, contre 8% au niveau national) ;
- Le suicide reste une problématique à part entière, la Bretagne fait partie des régions de France les plus touchées (2012-2014) – première pour les femmes (10,3 versus 6,8 pour 100 000 habitants) deuxième pour les hommes (37,4 versus 23,4 pour 100 000 habitants).

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a donné une place particulière à la psychiatrie et à la santé mentale. L'article qui y est consacré conforte les

missions de la psychiatrie de secteur et ouvre la possibilité aux acteurs de terrain de s'associer à l'élaboration de Projets Territoriaux de Santé Mentale par la mise en place des Communautés Psychiatriques de Territoire.

Si les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) sont des organes d'organisation des soins gradués, les Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT) sont des organes de fédération favorisant l'articulation entre médical, social et médico-social. Créés à l'initiative des établissements de santé, ils sont dotés d'une fonction d'appui auprès des Groupements Hospitaliers de Territoire dans l'élaboration de projet médical partagé.

L'objectif du volet psychiatrie-santé mentale est en concordance avec l'énoncé de la loi :

- Assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- Assurer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité sécurisés et sans rupture.

Au sein du GHT de Bretagne Occidentale, il nous appartient d'établir un diagnostic de l'existant en permettant de repérer les zones blanches et les domaines en difficulté pour pouvoir être force de proposition d'orientations stratégiques.

METHODOLOGIE

Lors de l'élaboration des orientations stratégiques de la filière nous avons déterminé cinq axes thématiques : **psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, psychiatrie de la personne âgée, problématique des suicidants et addictologie.**

Nous avons identifié les différents niveaux d'accès aux soins. Le premier niveau est essentiellement sectoriel et généraliste parfois intersectoriel. Le deuxième niveau est le niveau de référence pour le territoire de santé. Il apporte une complémentarité et une coordination des soins en lien avec les partenaires de premier niveau. Le troisième niveau est supra-sectoriel, régional ou même interrégional et répond aux besoins spécifiques d'un nombre de patients réduit.

Pour continuer notre travail d'élaboration nous avons mis en place un COPIL composé de Madame S. BARANGER, des Docteurs B. BERGOT, P. GENEST, S. LE LANN et du Professeur M. WALTER.

Nous avons établi ensemble un calendrier et nommé des responsables des axes thématiques.

Les DIM ont été également mobilisés que ce soit sur le CHPM, le CHRU ou Landerneau

PSYCHIATRIE ADULTE

PILOTES ET GROUPES

Responsables de la filière	Sylvie Le Lann, Brigitta Bergot, Philippe Genest
Membres du groupe	Dr Brigitta Bergot, Dr Séverine Bouchiat, Dr Philippe Genest, Dr Sylvie Le Lann, Jean-Pierre Simson DIM Associés : Dr Philippe Charpentier, Dr Pascal Inizan, Dr Maryline Le Berre Directeur Référent : Mme Sandrine Baranger

LIEUX DES SITES D'EXERCICE

Etablissements	Autorisations	Spécialités
CH Landerneau	Psychiatrie	Psychiatrie
CHRU Brest	Psychiatrie	Psychiatrie
CHPM	Psychiatrie	Psychiatrie
HIA Clermont Tonnerre BREST	Psychiatrie	Psychiatrie

ACTIVITE EN PSYCHIATRIE – ANNEE 2015

DONNEES GLOBALES, TOUS AGES CONFONDUS

Raison Sociale	Nombre de journées	Nombre de séjours	Nombre d'actes ambulatoires	Nombre de patients
Activité des Etablissements du G.H.T. de Bretagne Occidentale				
CHRU BREST	91 104	5 087	99 828	11 817
CH DES PAYS DE MORLAIX	112 126	4 843	78 117	7 224
CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	19 681	1 129	24 998	1 737
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE	6 126	2 051	2 320	1 013
Activité des Etablissements privés du Département				
CLINIQUE DE L'IROISE	21 874	815	0	648
CLINIQUE DE PEN AN DALAR	49 480	2 119	0	1 257

Tableau 1 : Données globales d'activité en psychiatrie du GHT (Base PMSI 2015 et données des établissements pour l'ambulatorie)

ACTIVITE AMBULATOIRE

	E	D	G	A	R	Total général	% de l'activité de la classe d'âge	Age moyen
PSYCHIATRIE GENERALE (18 ans et plus)								
CH DES PAYS DE MORLAIX	44 921	2 352	8 295	3 139	1 815	60 522	37%	50,6
CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	16 816	617	6 843	520	30	24 826	16%	49,0
CHRU BREST	51 469	3 870	19 505	177	837	75 858	46%	44,1
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE	2 306					2 306	1%	41,6
Total	115 512	6 839	34 643	3 836	2 682	163 512	100%	47,5

Tableau 2 : Dénombrement des actes EDGAR, par classe d'âge (âge du patient à la date de l'acte et non pas type de secteur de prise en charge) et par établissement

	CMP	CATTP	Autre	sans Info	Total général
PSYCHIATRIE GENERALE (18 ans et plus)	47 831	38 995	76 683	3	163 512
	29%	24%	47%	0%	100%
CH DES PAYS DE MORLAIX	29 727	7 493	23 302		60 522
	49%	12%	39%	0%	100%
CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	12 870	6 238	5 715	3	24 826
	52%	25%	23%	0%	100%
CHRU BREST	5 234	25 264	45 360		75 858
	7%	33%	60%	0%	100%
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE			2 306		2 306
	0%	0%	100%	0%	100%

Tableau 3 : Dénombrement par forme d'activité (Dénombrement et % en ligne)

Source : Extrait du guide méthodologique RIM-P : le résumé d'activité ambulatoire (RAA) pour les consultations et soins externes, réservé aux établissements financés par dotation annuelle de financement (DAF).

ACTIVITE D'HOSPITALISATION

On prend en compte ici les séjours avec de l'activité en 2015 (séjours pouvant avoir commencé avant ou fini après 2015).

	Nb Séjours		Nb Jours	
PSYCHIATRIE GENERALE (18 ans et plus)	14 558	100%	280 006,5	100%
CH DES PAYS DE MORLAIX	4 194	28%	105 630,5	38%
CH FERDINAND GRALL	1 119	8%	19 585,0	7%

LANDERNEAU				
CHRU BREST	4 265	29%	77 370,0	27%
CLINIQUE DE L'IROISE	814	6%	21 858,0	8%
CLINIQUE DE PEN AN DALAR	2 117	15%	49 440,0	18%
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT- TONNERRE	2 049	14%	6 123,0	2%

Tableau 4 : Nombre de séjours en 2015

	1 - Tps Complet		2 - Tps Partiel		Total général	
ADULTE	10 583	100%	3 975	100%	14 558	100%
CH DES PAYS DE MORLAIX	3 195	30%	999	25%	4 194	28%
CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	828	8%	291	7%	1 119	8%
CHRU BREST	3 564	34%	701	18%	4 265	29%
CLINIQUE DE L'IROISE	814	8%		0%	814	6%
CLINIQUE DE PEN AN DALAR	1 824	17%	293	7%	2 117	15%
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT- TONNERRE	358	3%	1 691	43%	2 049	14%

Tableau 5 : Répartition des séjours et journées par type d'hospitalisation

ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS

ACTEURS

BREST

Temps médical : 1 poste de PU-PH, 19,8 ETP de PH, 2 postes de CCA, ½ poste d'assistant spécialiste.

Si la plupart des psychiatres sont des praticiens généralistes de la discipline, certains ont développé des compétences pour des populations particulières (adolescents, maternité, troubles des conduites alimentaires, patients détenus, auteurs de violence) ou des techniques particulières (TMS, réhabilitation psychosociale, éducation thérapeutique, soins à domicile).

La permanence des soins est assurée sur site par une garde d'interne et une astreinte de sécurité de sénior et aux urgences par une garde seniorisée (½ temps) ou une garde d'interne (½ temps) avec astreinte seniorisée.

La démographie médicale ne pose pas de problème hormis des situations spécifiques et temporaires.

Il existe des réseaux en addictologie et périnatalité. Des conventions avec les établissements privés ont été conclues pour organiser les admissions à partir des urgences, et avec le médico-social pour des temps médicaux partagés. Une convention existe avec l'hôpital de Landerneau pour organiser les astreintes.

Le logiciel utilisé est IPS-MEva.

LANDERNEAU

Temps médical : 4,7 ETP de psychiatre pourvu à 3,6 ETP, 0,5 ETP de médecin généraliste pourvu à 0.3 ETP.

Les psychiatres de Landerneau disposent de compétences médicales particulières en addictologie et psychogériatrie.

En matière d'organisation de la permanence et de la continuité des soins, une astreinte de sécurité est organisée en coopération avec le CHRU de Brest. Une attention particulière est portée sur l'évolution de la démographie médicale appelée à baisser fin 2017.

Les réseaux d'addictologie et de périnatalité sont également fonctionnels à Landerneau.

Des coopérations existent avec le CHRU, les cliniques privées (de Pen An Dalar et de l'Iroise), le secteur médico-social (Foyer Menez Rioual, Ty Yann, EHPAD) et social (CCAS).

Le logiciel utilisé est Sillage.

MORLAIX

Temps médical sur chaque site : 27,5 ETP praticiens hospitaliers (psychiatres, addictologues, médecins généralistes), pourvus à 22,20 ETP toutes spécialités confondues.

Des compétences médicales particulières existent en addictologie, psychogériatrie et réhabilitation psychosociale.

La permanence des soins est assurée par une astreinte de sécurité.

La démographie médicale se caractérise par une difficulté de recrutement en 2017 notamment. Le recours à l'intérim est envisagé.

Des coopérations existent avec le CHRU, les cliniques privées (de Pen An Dalar et de l'Iroise), le secteur médico-social (Association Les Genêts d'or, Association Don Bosco, Coalia, SAVS, SAMSAH, EHPAD de Morlaix).

Les logiciels utilisés sont Sillage et Medis.

CARHAIX

Sur le site de Carhaix, qui dépend du secteur de Morlaix, la place du secteur est reconnue. Il existe une attente forte des services MCO, qui a été partiellement comblée par le renforcement de l'équipe paramédicale. Cependant, il est à noter une démographie médicale déficitaire, corrélée à une zone géographique isolée. La fragilité des indicateurs de l'activité et de la répartition des ressources sont une menace au dispositif.

Il est préconisé d'ouvrir un poste d'interne seniorisé, de recruter un psychologue, de favoriser les échanges avec les médecins du travail (mise en place d'un groupe de travail et de réflexion pour apporter une fonction d'appui). Il s'agit également de considérer ce secteur comme une zone de recrutement prioritaire.

HIA CLERMONT-TONNERRE

Temps médical sur chaque site : 3 ETP médicaux.

Les compétences médicales particulières sont l'addictologie, le psychotraumatisme, l'urgence psychiatrique.

La permanence et la continuité des soins sont assurées par des astreintes réalisées par les trois praticiens du service. L'évolution de la démographie médicale ne pose pas de difficulté à court terme. Des réunions de concertation ont lieu chaque matin, regroupant l'ensemble de l'équipe soignante.

L'équipe participe aux réunions RATP, et au fonctionnement de la CUMP 29.

Le logiciel utilisé est Amadéus.

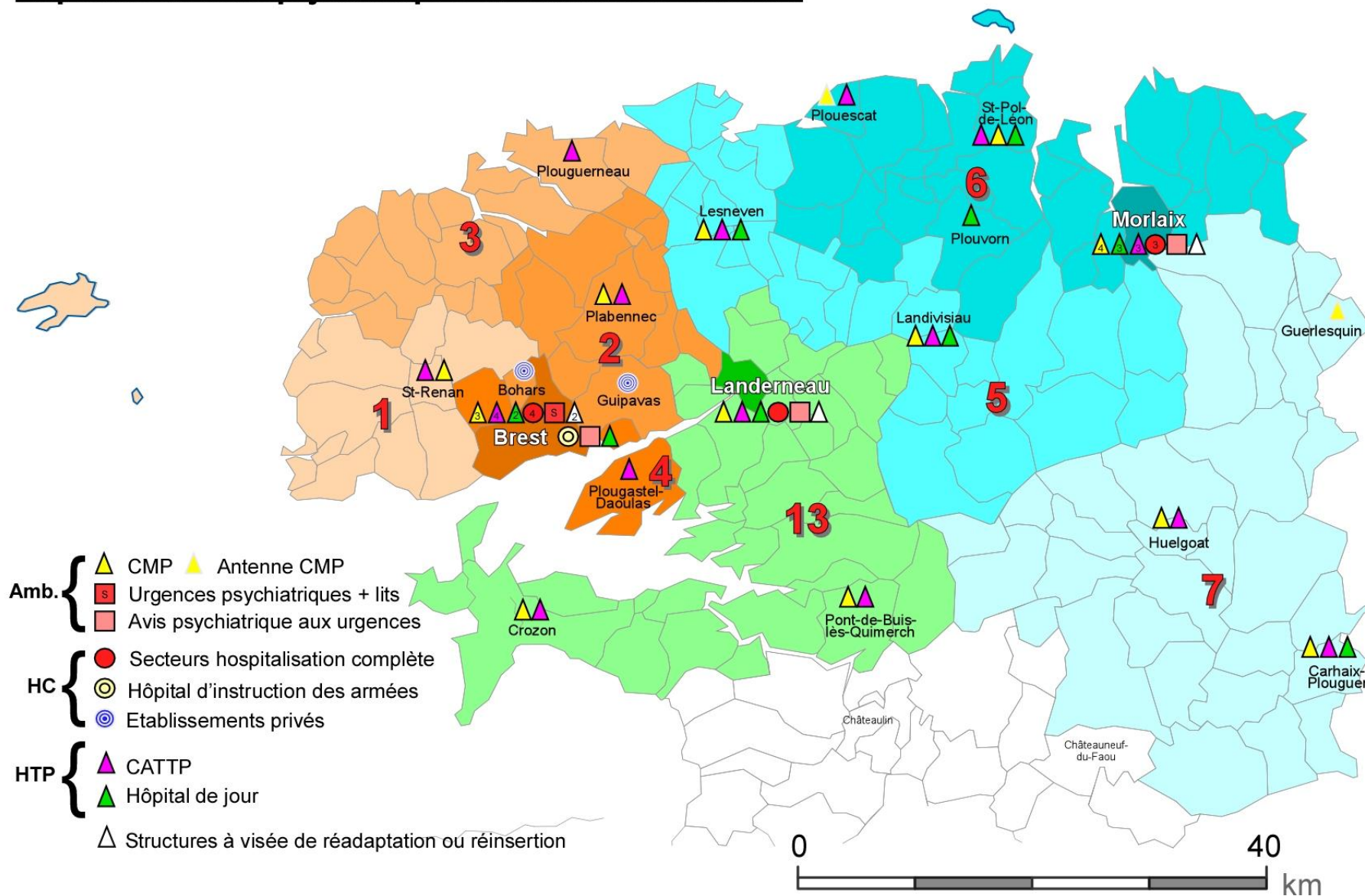
LIEUX

ACTIVITES DE SOINS

La particularité du bassin de population brestois est la présence de deux établissements privés à Guipavas (144 lits et places) et Bohars (60 lits) qui réalisent pour la prise en charge à temps complet environ 71 000 journées pour 2 900 séjours (données 2015 Scan Santé). Pour la psychiatrie publique brestoise adulte, on dénombre environ 77 000 journées pour 4 260 séjours. La psychiatrie publique se distingue par sa forte activité à temps partiel avec pour 2015 plus de 11 700 journées (vs. 5 900 pour l'établissement de Guipavas et 0 pour celui de Bohars). Le taux de fuite hors du territoire est négligeable (< 5%).

Concernant les pathologies notées comme diagnostic principal, 32% présentent des troubles psychotiques, 31% des troubles de l'humeur, 23% des troubles anxieux et 28% des troubles liés à l'alcool ou aux drogues. Le total supérieur à 100% est justifié par les comorbidités.

Dispositifs de soins psychiatriques du territoire de santé n°1



LES ACTIVITES PRINCIPALES

Sur l'ensemble du territoire, pour les hôpitaux de Brest, Landerneau et Morlaix, l'activité essentielle est dite « de secteur » c'est-à-dire qu'elle accompagne dans les activités de prévention, de soin et de réadaptation le patient au quotidien et au plus près de son lieu de vie. Il s'agit de consultations médicales, d'entretiens médico-infirmiers, en amont, pendant et en aval des soins hospitaliers, dans et hors les murs. Le praticien élabore la stratégie psycho et chimiothérapeutique en lien étroit avec l'équipe infirmière, organise et/ou anime des ateliers ou activités à visée thérapeutiques ou de réhabilitation. Cette activité sectorielle utilise et développe les alternatives à l'hospitalisation temps plein : hôpitaux de jour, de nuit, CATTP, etc.

L'Hôpital d'Instruction des Armées, non sectorisé, prend en charge de patients militaires et civils en hospitalisation à temps plein (capacités de 22 lits) ou en hôpital de jour (7 places quotidiennes) avec activités thérapeutiques ou de médiation diverses. Il exerce également une activité de consultations ambulatoires au profit de nombreux militaires mais également de civils toutes pathologies confondues et assure des consultations spécialisées dans le cadre du psychotraumatisme (notamment au profit des patients militaires).

LES ACTIVITES SPECIFIQUES

Les activités secondaires sont des activités d'enseignement hospitalier auprès des internes et des externes, des activités de formation ou d'actualisation des connaissances auprès des équipes soignantes, des activités institutionnelles à dimension plus administrative ou organisationnelle, des synthèses avec les partenaires sur des situations cliniques complexes.

Les personnels médicaux peuvent effectuer d'autres activités comme des missions d'intérêt général (dans le secteur médicosocial essentiellement), des missions d'enseignement facultaire, des missions d'expertise.

Au niveau du CHRU, établissement universitaire support du GHT, les collaborations sont régulières localement ou au niveau du territoire concernant des problématiques de santé spécifiques exigeant l'élaboration de nouveaux dispositifs et de nouvelles organisations (dépressions résistantes, états mentaux à risque, réhabilitation psychosociale, prévention du suicide, éthique) qui constituent autant d'activités de recours. Aussi, les services de psychiatrie adulte collaborent aux protocoles de recherche en cours (Vigilans pour la prévention des récives suicidaires, Plan SOS sur les directives anticipées).

GRADATION DES SOINS

Les missions de proximité sont assurées par le fonctionnement sectoriel décrit ci-dessus. Pour des populations ou des pathologies particulières ou des soins exigeant des explorations ou des techniques spécifiques, les patients sont adressés vers des structures ou des unités fonctionnelles de référence : adolescents et jeunes adultes, psychoses débutantes, dépressions résistantes, stimulation magnétique transcrânienne (CHRU Brest), réhabilitation psychosociale (CHRU Brest et Centre hospitalier des pays de Morlaix), psychotraumatisme (HIA Clermont Tonnerre).

PARCOURS DE SOINS ACTUEL

Le modèle du parcours de soins du patient est partagé sur l'ensemble du territoire par les trois hôpitaux sectorisés et ce malgré des disparités liées à l'histoire des établissements :

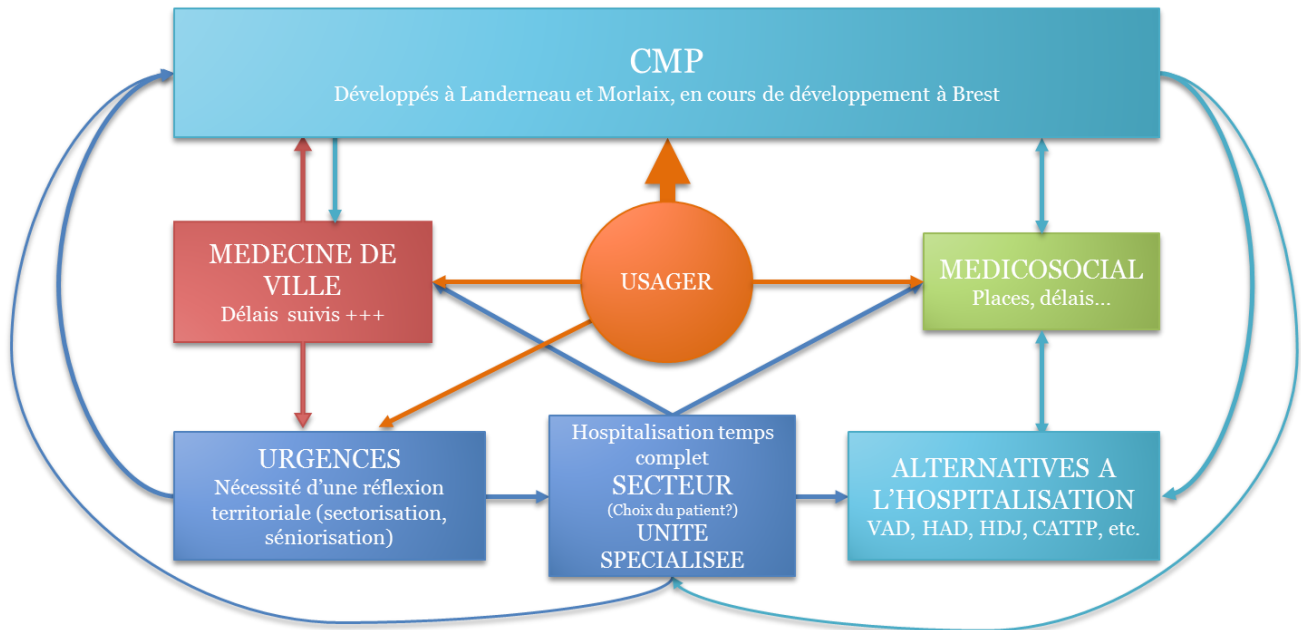


Figure 1 : Modèle du parcours de soins en psychiatrie sur le territoire

La prise en charge des patients, au cœur du dispositif, débute, dans la mesure du possible, au CMP ou si besoin est, aux services d'urgences et permet l'orientation soit vers des soins ambulatoires soit vers l'hospitalisation à temps complet.

Les modalités d'organisation des soins ambulatoires comprennent des prises en charge en hôpital de jour, en hôpital de nuit, ou des prises en charge séquentielles comme des hospitalisations programmées ou des séjours thérapeutiques au CATT ou encore des interventions à domicile. La population la plus vulnérable nécessite des soins post-aigus de réinsertion et de réhabilitation assurés par des foyers de postcure, des appartements thérapeutiques, des appartements à baux glissant à Brest, des appartements associatifs à Landerneau et le foyer de postcure et de réhabilitation Roz Ar Scour à Morlaix.

L'HIA Clermont Tonnerre de Brest fonctionne de manière particulière bien que souvent coordonnée avec les urgences psychiatriques du CHRU. Il ne dispose pas de CMP et l'entrée en hospitalisation se fait à partir de la consultation ambulatoire ou des urgences.

Des dispositifs adaptés permettent la prise en charge de populations spécifiques soit en hospitalisation (adolescents et troubles des conduites alimentaires à Brest) soit en ambulatoire (unité mobile de psychiatrie à Brest, Landerneau et Morlaix, unité d'évaluation de la vulnérabilité psychologique à Brest).

Le partenariat avec le médicosocial est habituel pour le maintien au logement, les orientations vers des hébergements adaptés, la réinsertion professionnelle, l'accompagnement à domicile (SAVS, SAMSAH), etc. Les services de psychiatrie du territoire se heurtent à la saturation de la consultation de ville pour les patients sortant des services. Des progrès sont à réaliser dans le lien à la psychiatrie ou la médecine de ville.

MATRICE MOFF

Forces	Faiblesses
<p>Réaffirmation de la place centrale du secteur.</p> <p>Adaptation des organisations au contexte régional et national.</p> <p>Adossement à l'université.</p> <p>Implication des acteurs de la psychiatrie dans la vie des hôpitaux (Instances).</p> <p>Collaboration avec la ville et les acteurs du social et du médicosocial.</p>	<p>Organisation encore trop hospitalo-centrée à Brest.</p> <p>Limite du développement de nouvelles activités par redéploiement.</p> <p>Manque de solution d'aval pour les populations les plus dépendantes (MAS, FAM, foyers de vie).</p>
Menaces	Opportunités
<p>Regard sociétal sur la psychiatrie et le malade psychique.</p> <p>Fragilité des indicateurs d'activité et de répartition des ressources.</p> <p>Pertes des compétences spécifiques des soignants en psychiatrie.</p>	<p>Valorisation des activités ambulatoires.</p> <p>Investissements et engagements institutionnels pour la psychiatrie (CMP, reconstruction).</p> <p>Développement de compétences de recours au niveau supra-territorial.</p>

REFERENCE AU PRS 2012-2016

Les préconisations suivantes figurent dans le PRS :

- Promouvoir la santé mentale et renforcer la prévention du suicide.
- Renforcer les modalités de coopération entre acteurs : articulation entre acteurs de la psychiatrie et acteurs de proximité (médecins généralistes, acteurs sociaux et médico-sociaux, entourage) et articulation entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.
- Favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire.
- Adapter les dispositifs sanitaires et médico-sociaux à l'évolution des besoins, faire évoluer les réponses institutionnelles en relais de l'ambulatoire.
- Améliorer la continuité des soins et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social

QUESTIONS PREALABLES

RUPTURES ET FRAGILITES DANS LE PARCOURS DE SOINS

Les soins s'adressent à une population particulièrement vulnérable dont le parcours de vie est émaillé de rupture, même si celle-ci est inhérente à la pathologie mentale. Il convient ainsi d'offrir au patient des soins de proximité respectueux de la continuité des investissements relationnels ou transférentiels, en évitant au mieux la rupture des liens humains ou géographiques que constituent des structures trop spécialisées ou éclatées impliquant à chaque étape des changements de repères (ex : urgences → service → HDJ → foyer de postcure → médicosocial).

Le parcours se caractérise par une complémentarité de l'offre de soins qui assure des soins finement gradués et une possibilité de circulation coordonnée des patients entre les lieux de soins hétérogènes identifiés.

ACTIVITES D'EXCELLENCE A DEVELOPPER

- Le repérage et l'accompagnement des états mentaux à risque ;
- La prise en charge des psychoses émergentes ;
- La prise en charge des dépressions résistantes ;
- La prévention du suicide ;
- La réhabilitation psychosociale et le développement de l'éducation thérapeutique adaptée à la psychiatrie ;
- Le développement de l'implication des usagers, des pairs aidants, la place des associations d'aide à la santé mentale ou de malades et leurs familles ainsi que des clubs thérapeutiques.

Ces projets font l'objet de recherches, de demandes de reconnaissance comme centre de référence et de démarches de coopération territoriale.

INTERACTIONS AVEC LES AUTRES FILIERES

Le recours à l'imagerie et à la biologie est régulier. Pour Landerneau et Morlaix, la psychiatrie coopère activement avec les urgences de l'hôpital général, qui assure les admissions dans le service d'hospitalisation dans la moitié des cas et des interventions urgentes dans le service en cas de besoin.

EVOLUTION DES PRATIQUES

La qualité des coopérations territoriales existantes peut encore progresser. Cette question constitue un enjeu stratégique majeur pour le territoire et les réponses apportées doivent conduire à respecter les données de la science et les recommandations de bonne pratique à tous les niveaux de la prise en charge : montée en puissance des alternatives à l'hospitalisation, développement de l'ambulatoire, amélioration des stratégies médicamenteuses et psychothérapeutiques de prise en charge, respect des principes éthiques fondamentaux et réflexions territoriales sur la contrainte et la liberté d'aller et venir.

STRUCTURATION DE LA FILIERE ET DU PARCOURS IDEAL DU LE PATIENT

ANALYSE

Le maillage sectoriel est opérationnel et a fait ses preuves de fonctionnement. Il est réinterrogé et réajusté en permanence aux besoins par chaque établissement du territoire. Pour des troubles à haut risque d'exclusion sociale et d'isolement, le soin au plus près du lieu de vie, la bonne connaissance des professionnels du terrain et du réseau est indispensable.

La qualité et la sécurité des soins sont régulièrement interrogées, les équipes sont sensibilisées et formées. L'organisation de ligne de garde est optimisée : une garde seniorisée est assurée aux Urgences du CHRU. Une astreinte de sécurité est assurée par les psychiatres des pôles pour les sites de Bohars, HIA, Morlaix et Landerneau. Le maintien du plateau technique que représente l'équipe pluridisciplinaire assurant des soins de proximité de qualité est un effort nécessaire pour une prise en charge adaptée.

L'accessibilité à l'offre de soins est facilitée par l'installation et l'ouverture des CMP. Les praticiens se déplacent dans les CMP, de sorte que les patients ne se déplacent que pour des soins spécifiques. Les soins externes sont à renforcer et à sanctuariser en région de Carhaix (renforcement par une équipe de liaison de 2,8 ETP IDE).

Une réflexion est menée pour maîtriser des transports sanitaires depuis de nombreuses années. L'habitat rural disséminé est peu propice à l'utilisation des transports en commun. Il est néanmoins indispensable de tenir compte de l'impact des traitements psychotropes sur des capacités à conduire des véhicules motorisés.

L'activité de recherche est importante : concernant l'axe suicidologie (cf. plus loin), concernant les psychoses émergentes et la prise en soins des patients psychotiques à Brest et Landerneau, projets de recherche menés en collaboration avec l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA) à l'HIA. Le groupe souhaite le développement du partenariat de recherche entre les établissements du GHT. Les établissements participent également aux activités du groupe de recherche breton, GRUPAB.

En cas de crise sanitaire, la CUMP 29 est mise en place. Il faut développer la formation des référents de CUMP par site.

La formation des patients, leur famille ainsi que leur possibilité d'investir, de participer activement au sein des associations d'aide à la santé mentale, la reconnaissance de la fonction soignant des personnes malades, le développement du rôle des pairs aidant sont autant de facteurs qui permettent de s'approprier la pathologie mentale, améliorer l'insight et favoriser l'adhésion aux soins et l'observance thérapeutique. Les patients sont étroitement associés à leurs soins, ils deviennent acteurs de leurs soins.

Une attention particulière est portée à l'accueil et à l'information des patients, formalisée par les livrets d'accueil.

STRUCTURATION DE LA FILIERE

GRADATION DES SOINS

L'organisation sectorielle est pertinente comme premier niveau. Cette organisation contribue, par la connaissance des personnes prises en charge, à fluidifier les parcours de soins.

Il est nécessaire d'identifier et de fluidifier des soins de recours pour les patients nécessitant des soins spécifiques.

Il faut renforcer et développer la fonction d'appui de centres de recours.

Une charte régionale est en cours d'élaboration en précisant les modalités d'adressage des patients en raison de l'indisponibilité de l'offre dans le GHT.

DISPONIBILITE DE L'OFFRE SUR LA SEMAINE ET LE NYCTEMERE

Il est nécessaire de développer des CMP et adapter des horaires d'accueil. Les CMP assurent des consultations avancées.

ARTICULATION AVEC LES ACTEURS D'AVAL ET D'AMONT

Le groupe souhaite la participation lors des réunions de formation médicale continue de la médecine de ville, l'organisation des rencontres dédiées, l'intervention d'une équipe identifiée dans le cadre de psychiatrie de liaison afin de favoriser les liens entre les différents acteurs de la prise en charge.

ACTIONS DE PREVENTION

Il est nécessaire de poursuivre l'organisation régulière de l'information au grand public, la participation dans les actions de la Semaine de la Santé mentale, le développement de l'éducation thérapeutique.

POPULATIONS VULNERABLES

La mise en place d'équipes mobiles dédiées est envisagée.

MISE EN OEUVRE

Orientations stratégiques

- Soutenir et renforcer l'activité ambulatoire.
- Renforcer et reconnaître la formation des infirmiers en psychiatrie.
- Développer la réhabilitation.
- Proposer une politique territoriale des bonnes pratiques.

Axes prioritaires	<ul style="list-style-type: none">• Conforter les CMP, les CATTP et l'HDJ.
Actions à court terme (6 mois – 1 an)	<ul style="list-style-type: none">• Développement des CMP à Brest.• Renforcer la prise en charge spécialisée à Carhaix.• Adapter la capacité d'accueil en hospitalisation de jour.
Actions à 5 ans	<ul style="list-style-type: none">• Développement de l'activité ambulatoire : projets en cours de développement.

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

PILOTES ET GROUPES

Responsables de la filière	Sylvie Le Lann, Brigitta Bergot, Philippe Genest
Membres du groupe	Pr Michel Botbol, Dr Aurélie Favé, Dr Soazic Peden, Dr Stéphane Saint André, Dr Catherine Théréné DIM Associés : Dr Philippe Charpentier, Dr Pascal Inizan, Dr Maryline Le Berre Directeur référent : Mme Sandrine Baranger

CONTEXTE

La pédopsychiatrie se situe dans un réseau. Les enfants et leurs familles sont orientés à partir de professionnels de proximité, pas seulement médicaux. La pédopsychiatrie hospitalière s'articule avec les CAMPS (Morlaix, Carhaix et Brest) et CMPP (trois à Brest, un à Landerneau, un à Morlaix dont une antenne située à Landivisiau), la maison des adolescents sur Brest, les structures médico-sociales (IME, ITEP, SESSAD), l'Education nationale, les services sociaux et de la Justice. Les pédopsychiatres installés en libéral sont très rares.

Le contexte du territoire est également marqué par le projet de réunification des deux services brestois sous l'autorité du prochain universitaire de Psychiatrie Infanto Juvénile, dès son affectation au CHRU de Brest en septembre 2018 ; ont été également décidés les principes d'une organisation en filières cliniquement significatives, constituées d'unités qui appartiennent actuellement à chacun des deux services.

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

La prévalence estimée des TED (troubles envahissants du développement) en 2009 est de 6 à 7 /1000 pour les <20 ans, et 2/1000 pour l'autisme (référence HAS 2010).

L'étude épidémiologique menée en 2008 en France auprès d'adolescents dans leur 18^{ième} année indique que l'anorexie mentale a concerné 0,5% des jeunes filles et 0,03% des garçons entre 12 et 17 ans (données HAS).

La boulimie toucherait 1,5% des 11-20 ans. Les crises de boulimie concerneraient 28% des adolescentes. Les stratégies de contrôle du poids 19%⁵.

⁵ Données Ledoux Choquet 1991 et Flament 1995, données extraites des recommandations bonnes pratiques HAS 2015.

Le trouble oppositionnel avec provocation a une prévalence pendant l'enfance autour de 3 à 4%. A l'adolescence, la prévalence varie de 1 à 3%. Un pic de prévalence est mis en évidence autour de 8-10 ans.

La prévalence des troubles des conduites est plus élevée à l'adolescence (3 à 9%) que pendant l'enfance (2%) (INSERM 2005)

REFERENCES

Les recommandations publiées par l'HAS dans le domaine de la pédopsychiatrie et de l'enfance :

- Manifestations dépressives à l'adolescence
- Maltraitance chez l'enfant
- Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage
- Autisme et autre TED : interventions éducatives et thérapeutiques
- Repérage et signalement de l'inceste
- Anorexie mentale : prise en charge
- Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme
- Parcours de soins fœtopathie à la Dépakine®
- Parcours de soins Gilles de la Tourette
- Douleur chez l'enfant

LIEUX

Etablissement	Autorisation	Spécialités	Unités	lieux	Places et lits
CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	CMP	Crozon, Brest, Plouzané	
CHG de Morlaix	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	CMP	Morlaix, Carhaix, Le Folgoet, (Plouescat)	
CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	HDJ	Bohars, Brest	6 places Denver + 55 places
CHG de Morlaix	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	HDJ	Morlaix (enfants et adolescents), Le Folgoet (<11ans) Carhaix (<11ans)	51 places
CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	H temps complet CDSEA	Bohars, (<16ans)	11 lits (dont 5 dédiés TCA jusque 18 ans)
CHG de Morlaix	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	H temps complet	Morlaix (<16ans)	8 lits
CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	USAF (unité de soins en accueil familial)	Brest et 60 km max	16 lits
CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	HAD (hospitalisation à domicile)	Secteur brestois	20 places

CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	Visites à domicile thérapeutiques 0-3 ans	Bohars secteur Brestoïse	14 places Consultations <3ans, liaison périnatalité avec la psychiatrie adulte S IV
CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	CATTP	Brest Bohars	Groupes 5 places centre de jour du CDSEA
CHG de Morlaix	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	CATTP	Morlaix	Groupes
CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	Pédopsychiatrie de liaison	Pédiatrie Brest	
CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	Dispositif TCA <18 ans	Brest	File active 55 enfants
CHG de Morlaix	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	Pédopsychiatrie de liaison	Pédiatrie Morlaix	
CHRU de Brest	Psychiatrie	Psychiatrie adulte	Unité Angela Duval (jeunes suicidants)	Brest	
CHRU de Brest	Psychiatrie	Psychiatrie	Maison des adolescents	Brest	
CHRU de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	UED (unité évaluation diagnostic autisme) du CRA (centre ressource autisme)	Brest (territoire 22 et 29 pour les enfants, et région Bretagne pour les adultes)	
CHRU de Brest et Education nationale et ville de Brest	Psychiatrie	Pédopsychiatrie	Classe ULIS TED	Brest	2 classes de
CHRU de Brest et Education Nationale et ville de Brest	Médicosocial	Pédopsychiatrie	UEM (unité d'enseignement en maternelle)	Brest	7 places
CHRU de Brest	Médicosocial	Pédopsychiatrie	SESSAD autisme	Brest<20ans	30 places

Réseau Muta'jeune :

Muta'Jeunes est une instance partenariale existant depuis 2007, à l'initiative du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et réunissant de nombreux partenaires sur l'ensemble du pays de Brest : le CHRU de Brest, le Conseil départemental du Finistère, les associations Don Bosco, la fondation Ildys, la Sauvegarde de l'enfance du Finistère (dont le centre de formation ITES de Brest, mais aussi l'ITEP Jean-Louis Etienne et le service DEMOS), et Avel-Mor, la justice (PJJ, juge des enfants), et l'éducation nationale (service social à destination des élèves). Cette instance vise à organiser des temps de rencontres et des colloques interinstitutionnels réguliers permettant des échanges entre professionnels d'horizons différents mais intervenant autour d'adolescents en situations complexes. La mise au travail de problématiques communes, une meilleure interconnaissance des institutions (missions, quotidiens, moyens...) et des acteurs de terrains, la réflexion sur la violence et sur les enjeux du partenariat, etc., sont autant de questions pouvant être mises au travail et permettant in fine une meilleure articulation des acteurs autour des situations concrètes. Un groupe projet se réunit tous les mois, et un groupe de copilotage resserré aux institutions de la première heure (CHRU, Conseil départemental, Don Bosco et Ildys) se réunit 2 fois par an. Les journées organisées sont gratuites .

Réseau CORSPEA :

Coordination en Réseau de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent s'appuie sur une convention de coopération signée en décembre 2014 entre les 3 CMPP de Brest, le CAMSP et le CHRU de Brest. Les objets du réseau sont :

- Coordination et régulation de situations individuelles complexes afin d'éviter les ruptures de et d'organiser la continuité des soins ;

- Mettre en place des actions thématiques communes : participation à des interventions collectives auprès du public (inspection académique, semaine de la santé mentale...), réflexion sur des thématiques communes (liste d'attente, diagnostic des enfants porteurs de TED...);
- Contribuer aux instances de concertation et d'analyse partagée : MDPH, CPAM, ARS, problématique des doubles prises en charge, etc.;
- Consolidation des pratiques : identification de besoins professionnels conjoints et mise en place de formations et d'informations communes, partages d'expériences;
- Offre de service : identification des besoins non couverts par les membres du réseau.

Groupe ressource locale piloté par la PJJ sur Brest et sur Morlaix.

ACTEURS

Au CHRU de Brest, l'équipe médicale est composée de 12,7 ETP PH dont 0.2 pour convention, et de 6 internes. Dans les cinq ans, trois PH et un PUPH partiront en retraite.

Au CH Morlaix elle est composée de 4.80 ETP PH dont 0.7 pour convention, et de 2 internes. Dans les cinq ans, trois PH partiront en retraite, avec des possibles difficultés de recrutement.

ACTIVITE

PEDOPSYCHIATRIE (17 ans et moins)									
	E	D	G	A	R				
CH DES PAYS DE MORLAIX	15 254	834	431	809	267	17 595	42%	9%	11,7
CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	164	6	4		1	175	0%	0%	16,5
CHRU BREST	16 277	928	1 370	2 271	3 124	23 970	57%	12%	11,2
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE	14					14	0%	0%	16,0
Total PEDOPSY	31 709	1 768	1 805	3 080	3 392	41 754	100%	20%	11,7

Tableau 1 : Activité des établissements du GHT en pédopsychiatrie (2015)

Les soins pédopsychiatriques ne se limitent pas à une activité directe auprès du patient mais nécessitent aussi une activité indirecte de réunions et accompagnements divers.

ACTIVITE DE CONSULTATION

Les motifs principaux de consultations sont les troubles du comportement, les retards et troubles du développement, les troubles des apprentissages, les troubles du comportement alimentaires, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles délirants.

FILE ACTIVE GLOBALE

LES DONNEES DE L'AMBULATOIRE

Tranche d'âge	File active
[0-3[	41(Brest)+19 (MLX)=60
[3-6[	157 (Brest)+166(MLX) = 323
[6-11[	511 (Brest) +605 (MLX)=1116
[11-16[	383(Brest)+ 528 (MLX) =911
[16-18[	77 (Brest)+101 (MLX) =178
18 et plus*	176 (Brest)
Total général	1345 (Brest)+ 1419 (MLX)= 2764

REPARTITION DE LA FILE ACTIVE PAR DIAGNOSTIC (diagnostic principal ou associé commence par : F*)

Diagnostic principal ou associé	file active
F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	3+2=5
F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	13+12=25
F30-39 : Troubles de l'humeur [affectifs	50+17=67
F40-49 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes,	115+106=221
F50-59 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (dont TCA)	65+25=90
F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	19+12=31
F70-79 : Retard mental	19+5=24
F80-89 : Troubles du développement psychologique (dont TED)	769+287=1056
F90-99 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	591+547=1138
Tous diagnostics	1345+1419=2764

Sur les 1345 patients des secteurs brestois pris en charge, 60 patients apparaissent dans la file active des deux secteurs brestois sur l'année. Certains patients bénéficient de prise en charge multiples.

Les diagnostics de TED apparaissent dans la file active des différentes unités, les besoins pour ces patients sont multiples.

REPARTITION DE LA FILE ACTIVE D'HOSPITALISATION PAR ÂGE (SECTEUR PEDOPSYCHIATRIE)

Ne sont prises en compte que les séquences avec code diagnostic F* (remarque : si on ne tient pas compte des diagnostics, au total, 369 patients)

Tranche d'âge	file active
[0-3[	11(Brest) +0 (MLX) =11
[3-6[	44(Brest) +0(MLX) =44
[6-11[	134(Brest) +22(MLX)=156
[11-16[	131(Brest) +62(MLX)=193
[16-17[	9(Brest) + 19 (MLX)=28
18 et plus	19(Brest) +0(MLX)=19
Tous âges	348(Brest)+103(MLX)=451

Sur les 348 patients brestois, 20 ont été pris en charge sur les deux secteurs brestois.

REPARTITION DES HOSPITALISATIONS PAR DIAGNOSTIC

Diagnostic principal ou associé	file active
F10-F19	2+2=4
F20-F29	2+9=11
F30-39	28+3=31
F40-49	14+9=23
F50-59	11+2=13
F60-F69	4+9=13
F70-79	4+2=6
F80-89	213+13=226
F90-99	97+35=132
Tous diagnostics	348+103=451

ACTIVITE DE LA MAISON DES ADOLESCENTS DE BREST

Les modalités d'accueil à la MDA sont plurielles. En 2016, elles se sont réparties synthétiquement de la façon suivante :

- 563 accueils téléphoniques ;
- 66 accueils physiques (présentation dans le service sans entretien associé) ;
- 610 entretiens d'accueils (/648 en 2015 : -6%), dont :
 - 111 concernant des jeunes déjà venus au moins une fois précédemment.
 - 499 concernant des jeunes venant pour la première fois :
 - 118 sans rendez-vous ;
 - 381 de façon programmée.

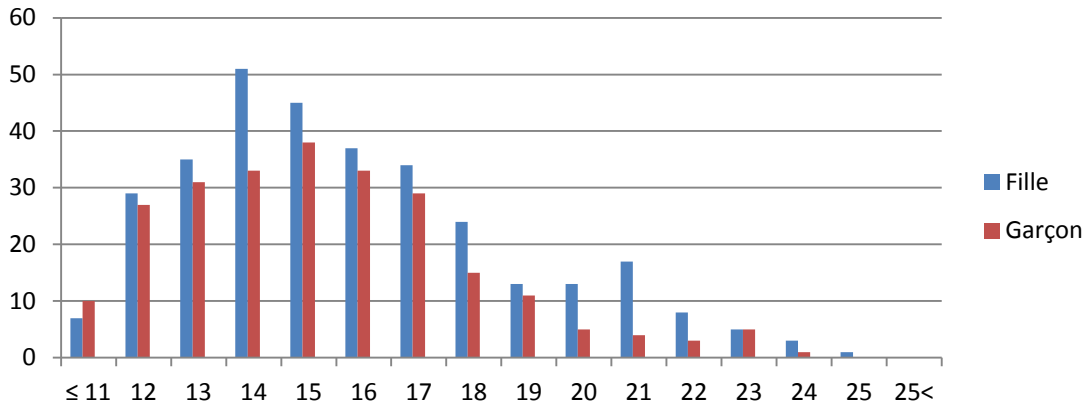


Figure 1 : Âge et sexe des jeunes concernés par l'appel

➔ les 13-19 ans sont les plus représentés (79 %).

L'histogramme ci-dessous fait valoir les situations principalement rencontrées (plus de 3 % des occurrences), sans prendre en compte leur intensité.

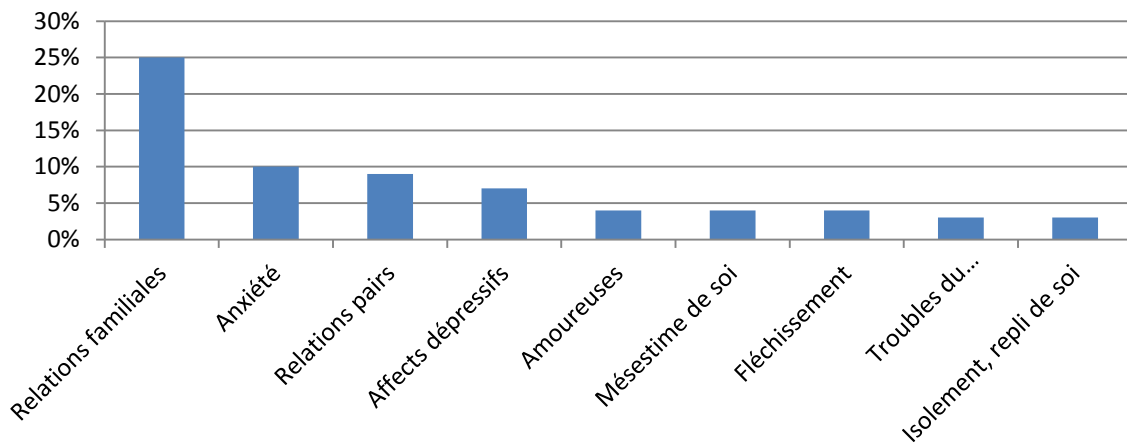


Figure 2 : Situations principalement rencontrées par la MDA

Orientations :

Qu'elles se fassent dès le premier entretien ou après plusieurs prestations à la M.D.A., elles se répartissent comme suit⁶ :

⁶ 165 situations concernées

	2016	2015
Psychologues/Psychiatres libéraux	26%	24%
Psychologues /Psychiatres C.M.P.	20%	19%
Anjela DUVAL :	15% :	18% :
- préadmission	11%	12%
- prévention	4%	6%
C.M.P.P.	15%	12%
A.D.I.	5%	2,5%
Psychiatrie Infanto juvénile (Bohars ou Morlaix)	5%	2%
Urgences psychiatriques	3%	4%
Psychiatrie pour plus de 16 ans	2%	2%
C.D.A.S.	2%	0
S.U.M.P.P.S.	2%	0

Tableau 1 : Orientations suite au contact avec la MDA

On observe toujours une très grande majorité d'orientations vers des professionnels ou services spécialisés dans les soins psychiques (98 %).

La Maison des adolescents signale la difficulté de trouver des relais thérapeutiques auprès des services brestois de la pédopsychiatrie.

Les listes d'attente sur les secteurs de pédopsychiatrie sont importantes sur Brest. Sur Winnicott 272 demandes en 2015, 65 nouveaux suivis possibles, et en 2016 301 demandes et 64 nouveaux suivis. Il est noté l'absence d'activité de CMP sur Bohars : les consultations évoluent vers des consultations pédopsychiatriques à Saint Pol Roux. L'organisation est mise à mal par une grande difficulté liée à la faiblesse des moyens paramédicaux et une problématique de recrutement, en particulier des orthophonistes.

Certaines demandes sont traitées en étant adressées aux urgences pédiatriques par l'entourage ou le médecin traitant.

Sur le secteur Morlaisien, la liste d'attente reçoit des réponses à plusieurs vitesses : délais raccourcis lors de demandes de la pédiatrie (2 jours) ou de la médecine scolaire ou du médecin traitant (15 jours) à 6 mois.

La permanence des soins est assurée en dehors des heures ouvrables par les astreintes communes à la psychiatrie infanto-juvénile et à la psychiatrie adulte.

CONVENTIONS

Les psychiatres morlaisiens interviennent à hauteur de 0,5 ETP médical pour l'IME Ar Brug, 0,10 ETP médical pour le SESSAD Arc en ciel, 0,20 ETP pour la PMI et 0,5 ETP d'éducatrice spécialisée pour une ULIS.

Sur Brest, des conventions existent avec Perharidy (0,20 ETP médical pour la filière TCA), et avec l'Education Nationale et la ville de Brest pour les ULIS TED et l'UEM.

PRE-REQUIS

Les activités variées présentées dans ce chapitre sont réalisées par les médecins et les équipes pluridisciplinaires intervenant dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les indications sont posées par les médecins et sont réalisées par les équipes sous leur responsabilité.

Les équipes pluri-professionnelles sont composées d'infirmiers, d'aides-soignants, d'ASH éducateurs, de psychologues, de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'assistantes sociale et de secrétaires. A Brest, des enseignants, des familles d'accueil et des ergothérapeutes interviennent également dans la prise en charge.

Le cœur de métier, activité réalisée plus de 2 fois par semaine est le suivant :

- Consultations médicales ;
- Prise en charge hospitalière : hospitalisation complète, hôpital de jour, groupes, CATT ;
- Consultations, bilans, groupe et prise en charge des psychologues ;
- Activités paramédicales de rééducation et de bilan ;
- Synthèses, Elaboration des Projets de soins Personnalisés, ou des Projets d'accompagnement individualisés, Evaluation des Pratiques ;
- Travail en réseau :
 - Liaison avec le service de pédiatrie ;
 - Rencontre avec les services sociaux en lien avec les enfants pris en charge : synthèses, accompagnement des assistants familiaux, animation d'équipe, analyse de pratique ;
 - Liaison avec les équipes pédagogiques de l'Education Nationale, médecine scolaire.

Plus spécifiquement pour Brest existent aussi :

- Les bilans diagnostics TED : consultations médicales, ADI, ADOS, CARS, Vineland, PEP ;
- Missions pédagogiques : séances scolaires sans les services ou à l'UEM (Unité d'Enseignement Maternel) et ULIS TED ;
- Visites à domicile (HAD, Unités jeunes enfants, et autres unités) ;
- Accueils en Famille d'accueil (USAF) ;
- Missions Universitaires.

Les activités secondaires, réalisées au moins une fois par semaine, concernent les bilans diagnostics (ADI, ADOS, CARS, Vineland, PEP pour Morlaix), les missions d'appui du SESSAD Autisme à Brest et le travail dans le cadre de conventions avec les établissements médico-sociaux (Ar Brug) à Morlaix.

Les autres activités sont essentiellement :

- Animation du réseau : Muta'jeunes, CORSPEA, pour Brest ;

- Groupe Ressources locales (GRL), MDPH ;
- Education Thérapeutique à Brest, (2 groupes) pour famille d'enfants porteurs de Trouble Envahissant du Développement, Brest ;
- Rencontre avec la mairie pour Brest : travail avec les équipes pédagogiques et des TAP (Temps d'Accueil Périscolaire) ;
- Formation continue ;
- Expertises Brest : décalage entre fortes demandes judiciaires et ressources possibles.

Niveaux de sévérité des prises en charge tenant compte de la gradation des soins :

- Niveau 1 - Missions de proximité :
 - Consultations ambulatoires,
 - Groupes thérapeutiques
 - Hospitalisation
 - Rééducations, bilans
- Niveau 2 : - Missions de proximité et de référence :
 - Diagnostic et prise en charge : TCA (Trouble du comportement alimentaire), TED (Autisme..), Petite Enfance, Enfance, Adolescence
 - CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
 - Hospitalisation complète, hôpital de Jour (développements d'outils spécifiques avec formation personnel pour enfants porteurs de TED)
 - Missions de Recherche Universitaire pour Brest
- Niveau 3 - Mission de Recours à Brest:
 - TCA (trouble du comportement alimentaire)
 - TED : Unité Denver, Unité d'Evaluation Diagnostic, SESSAD Autisme,
 - UEM (Unité d'Enseignement Maternelle)

Forces	Faiblesses
- Structuration des services dans une gradation des soins complémentaires ; - Dispositifs à forte spécialisation correspondant aux recommandations HAS pour TED ; - Réseaux organisés : Muta'jeunes, CORSPEA, Périnatalité, Groupe Ressources locales ; - Proximité de centres de référence pédiatriques : troubles des apprentissages, maladies rares, génétique ; - Engagement des professionnels, stabilité des équipes.	- Hétérogénéité des modes de réponses aux consultations ; - Déséquilibre grandissant entre offre de soins (sans évolution de moyens) et besoins croissants engendrant de longues listes d'attente ; - Absence de plateau technique spécialisé en pédopsychiatrie aux urgences ; - Offre de soins inégale sur le territoire ; - Manque de lisibilité sur l'offre de soins et les parcours possibles ; - Faible niveau de gradations des recommandations d'HAS : discussion autour de la légitimité et consensus des prises en charge ;

Menaces	Opportunités
<p>Manque de place relai en médico-social confusion projet de soins / projet éducatif ou projet de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peu d'appel à projet dans le sanitaire peu d'opportunité de développement de l'offre de soins ; - Faible attractivité du personnel médical dans certaines zones du territoire (éloignées de Brest) ; - Courbe démographique médicale : nombreux départs prévus en peu d'années : risque de carence de personnel ; - Faible attractivité pour les paramédicaux : manque d'orthophoniste, perte de compétences, concurrence avec le privé ; - Perte de la diversité des pratiques et des champs épistémologiques ; 	<ul style="list-style-type: none"> - A Brest : arrivée d'un nouveau PUPH et regroupement des deux inter-secteurs de pédopsychiatrie ; - Présence d'un secteur d'activité médico-social au CHRU de Brest comme point d'appui pour répondre aux appels d'offre à venir dans le médico-social ; - Ouverture d'une école d'orthophonie à Brest ;

REFERENCES AU PRS

Le PRS 2012-2017 prévoit les éléments suivants :

- Réseau Service sociaux/Protection de l'enfance/Pédopsychiatrie, organisé autour d'une convention à Morlaix, mais pas à Brest ;
- Cellule maltraitance : coordination Pédiatrie/Pédopsychiatrie organisée de manière hétérogène sur le territoire ;
- Mise en place de groupes d'Education Thérapeutique auprès de famille d'Enfants porteurs de TED organisés à Brest ;
- Alternative à l'hospitalisation avec le service d'HAD (Hospitalisation à Domicile) fonctionnant à l'image d'une équipe mobile : service à étoffer au regard de l'offre inégale sur le territoire et de l'absence d'offre à Morlaix ;
- Réseau Muta Jeune qui assure d'ores et déjà un travail de prévention et formation auprès des partenaires sociaux, médico-sociaux et scolaires : informations sur les troubles du développement et du comportement, gestion des situations critiques (notamment en lien avec l'hospitalisation et les urgences), information sur les réseaux, coordination avec les services de soins (notamment CDSEA et HAD) gestion des situations liées à la carence des services de suivi ambulatoires, etc. ;
- Pas de réseau formalisé pour les articulations avec les médecins généralistes : projet (UMIPLEA) en attente de financement à Brest. Réponses aux demandes inégales sur le territoire.

- Préventions primaire et secondaire existantes pour la population des adolescents par la Maison des Adolescents mais activités qui ne sont pas formalisées ni financées pour le reste de la population infanto-juvénile ;
- Articulation avec la médecine scolaire non formalisée mais fonctionnant globalement correctement du point de vue de la pédopsychiatrie, restant cependant très insuffisant du point de vue des médecins scolaires et de beaucoup d'enseignants ;
- Réseau addictologie et Périnatalité.

RUPTURES ET FRAGILITES DES PARCOURS

Des difficultés sont rencontrées pour organiser les transitions entre les structures institutionnelles suivant les âges ou les besoins de prise en charge complémentaires. Ces difficultés sont particulièrement sensibles à Brest.

L'attente pour l'orientation vers les services médico-sociaux et services de l'aide sociale à l'enfance (familles d'accueil, foyers) est longue et conduit à l'embolisation des prises en charge dans le sanitaire et au risque d'aggravation des troubles par inadéquation du milieu. Il est également difficile de recruter des familles d'accueil.

Le manque d'orthophonistes nuit au maintien d'une offre de soin spécialisé et pluriprofessionnelle adaptée aux pathologies sévères ou spécifiques.

Pour de nombreuses situations, l'intervention concomitante de plusieurs équipes (sanitaire, médico-social) augmente la complexité de la prise en charge avec de possibles problèmes de coordination et de financement.

PROJETS

Projets sur le GHT

- ➔ Harmoniser la cotation de l'activité, mieux identifier l'activité en fonction de l'évolution des pratiques ;
- ➔ Respecter les règles de la sectorisation pour le suivi des patients.

Projets sur le secteur morlaisien (Morlaix Carhaix Lesneven)

- ➔ Une organisation regroupant CMP, CMPP et CAMPS pour organiser un diagnostic d'autisme niveau 2 avec des staffs communs ;
- ➔ Mieux définir le CATTP, groupes habilités sociales, toujours dans la complémentarité avec le CMPP ;
- ➔ Faire intervenir les internes sur des temps de groupe ciblés au CMPP et au CAMPS ;
- ➔ Projet d'équipe mobile dont l'activité principale serait orientée vers le centre Bretagne (Carhaix).

Projets sur Brest

Le projet **UMIPLEA** Unité Mobile d'Intervention en Pédopsychiatrie de Liaison pour Enfant et Adolescent a pour objet à travers une **équipe pluriprofessionnelle** (pédopsychiatre, infirmier, éducateurs, assistant social, rééducateurs) **et mobile** deux types d'intervention :

1. Des interventions en urgence ou semi-urgence :

- ➔ Renforcer le travail de liaison aux urgences pédiatriques pour l'accueil des enfants présentant des troubles psychiques ;
- ➔ Répondre aux demandes d'évaluation de situations de crise repérées par les médecins libéraux généralistes ou pédiatres ;
- ➔ Evaluation des situations individuelles et familiales en consultation et situation écologique à travers une équipe mobile et pluri professionnelle.

2. Des interventions programmées :

- ➔ Travail de prévention et formation auprès des médecins de ville, des équipes pédagogiques de l'Education Nationale et des communes (gestions des temps périscolaires) : informations sur les troubles du développement et du comportement, gestion des situations critiques, information sur le réseau, coordinations avec les services de soins, etc. ;
- ➔ Prise en charge sur des temps limités : 6 mois, renouvelables une fois maximum, avec contractualisation avec les familles sur des objectifs précis et limités correspondant à des troubles légers à moyens, réactionnels ;
- ➔ Orientation vers des structures de soins pour les enfants présentant des pathologies psychiques sévères.

Ce projet UMIPLEA a été présenté et validé par le pôle de psychiatrie en 2016. Il est en attente d'un financement pour sa mise en place.

A COURT TERME

La pédopsychiatrie continuera à évoluer grâce à l'intégration des données neurobiologiques, s'articulant avec les approches psychodynamiques, en accordant une place importante aux familles et aux partenariats intra et extra-hospitaliers.

A Brest, le rapprochement des deux inter-secteurs de pédopsychiatrie permettra à terme une meilleure articulation entre les différents services afin d'optimiser le parcours de soins et de la rendre plus lisible.

Un accueil de premier niveau de consultations tout venant

Le problème des listes d'attente et de la lisibilité de l'accès aux soins reste un point d'achoppement de la pédopsychiatrie brestoise. Le rapprochement des deux secteurs de pédopsychiatrie, avec la venue du nouveau PUPH en septembre 2018 sera l'opportunité de travailler sur ce point en priorité d'un point de vue qualitatif. La réponse quantitative risque de demeurer en-deçà de la demande.

Les prises en charges : 2^{ème} niveau d'intervention

Un deuxième niveau plus spécialisé pourrait être organisé en filières d'âge et pour certaines pathologies très spécifiques. Les patients y accéderont par le 1^{er} niveau ou directement par des spécialistes de santé mentale ou de l'enfance (psychiatres, pédiatres...).

1) Petite Enfance/Périnatalité (<3ans)

2) Enfance (3-11ans)

3) Adolescence (11-18ans)

4) Autisme et troubles apparentés (TSA)

Cette pathologie nécessite une spécialisation clinique et institutionnelle pour le diagnostic et le soin.

Certains services comme L'Unité d'Enseignement Maternel (UEM), l'Unité Denver, le SESSAD Autisme sont spécifiquement et entièrement dédiés à la prise en charge d'enfants autistes.

D'autres comme les CATTP, les hôpitaux de jour accueillent des enfants autistes au même titre que des enfants souffrant de troubles psychiques divers (cf. chapitre ci-dessus). Les services prennent en compte les recommandations de bonnes pratiques, les uns s'appuyant sur les autres dans une transmission de savoirs et savoirs faire, dans une articulation fluide entre parcours de l'enfant et mobilité des professionnels.

Cette filière pourra s'appuyer sur l'unité d'évaluation diagnostic (cf 4), mais aussi s'articuler avec la psychiatrie d'adulte, le secteur médico-social, la MDPH et le CRA.

5) Troubles alimentaires (TCA)

Les TCA bénéficient aussi d'une spécialisation dédiée pour l'observation et le soin. Les dispositifs impliqués doivent s'articuler avec ceux de la psychiatrie adulte, de l'addictologie, mais aussi avec la médecine somatique (endocrinologie, pédiatrie, réanimation) et les soins de suite (SSR Perharidy).

Unités d'expertise (troisième niveau)

Unité d'évaluation et de diagnostic de l'autisme et troubles apparentés : cette unité est un dispositif de recours expertal pour le diagnostic des troubles sévères du développement de l'enfant et l'adolescent nécessitant matériel spécifique et une articulation avec la neuropédiatrie (notamment le Centre Référence Maladie Rare Déficience Intellectuelle en cours de labellisation), la génétique clinique et le Centre Ressource Autisme.

Le prochain chef de service PUPH souhaiterait mettre en place un **centre de référence des troubles sévères du comportement**. Un premier niveau articulé avec les soins primaires et les écoles, ainsi que le développement de filières et de deux dispositifs experts fortement articulés avec la neuropédiatrie et la psychiatrie adulte permettraient à la population un accès facilité, un haut niveau d'expertise et de spécialisation, tout en proposant un cadre adapté à la recherche et l'enseignement.

L 'enseignement et la recherche se centreraient sur les mêmes axes que les filières territoriales envisagées :

- ➔ Filière d'enseignement et de recherche TCA (Double Miroir, Etude de devenir, efficacité thérapeutique des prises en charge institutionnelles, participation au DIU TCA de Poitiers), en articulation avec la psychiatrie d'adulte et l'addictologie
- ➔ Filière d'enseignement et de recherche Autisme (Recherche Elena, PHRC Mélatonine, Double miroir, Etude de devenir et d'efficacité thérapeutique, projet de DIU Autisme Grand Ouest)
- ➔ Filière d 'enseignement et de recherche Petite Enfance (Psychiatrie du Bébé, Psychiatrie Périnatale, Diagnostic et prise en charge précoce des troubles neurodéveloppementaux, DIU Périnatalité Grand Ouest)
- ➔ Filière d'enseignement et de recherche Troubles des Conduites (poursuite du DIU Adolescents Difficiles Grand Ouest, Recherche TC)

La proposition d'un pôle territorial de pédopsychiatrie avec le regroupement du service réunifié du secteur de Brest et du service de Morlaix en un pôle de pédopsychiatrie interhospitalier a été discutée.

PSYCHIATRIE DU SUJET AGE

PILOTES ET GROUPES

Responsables de la filière	Sylvie Le Lann, Brigitta Bergot, Philippe Genest
Membres du groupe	Dr Cyril Hazif-Thomas, Dr Didier Le Garlandézec, Dr Emgan Querellou DIM Associés : Dr Philippe Charpentier, Dr Pascal Inizan, Dr Maryline Le Berre Directeur référent : Mme Sandrine Baranger

CONTEXTE

La France investit peu la « gérontopsychiatrie », en termes de structures, d'organisation de soins et d'enseignement de la psychiatrie du sujet âgé est classée 18^{ème} au niveau mondial.

Pourtant il existe une déclaration de consensus sur la psychiatrie de la personne âgée rédigée par l'OMS et notre pays est largement concerné par le vieillissement de la population :

« Cette spécialité s'occupe de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des démences, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies. Elle traite en outre les patients âgés souffrant de maladies psychiatriques chroniques. Dans la plupart des cas, la morbidité psychiatrique dans l'âge avancé coexiste avec la maladie physique et est susceptible de se compliquer souvent de problèmes sociaux. Les personnes âgées peuvent aussi présenter plus d'un diagnostic psychiatrique ».

Le récent rapport Laforcade constate d'ailleurs la nécessité de « doter la santé mentale d'un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées »⁷.

La Bretagne connaît par ailleurs une forte proportion de personnes âgées de 60 ans et plus ; **la population âgée est en Bretagne surreprésentée par rapport à la France métropolitaine** (24 % contre 22 %) et l'indice de vieillissement est également plus marqué en région qu'ailleurs (76 % contre 67,4 %).

« La Bretagne présente des populations vulnérables aux risques sanitaires et susceptibles d'être éloignés du système de soins du fait de leur âge et de leur isolement (personnes âgées à faibles revenus en milieu rural), du mode de vie ou de travail (agriculteurs isolés, travailleurs

⁷ M. Laforcade, *Rapport relatif à la santé mentale*, p.22

de la mer, ouvriers et employés précaires de l'industrie agro-alimentaire), de leur situation socio-économique (les « sans chez soi », les migrants précaires etc.), de l'insularité (fort indice de vieillissement, cherté du foncier et du logement, accès aux soins) »⁸.

LIEUX

Etablissements	Autorisations	Spécialités	Unités spécialisées
Exemple : CHRU de Brest	Psychiatrie	Psychiatrie du sujet âgé	Unité Stereden : HC et hospitalisation de semaine (24 +2 lits) Unité Trielen : HDJ de 20 places Equipe mobile intervenant sur le bassin de Brest (secteur 1 à 4) : EHPAD et domicile Gérontopsychiatrie de liaison en SSR (St Renan et Guilers pour la psychiatrie du sujet âgé) et à la Cavale Blanche (sous la responsabilité de la psychiatrie adulte) Consultations délocalisées sur les sites du CMP de Ponchelet et de Saint Saëns (Brest) Activité conventionnée avec l'une des rares Unités d'Hébergement renforcée de la région Bretagne (centre Kuz-Héol de Bourg Blanc)
CH Landerneau	Psychiatrie	Pas de spécialisation mais service d'hospitalisation de psychiatrie générale accueillant les personnes âgées Accueil en hôpital de jour et en activités à temps partiel Psychothérapie institutionnelle et suivi de secteur	Equipe mobile de psychiatrie de la personne âgée intervenant dans les EPHAD, consultations spécialisées au CMP de Landerneau, Pont de Buis et Crozon Gérontopsychiatrie de liaison sur les unités de Médecine, SSR et chirurgie du CH de Landerneau
CH Morlaix	Psychiatrie	Psychiatrie du sujet âgé et psychiatrie de liaison généraliste, y compris en gériatrie	HC, HDJ <i>Ty Gwenn</i> à Lesneven (secteur 5) et USLD <i>An Haleg</i> à Plougouven, à orientation psychiatrique/gérontopsychiatrique Intervention des CMP dans tous les EHPAD du territoire du CHPM (conventions)

ACTIVITE

D'après l'OMS les troubles mentaux sont une des premières causes de morbidité chez le sujet âgé ; ils représentent 3/5 des sources d'incapacité liées au vieillissement.

L'objectif général est de développer la prise en charge ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Les principaux enjeux de la psychiatrie du sujet âgé recourent en grande partie ceux de la psychiatrie :

- L'accès à des soins de proximité et de recours sur le territoire ;
- L'harmonisation des pratiques par l'échange (équipe mobile de psychiatrie) ;
- L'amélioration de la formation au repérage du risque suicidaire lors des hospitalisations en psychiatrie et en MCO (activité de liaison).

⁸ Schéma régional de prévention, p. 94.

Ces deux derniers enjeux sont essentiels pour « **consolider les liens avec les établissements médico-sociaux, d'améliorer l'articulation avec les travailleurs sociaux et renforcer la place des usagers et de leurs familles qui doivent être considérés comme des partenaires à part entière de l'organisation des soins (SROSS 3, p298)** ».

- Le développement de la recherche médicale et paramédicale, notamment quant aux troubles du comportement des maladies démentielles, aux liens dépression-démence, aux thérapeutiques non médicamenteuses ;
- Le développement d'unités cognitivo-comportementales.

On insistera ici sur l'importance de la pérennisation et du développement **d'Unités Cognitivo-Comportementales**. L'implantation d'une UCC sur le bassin de Brest, outre celle qui existe à Morlaix, est nécessaire pour prendre en charge de manière spécifique les troubles liés à une démence en gériatrie. Ces unités permettent de fluidifier le parcours de soins et à la psychiatrie de se recentrer sur ses missions premières. Ainsi, cela autorise une approche psychiatrique spécifique pour les sujets ayant peu ou pas de troubles cognitifs, et donc un soin individualisé pour les personnes véritablement en adéquation avec la mission des services de psychiatrie du sujet âgé. En effet, la psychiatrie a d'abord vocation à admettre des personnes en souffrance mentale plutôt que des personnes en souffrance neurocognitive.

- **Développer la coopération entre les différents acteurs du GHT, car selon le SROS** « L'organisation de la prise en charge de proximité (dépendance des personnes âgées, organisation du premier recours, actions de prévention ou de promotion de la sante) doit faire l'objet d'un maillage fin, permettant la mise en œuvre des actions. » (SROS décliné par le 2012-2017, p.241).

Pour le service de psychiatrie du sujet âgé du CHRU de Brest :

Activité du service Stereden.	Au sein d'un CRHU, Pôle de Psychiatrie (Pr M. Walter)
Nom du service : IPPA (Intersecteur de Psychiatrie de la Personne Âgée)	Téléphone : 02 98 01 50 27
Nom du chef de service : Docteur HAZIF-THOMAS Cyril	Nombre de lits installés : 26 lits (24 lits HC + 2 lits HS) - 20 lits hôpital de jour – ambulatoire : unité mobile de psychiatrie de la personne âgée
7982 journées d'hospitalisation	Nombre de consultations : 2500
Nombre d'entrées par an : 502	Nombre de postes DES : 1 DES de Psychiatrie, 2 DES de Médecine Générale
Durée moyenne du séjour : 20,47 j	
Principales pathologies traitées dans le service (indiquer les cinq premiers groupes homogènes de maladies PMSI) :	
<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de l'humeur (F30-F39) - Troubles démentiels (F00.2) - Troubles anxieux (F40-F48) - Schizophrénie et autres troubles psychotiques (F20-F29) - Troubles mentaux organiques (F00-F09) 	

Pour le service de psychiatrie du sujet âgé de Landerneau :

Activité du service Le Kipfer	Au sein du Centre Hospitalier « Ferdinand Grall » de Landerneau, Pôle de Psychiatrie
Nom du service : le Kipfer	Téléphone secrétariat : 02 98 21 80 40
Nom du responsable de service : Docteur BERGOT Brigitta Nom du responsable de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée : Docteur QUERELLOU Môm	Service d'Hospitalisation de psychiatrie générale accueillant les personnes âgées
File active des patients de plus de 65 ans en 2015 : 409 patients soit 23.1 % de la file active totale	- Les consultations spécialisées sont réalisées au niveau des différents CMP du secteur - Ambulatoire : unité mobile de psychiatrie de la personne âgée Intervenant dans les différentes EPHAD du secteur, les services de médecine, SSR et Chirurgie (psychiatrie de liaison)
Principales pathologies traitées dans le service (indiquer les cinq premiers groupes homogènes de maladies PMSI) : - Troubles de l'humeur (F30-F39) - Troubles anxieux (F40-F48) - Schizophrénie et autres troubles psychotiques (F20-F29) - Autres troubles démentiels (F 03) - Troubles mentaux organiques (F00-F09)	

Pour le service de psychiatrie du sujet âgé du CH des Pays de Morlaix :

Activité du service Les Hêtres.	Au sein du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, Pôle de Psychiatrie
Nom du service : Intersecteur de Gérontopsychiatrie	Téléphone secrétariat : 02 98 62 61 62
Nom du responsable de service : Docteur LE GARLANTEZEC Didier	Nombre de lits installés : 20 lits, 5 places d'hôpital de jour
Journées d'hospitalisation : à renseigner	Nombre de consultations : néant - Les consultations sont réalisées par les CMP de chaque secteur Pas d'équipe mobile dédiée - l'équipe de liaison de psychiatrie dispense essentiellement des avis infirmiers en service de gériatrie et SSR sur le CHPM - chaque secteur psychiatrique du CHPM a conventionné avec les EHPAD pour formaliser les échanges avec le médico-social
Nombre d'entrées par an : à renseigner	Temps médicaux : - Nombre de postes DES : néant - un tiers temps de médecin généraliste - un mi-temps de psychiatre
Durée moyenne du séjour :	

<p>Principales pathologies traitées dans le service (indiquer les cinq premiers groupes homogènes de maladies PMSI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles de l'humeur (F30-F39) - Troubles anxieux (F40-F48) - Schizophrénie et autres troubles psychotiques (F20-F29) - Maladie d'Alzheimer (F00.1) - Autres troubles démentiels (F 03) <p>Les patients des deux derniers groupes sont plutôt orientés vers l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC)</p>	<p>Les patients des deux derniers groupes sont plutôt orientés vers l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC)</p>
--	---

ACTEURS

La priorité des acteurs est d'améliorer la prise en charge de populations et de pathologies spécifiques, ce qui, en termes de soins aux personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques, implique de pouvoir recourir à un nombre suffisant d'acteurs formés à la psychopathologie du vieillissement et à la biologie du vieillissement.

Pour rappel, parmi les populations et pathologies spécifiques, le SROSS 3 (p. 300 à 306) cite les enfants et les adolescents, **les personnes âgées, les personnes handicapées psychologiquement**, les personnes détenues (mise en place d'UHSA), les conduites addictives ainsi que les **conduites suicidaires** (prise en charge des tentatives de suicide aux urgences et en psychiatrie de crise suicidaire liaison).

Les professionnels de santé travaillant dans le champ de la « personne âgée » adoptent fréquemment l'usage d'un **critère d'âge, articulé à une philosophie de soins** ce qui consiste à aller au-delà de seulement « hospitaliser les patients atteints d'une affection psychiatrique apparue dans la vieillesse »⁹. Dans le cas contraire, les patients avec un long parcours psychiatrique, notamment les patients psychotiques chroniques vieillissants, peuvent se trouver d'emblée exclus de la filière gérontopsychiatrique. Brest et Morlaix suivent un critère d'âge (entrée à 70 ans dans une unité spécialisée), Landerneau plutôt un critère de soins (entrée en unité polyvalente quel que soit l'âge), mais les trois équipes ont ce souci d'articulation afin d'offrir la prise en charge la plus globale et cohérente possible.

PARCOURS DE SOINS ACTUEL

Les attentes **des patients ou de leurs proches, le vieillissement de la population, et l'exigence de fluidité des parcours de soins** imposent de développer une réponse de plus en plus réactive aux troubles cognitifs et non cognitifs rencontrés au soir de la vie. Dans le contexte du **virage ambulatoire** attendu pour préparer l'hôpital de demain, se pose la question des hospitalisations non-justifiées ou mal préparées. D'une manière générale, les divers travaux montrent un taux d'utilisation inappropriée des hôpitaux de l'ordre de 20 à 30 % au sein de différentes structures de soins aigus ou subaigus.

⁹ (PM Charazac, De l'intérêt d'un critère d'âge en gérontopsychiatrie. InfPsychiatr 2011 ; 87(6):456—8).

La psychiatrie du sujet âgé n'échappe pas à cette réalité, ce d'autant plus que les réponses des médecins généralistes (Niveau 1) sont souvent tardives par rapport à l'ancienneté de la souffrance. Des solutions de type CMP ou équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé pour peser le pour et le contre de la poursuite d'un suivi ambulatoire ou d'une admission en HC (Niveau 2) sont insuffisamment développées aujourd'hui du fait d'un manque reconnu de formation des professionnels et de mise à disposition de ces outils intermédiaires entre le soin à domicile et le soin hospitalier.

Des réponses à partir d'une « équipe recours » spécialisée dans la formation et la prévention (Niveau 3), support d'enseignement et de recherche (citons ici la proximologie et la recherche sur les aidants familiaux par exemple) manquent encore plus, même si existent des embryons de mise en forme institutionnelle de ces ressources rares de type « mission d'appui » au vu des troubles mentaux du sujet âgé : consultations spécialisées dans la dépression tardive (liens dépression et démence), souffrance des aidants de malades Alzheimer, suivi psychiatrique spécialisé en unité d'hébergement renforcé pour malades Alzheimer, etc.

Le parcours de soins en psychiatrie du sujet âgé est donc marqué des difficultés relevées dans le rapport Laforcade : y sont pointés notamment « le recours trop systématique à l'hospitalisation aux urgences des hôpitaux, source de rupture fâcheuse pour l'usager, l'absence fréquente de lits dédiés de gériatrie dans les courts séjours des hôpitaux généraux, l'aide insuffisante aux familles (de type "répit") malgré l'existence de quelques centres de jour, dont l'évaluation mériterait d'être plus poussée, le nombre insuffisant d'équipes mobiles de psychogériatrie, la coordination insuffisante entre gériatrie et psychiatrie, mais aussi entre psychiatrie, médecine générale, soins somatiques, familles et mandataires de justice » (Rapport précité, p.51).

Tous les acteurs souhaitent que la notion de soins centrés sur le patient et de partenariat, si fondamentales à appréhender, soient au cœur de leur projet. Toutes les difficultés relevées pour y parvenir illustrent le besoin d'acteurs mieux formés à la grande transversalité et coordination des intervenants que nécessite le soin psychiatrique du sujet âgé, ceci dans un contexte d'« extension importante de la demande autour de troubles mentaux fréquents, de populations spécifiques (adolescents, personnes âgées) » (Rapport précité, p.82).

MATRICE MOFF

Forces	Faiblesses
Expertise reconnue des acteurs, souplesse du dispositif intersectoriel	Reconnaissance insuffisante de la discipline ; manque de fluidité du parcours de soins ; accès insuffisant aux ECT. Effectif médical restreint au CHPM
Menaces	Opportunités
Absence de prise en charge globale <i>dès le domicile</i> ; faiblesse des effectifs médicaux	Promotion des équipes mobiles

Cette absence de prise en charge globale dès le domicile est notamment l'une des raisons majeures de ruptures de parcours de soins lorsque les familles ne sont pas accompagnées ; c'est encore ce manque de coordination des efforts soignants et de prise en compte des solidarités de proximité qui rend compte de l'afflux de personnes âgées en souffrance mentale aux urgences.

Des besoins importants de formation émergent des discussions entre équipes de psychiatrie du sujet âgé sur les trois sites. Ils concernent notamment la prévention de la crise suicidaire, l'accompagnement des sujets vieillissants atteints de troubles psychiatriques (psychose, troubles et troubles de l'humeur) ; les troubles du comportement dans les maladies démentielles, l'usage de la contention et de l'isolement à l'âge avancé, ainsi que l'accompagnement de l'entrée en EHPAD, ou encore la prise en compte de la détresse des aidants familiaux.

Rappelons que pour le SROMS, il importe de « s'assurer d'une coordination efficace des acteurs et d'un soutien aux aidants. Afin de soutenir et d'accompagner les aidants de proximité, il s'agira de permettre que leurs soient fournies l'information et les formations nécessaires. » (p. 410), objectif décliné certes dans la perspective du « maintien à domicile des personnes âgées et handicapées » mais qui concerne également la coordination de l'action sanitaire et médico-sociale.

Une équipe mobile de territoire relative à la prévention et la formation des soignants et aidants confrontés à des personnes âgées pas faciles serait un projet à construire en vue de limiter les dérives relevées plus haut et de satisfaire les demandes des professionnels.

Cela permettrait de favoriser l'édification « des passerelles conventionnelles entre secteur et EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), outils privilégiés par les pouvoirs publics actuellement afin d'asseoir la mise en place de dispositifs intersectoriels transversaux, selon le rapport Laforcade (p. 31).

REFERENCE AU PRS

L'idée, en favorisant la prévention et la formation, est de permettre un **meilleur accès aux soins** ; on ne peut à la fois demander plus d'UCC, d'UHR, de PASA et ne pas former les soignants à la dimension psychiatrique des publics concernés par ces « nouvelles » structures. De même on ne peut à la fois affirmer une volonté forte de prise en charge de la dépression et de la crise suicidaire du sujet âgé et ne pas remarquer le manque d'accès à des thérapies intensives (ECT), souvent pratiquées en clinique libérale.

Dans l'axe de prévention du PRS Bretagne, on retrouve non seulement :

1. L'objectif de travailler en **partenariat avec les collectivités locales** (notamment autour de la question du handicap et des personnes âgées) mais celui **d'améliorer l'état de santé de la population** notamment en parvenant à « améliorer les pratiques professionnelles autour de la **dépression chez le sujet âgé** »¹⁰.

¹⁰ Ibid., p.93.

2. Il est impératif d'améliorer le dépistage et la prise en charge de la dépression des seniors tant elle est intriquée avec un fort risque de passage à l'acte suicidaire ; pour rappel, « le 20 octobre 2007, le Conseil régional de Bretagne a organisé une conférence de consensus sur la prévention du suicide qui a permis d'établir des préconisations concernant le suicide de jeunes et des adolescents, le suicide au travail, **le suicide des personnes âgées**, l'information et les dispositifs d'écoute ».
3. Ainsi une telle équipe mobile de territoire de prévention et de formation des acteurs en santé participe de l'ambition de l'ARS d'appuyer « en priorité les actions menées au bénéfice des **publics les plus en difficulté : personnes en situation de précarité, personnes isolées, personnes âgées** en complémentarité des actions menées en milieu du travail par la DIRECCTE et la MSA (pour le monde agricole) »¹¹. Il s'agit finalement d'intégrer l'objectif plus général de « favoriser l'accueil, l'écoute et l'orientation et la prise en charge des personnes en souffrance psychique en s'assurant d'améliorer l'information du public et d'améliorer la connaissance des professionnels sur les structures de prévention et de prise en charge en santé mentale »¹².
4. Enfin un équipe de territoire de prévention et de formation pourrait également répondre à l'objectif de « **former et accompagner les professionnels intervenants auprès des personnes handicapées et des personnes âgées** », conformément à l'objectif du schéma régional de prévention de **Promotion de la santé en matière de vie affective et sexuelle**¹³.

POST-REQUIS

Des moyens en temps de médecin et de soignant sont à prévoir :

- 1 poste temps plein de médecin
- 1 poste temps plein de psychologue
- 1 poste d'infirmier et un temps de cadre infirmier à définir
- 1 temps de secrétariat à définir
- 1 temps de qualicien à définir

Ces moyens sont clairement requis afin de prendre en compte sérieusement les forces (Services de psychiatrie du sujet âgé généralement bien reconnus et bien identifiés de la part de la psychiatrie et de la filière gériatrique) et les faiblesses (Personnel médical-médecine générale et psychiatrie- habituellement en sous-effectif, comme sur l'ensemble des pôles de psychiatrie).

MISE EN OEUVRE

Orientations stratégiques	Promotion des alternatives à l'hospitalisation. Prévention par une équipe mobile de territoire des prises en charge mal négociées en matière de soin psychiatrique du sujet âgé (« mal traitance ») par une formation à la psychopathologie du vieillissement et à la clinique gériopsychiatrique, à destination des établissements sanitaires et médico-
----------------------------------	--

¹¹ Ibid., p.91.

¹² Ibid., p.91.

¹³ Ibid., p.100.

	<p>sociaux ainsi que du secteur libéral. Réduction des coûts en rapport avec les effets indésirables liés aux soins.</p>
Axes prioritaires	<p>Formation des professionnels de santé et autres acteurs du soin et de la coordination des actions médico-sociales. Développement de partenariats avec le secteur public et libéral pour une meilleure équité d'accès à des méthodes thérapeutiques intensives (ECT, TMS...).</p> <p>Harmonisation les protocoles de prise en charge et de soins sur le territoire couvert par le GHT afin de permettre une évolution des pratiques professionnelles.</p>
Actions à court terme (6 mois – 1 an)	<p>Etat des lieux, constitution de l'équipe (moyens nouveaux requis de temps médical et soignant), rédaction du projet et ancrage institutionnel dans le territoire du GHT.</p>
Actions à 5 ans	<p>Déploiement de la dynamique de formation (crise suicidaire, troubles du comportement, approches différentielles selon les pathologies, spécificité du soin sans consentement chez le sujet âgé en souffrance mentale...); aide à la mise en place de nouvelles méthodologies d'accès innovants aux soins psychiatriques (télé-psychiatrie et télé-expertise).</p>

EVALUATION ET ACTUALISATION

Nombre de formations délivrées par l'équipe mobile de territoire.

Nombre de protocoles de soins établis et/ou revus en lien avec les qualitiens.

Indicateurs qualité sur la réduction des troubles du comportement par site.

Structuration plus lisible des partenariats, notamment dans le champ de la santé primaire et secondaire

Evolution de la fluidité du parcours de soins avec regard sur :

- Articulation du travail des différentes équipes mobiles de secteur avec les consultations ;
- Réduction des passages aux urgences ;
- Limitation des séjours en hospitalisation ;
- Limitation du recours aux contentions et isolements.
-

PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS

PILOTES ET GROUPES

Responsables de la filière	Sylvie Le Lann, Brigitta Bergot, Philippe Genest
Membres du groupe	Dr Laure Bleton, Dr Muriel Fleuret, Dr Céline Kopp-Bigault, S. Montrelay, Pr Michel Walter DIM Associés : Dr Philippe Charpentier, Dr Pascal Inizan, Dr Maryline Le Berre Directeur référent : Mme Sandrine Baranger

CONTEXTE

Avec 10 000 décès par an et 190 000 passages à l'acte par an au niveau national, le suicide et les conduites suicidaires représentent une problématique de santé publique majeure. Le suicide constitue une des premières causes de mortalité des jeunes (15-35 ans). La nécessité de constituer un axe « conduites suicidaires » pour le projet médical partagé du territoire est liée aux particularités de la Bretagne avec une surmortalité régionale de 65% et une surmorbidity de 50% par rapport aux chiffres nationaux. Il existe, de plus, des disparités territoriales.

Des recommandations ont été formulées : HAS 2000, Comité d'Evaluation du Plan d'Actions Contre le Suicide Codev mars 2016, Conseil National de Santé Mentale CNSM octobre 2016. Les grands axes de ces recommandations sont :

- Mettre en place un suivi post tentative de suicide (TS) après les urgences ;
- Améliorer la prévention spécifique auprès des populations à risque ;
- Repérer la crise suicidaire pour les populations à risque élevé ;
- Systématiser l'évaluation en milieu hospitalier ;
- Assurer une prise en charge multidisciplinaire ;
- Développer les systèmes de veille après TS ;
- Privilégier les actions de prévention multimodales et territorialisées ;
- Améliorer la formation des acteurs du soin, en particulier celle des médecins généralistes.

Pour le territoire de santé, il existe un focus sur les adolescents et jeunes adultes. Les pratiques évoluent avec l'utilisation des NTIC. Une dynamique de recherche clinique est déjà en cours.

LIEUX

La prise en charge est sectorielle (Brest, Landerneau et Morlaix) ou est réalisée en clinique (Brest, Guipavas) ou à l'HIA pour les adultes.

Des dispositifs spécifiques sont mis en place pour les jeunes :

- Dispositif d'accueil et d'écoute maillé pour les jeunes
 - MDA (maison des adolescents) : Brest
 - PAEJ Brest, Morlaix et Carhaix, antennes à Landivisiau, Roscoff, Plouescat, Lesneven, Saint-Renan
- Unité d'hospitalisation et de prévention spécialisée pour les 15-25 ans :
 - UAMP Anjela Duval au CHRU Brest

Un dispositif de prévention des conduites suicidaires chez les personnes âgées (Landerneau).

ACTEURS

PERSONNELS

Tous les professionnels de santé mentale sont impliqués du fait de la prévalence des conduites suicidaires. Les personnels de liaison en MCO (fortement impliqués) sont:

- Brest : 2 ETP médicaux, 1,5 secrétaire, 1 psychologue, 1 interne
- Landerneau : 2 ETP IDE
- Morlaix : 4 ETP IDE

Les personnels dédiés sont :

- Brest : UAMP Anjela Duval (20 ETP pluriprofessionnels) + dispositif Vigilans (2 IDE, 1/2 PH, 1 coordinatrice)
- Landerneau : 2h par jour pluri professionnel (lundi au samedi)
- Morlaix : 0,8 ETP psychologue ; Carhaix : 0,4 ETP psychologue

COMPETENCES SPECIFIQUES PAR FORMATION

- Reconnaître et prendre en charge la crise suicidaire Seguin/Terra ;
- DU « Etude et prise en charge des CS » ;
- Formation Vigilans (appel téléphonique).

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

La permanence et la continuité des soins sont assurées par les urgences générales (HIA, Landerneau, Morlaix) avec mise à disposition temporaire de professionnels de santé mentale et par les urgences psychiatriques dédiées 24h/24 et 365 jours/365 au CHRU Brest (15 ETP IDE, 2 PH, 1 interne, 1 cadre).

RESEAUX

- CLSM à Brest, Pays COB et Morlaix, en cours de constitution à Landerneau
- Groupe de travail « Prévention Suicide » du CHPM
- Réseau de formation des MGs (DPC)

COOPERATIONS EXISTANTES

Des coopérations existent avec la clinique de l'Iroise (Brest) et la clinique de Pen-An Dalar (Brest, Landerneau)

ACTIVITE

Activité de chaque centre en 2015 : 823 tentatives de suicide à Brest, 107 à Landerneau, 161 à Morlaix.

Activité du SAMU en 2013 : 1893 nombre d'appels pour tentatives de suicide

Activité de recherche clinique :

- 3 PHRC : 1995 (psychothérapies brèves), 1998 (unité hospitalières dédiées) et 2009 (systèmes de veille post-TS) ;
- 1 recherche action : dispositif Vigilans (recontact après TS) depuis juin 2016 ;
- 1 projet de prévention multimodale franco-québécois : CQFD-I à partir de 2017-2018.

Activité d'évaluation : EPP, RMM, CREX, etc.

PARCOURS DE SOINS ACTUEL

L'organisation des parcours est conforme aux recommandations HAS, CodEv, CNSM (groupe à risque dont troubles de l'humeur, territorialisation, multimodalité).

Niveau 1 (proximité) :

- Orientation sectorielle si soins psychiatriques (hospitalisation et CMP).

Niveau 2 (référence) :

- Accessibilité 24h/24 et médicalisation par les urgences des TS (triple évaluation) ;
- SAU pour HIA, Landerneau Morlaix-Carhaix avec MAD de professionnels de santé mentale ;
- Urgences Psychiatriques pour CHRU Brest (équipe psy dédiée).

Niveau 3 (recours) :

- Unité Anjela Duval pour les 15-25 ans (CHRU Brest) ;
- Dispositif psychotraumatisme (HIA Brest).

Après la sortie :

- Développement des dispositifs de veille pour la prévention de la récurrence ;
- Liens avec la médecine de ville (courrier, téléphone) ;
- Difficultés pour le suivi psychiatrie libéral et public (délais d'attente importants).

MATRICE MOFF

FORCES	FAIBLESSES
<p>Expertise reconnue des acteurs</p> <p>Dispositifs spécifiques et gradués pour les jeunes</p> <p>Dispositif spécifique psychotraumatisme (HIA)</p> <p>Organisation sectorielle (prise en charge globale)</p>	<p>Organisation sectorielle (hétérogénéité des pratiques)</p> <p>Manque de fluidité des parcours de soin</p> <p>Pas de valorisation des actes de coordination (synthèse) ou du travail de liaison</p>
MENACES	OPPORTUNITES
<p>Mortalité et morbidité suicidaires élevées (+60%)</p> <p>Une formation inégale</p>	<p>Diminution globale de la mortalité et de la morbidité suicidaire en Bretagne</p> <p>Financement des dispositifs de veille (type Vigilans)</p> <p>Projet territorial NTIC de prévention multimodale</p> <p>Développer un axe souffrance au travail</p> <p>Handicap sensoriel et risque suicidaire</p>

PROPOSITIONS POUR STRUCTURER LA FILIERE

Ambulatoire

- ➔ Articuler et systématiser les dispositifs de veille type Vigilans ;
- ➔ Développer le travail en réseau : liens avec la médecine de ville (en particulier avec les médecins généralistes), coordination des acteurs de santé mentale.

Hospitalière

- ➔ Améliorer le repérage du risque suicidaire des patients hospitalisés en psychiatrie et en MCO ;
- ➔ Organiser des évaluations spécifiques pour adolescents et jeunes adultes à risque (consultations avancées).

Institutionnelle

- ➔ Opérationnaliser le Réseau Régional d'Expertise et d'Appui sur la Prévention du Suicide ;
- ➔ Développer la recherche : CQFD-I, SIAM (sms), Représentations Sociales, NTIC ;
- ➔ Améliorer la formation : pluriprofessionnelle et en particulier celle des médecins généralistes.

MISE EN OEUVRE

Orientations stratégiques

- ➔ Gradation de l'offre de soins (niveaux 1,2 et 3)
- ➔ Organisation du travail en réseau
- ➔ Développement d'outils communs

Axes prioritaires

Gradation de l'offre de soins :

- Niveau 1 : conforter le dispositif sectoriel de proximité en articulation avec les autres filières de santé mentale (addictologie, pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie)
- Niveau 2 : articuler et systématiser les dispositifs de veille type Vigilans
- Niveau 3 : développer les activités de recours (états mentaux à risque, pathologies résistantes)

Organisation du travail en réseau :

- Valorisation des temps de coordination, (synthèse) ; réflexion sur des évaluations spécifiques auprès de jeunes à risque (consultations avancées)
- Ouvrir un CLSM à Landerneau
- Améliorer le maillage territorial

Développement d'outils communs :

- Recueil de données d'activité, indicateurs de morbidité (nombre de TS)
- Formation pluri professionnelle (formation médecins généralistes, formation Seguin/Terra)
- Recherche clinique

Actions à court terme (1an)

- Conforter le niveau 1
- Ouverture CLSM à Landerneau
- Articuler et systématiser les dispositifs de veille type Vigilans

Actions à 5 ans

- Outils communs
- Organisation du travail en réseau
- Amélioration du maillage territorial

EVALUATION

Morbimortalité

- Décès par suicide, tentatives de suicide
- Passages aux urgences
- Appels du SAMU pour CS

Modification des pratiques

- Evaluation systématique du RS tracée dans les dossiers
- Analyse des courriers au médecin traitant (généraliste ou psychiatre)

Formation/Recherche

- Nombre de formation
- Nombre de protocoles (points SIGAPS et SIGREC)

Indicateurs qualité

- Satisfaction des patients
- Satisfaction des professionnels

ADDICTOLOGIE

PILOTES ET GROUPES

Responsables de la filière	Sylvie Le Lann, Brigitta Bergot, Philippe Genest
Membres du groupe	Dr Pierre Bodenez, Dr Jean-Charles Bougeant, De Estelle Brenon, Dr Pascale Rozec, V. Salaun-Le Roux DIM Associés : Dr Philippe Charpentier, Dr Pascal Inizan, Dr Maryline Le Berre Directeur référent : Mme Sandrine Baranger

CONTEXTE

Le taux standardisé de mortalité prématurée régionale (pour les 3 causes les plus directement liées à l'alcool) est supérieur à la moyenne nationale de 36%.

En 2013, le territoire de santé n°1 se situe au-dessus de la moyenne régionale pour le nombre d'hospitalisations pour intoxication éthylique aiguë et pour mésusage d'alcool ou de drogues illicites. « *Les conduites addictives liées à une consommation excessive d'alcool constituent un véritable enjeu de santé publique en Bretagne en raison de leur impact sur la santé en matière de cancers, de pathologies cardio-vasculaires ou de santé mentale. L'alcool est également impliqué dans les accidents de la route, du travail, les violences. Au total, 13% des décès masculins et 5% des décès féminins seraient attribuables à l'alcool* ».

Trois pathologies liées à l'alcool sont généralement étudiées :

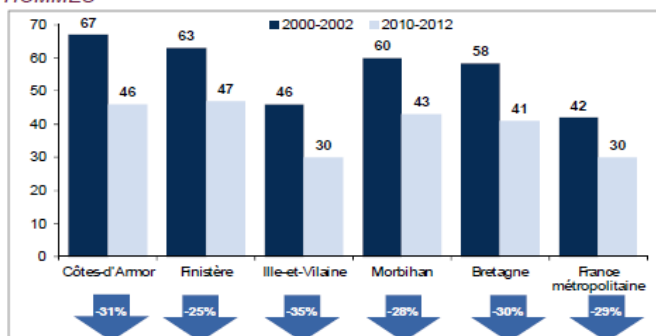
- les cirrhoses du foie (codes CIM10 : K70 et K746) ;
- les psychoses alcooliques et l'alcoolisme (codes CIM10 : F10) ;
- les cancers des voies aéro-digestives supérieures (codes CIM10 :C00-14, C15 et C32).

L'alcool est un facteur de risque de ces pathologies, mais il existe d'autres facteurs aggravants¹⁴.

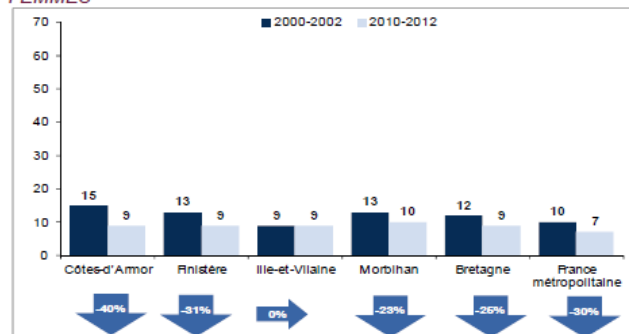
Evolution de la mortalité prématurée pour les principales pathologies liées à l'alcool selon les départements entre 2000-2002 et 2010-2012 (Taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants sur la population France entière deux sexes confondus au RP 2006) :

¹⁴ Etat de santé de la population en Bretagne ORSB, ARS (document préparatoire PRS 2018-2022)

HOMMES



FEMMES



Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

LIEUX

Avant de préciser les spécificités des sites d'exercice (niveaux 2 et 3 dans le tableau ci-dessous), il importe de rappeler que l'ensemble des structures de psychiatrie d'adulte sectorisées et l'HIA prend en charge des patients justifiant de soins spécialisés en addictologie (niveau 1) en raison de la fréquence des comorbidités psychiatriques et des soins sans consentement.

Etablissements	Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour	Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie	Centres Spécialisé d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
SAINT- RENAN	X (Non reconnu actuellement en niveau 2 mais effectuant des sevrages complexes en MCO)			
BREST	X	X	X	X
LANDERNEAU			X	
MORLAIX dont CARHAIX	X	X	X	X
			X	X

ACTIVITE

Il est bien évident **que l'itinéraire de soins** du patient addict l'amène, bien souvent, à bénéficier de ceux-ci tant dans des **structures spécifiques** (et c'est de celles-ci que nous parlerons ci-dessous) que dans **des structures en charge des polypathologies (services des urgences, services de médecine somatique dans leur diversité, services de psychiatrie dans leurs différentes modalités de soins)**.

Etablissements	Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour	Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie	Centres Spécialisé d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
SAINT- RENAN	353 admissions			
BREST	502 admissions	2683 demi-journées	939 patients	1503 patients
LANDERNEAU			94 patients (+consultants externes* = 257)	
MORLAIX dont CARHAIX (données 2016)	258 admissions	935 demi-journées	675 patients	1007

Tableau 1 : Activités par type de structures et par lieu

**Pour Landerneau : il s'agit de la consultation d'addictologie financée par une MIG spécifique*

Saint-Renan présente la particularité d'être la seule structure du GHT spécialisée en addictologie en **MCO** : seules des hospitalisations complètes y sont proposées (prise en charge différente et complémentaire des autres structures). Le service comprend actuellement 23 lits. L'activité principale est la prise en charge de patients alcoolodépendants mais le service accueille cependant de plus en plus de patients présentant des polyaddictions. Les sevrages simples et complexes y sont réalisés. Le séjour dure habituellement 21 jours. Les médecins responsables sont des médecins généralistes formés ou en cours de formation en addictologie. En cas de nécessité d'un avis psychiatrique, il est fait appel au CMP de Saint-Renan.

ACTEURS

Presque tous les médecins ont suivi – ou suivent – une formation en addictologie (DESC, Capacité).

Etablissements	Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour	Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie	Centres Spécialisé d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	Autres addicto
SAINT- RENAN	0,5 x 2				
BREST	1,5	0,5	1	3,8 dont 0,5 maison d'arrêt	1
LANDERNEAU			0,25		0,5
MORLAIX	2	0,5	0,50	1,3	
dont CARHAIX			0,2	0,4	

Dans le cadre du RATP, le Réseau Alcool Toxique du Ponant est un réseau (non financé) créé en 2007 réunissant les différents acteurs de la filière addictologique du territoire de santé numéro 1 (structures publiques et privées, SSR addictologiques). Des réunions régulières permettent les rencontres entre les professionnels, des échanges d'information, deux ateliers d'échanges de pratiques sont organisés tous les ans, un colloque organisé tous les deux ans.

Landerneau dispose d'une convention avec la clinique de Pen An Dalar.

Saint-Renan dispose d'une convention avec la fondation Ildys (SSR-A, postcure). Un projet de pôle inter-établissement avec le CHRU est en cours de réflexion afin d'optimiser le parcours de soins du patient et de pouvoir lui faire bénéficier de la complémentarité des offres de soins différentes pour une prise en charge la mieux adaptée à chaque patient.

PRE-REQUIS

L'ARS et les services de l'assurance maladie ont défini trois niveaux :

- Niveau 1 service assurant un sevrage → ensemble des services de médecine et de psychiatrie ;
- Niveau 2 service assurant un sevrage complexe (+ HDJ, +ELSA) → Morlaix, en cours ;
- Niveau 3 = niveau 2 + recherche et enseignement universitaire → CHRU Brest.

La définition des niveaux 1 et 2 a des conséquences dans la tarification des séjours pour les structures relevant, tout ou partie, de la T2A. Saint-Renan réalise des sevrages complexes non reconnus actuellement en niveau 2. Une réflexion est en cours à l'ARS sur la pertinence de ces niveaux.

Il est nécessaire de constituer un Pôle Spécialisé de Référence Régional Addictions aux Jeux au CHRU de Brest et de dédier un temps de psychologue et d'assistant social à Morlaix.

PARCOURS DE SOINS ACTUEL

Qu'il y ait ou non, dans son parcours de soins, un temps d'hospitalisation complète, la modalité principale de prise en charge du patient est ambulatoire. Sont alors à sa disposition **des lieux spécifiques** - consultations hospitalières d'addictologie, consultations en CSAPA – mais aussi d'autres telles les **structures ambulatoires de psychiatrie CMP** et les consultations centrées sur les complications somatiques (par exemple, l'hépto-gastro-entérologie).

Actuellement, sont implantés sur le territoire un CSAPA à MORLAIX et un autre à BREST (avec une consultation délocalisée à CROZON – projet d'annexe à LANDERNEAU).

Les patients hospitalisés aux urgences et en MCO et présentant une pathologie addictive doivent bénéficier d'un entretien par l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Celle de MORLAIX intervient également sur CARHAIX. Celle de BREST/LANDERNEAU vient d'obtenir des moyens supplémentaires et devra s'étendre à l'HIA.

A Saint-Renan, les patients sont admis dans le service à la suite d'un entretien de pré-admission réalisé soit au cabinet du médecin généraliste installé en libéral (à la demande du

patient ou adressé par son médecin traitant), soit au sein du service par un autre praticien dans les suites d'une demande faite par un praticien extérieur à la structure. Ces demandes peuvent provenir de l'ensemble des acteurs du soin du territoire. Saint-Renan ne pouvant assurer de suivi ambulatoire à l'heure actuelle, un relai est souvent proposé pour un suivi ambulatoire au Centre Ménez ou vers le lieu d'origine du patient.

Après une cure de désensibilisation à l'alcool ou produits illicites, le patient peut poursuivre les soins par une postcure (dont Ty Yann - fondation Ildys), bénéficier d'un suivi ambulatoire en CSAPA, ou d'un relai en CMP, HDJ ou CATTTP.

Certains patients s'orientent vers les associations néphalistes.

MATRICE MOFF

Forces	Faiblesses
<p>Un dispositif en place mais à renforcer = CSAPA Landerneau, Saint Renan.</p> <p>Diversité de l'offre.</p>	<p>Des contraintes budgétaires pouvant impacter les activités de soins.</p> <p>Des budgets pas toujours sanctuarisés.</p> <p>Délais de consultation au CSAPA.</p> <p>Pas de suivi ambulatoire à l'heure actuelle à Saint Renan pour les patients sortant de cure.</p> <p>Importance d'augmenter et entretenir les compétences des soignants par des formations régulières sur l'évolution des addictions et polyaddictions.</p>
Menaces	Opportunités
<p>Des modifications de mode de financement, voire des réductions de moyens pour des budgets non pérennes (médico-social, MIG).</p> <p>Activité actuelle de Saint Renan non reconnue (sevrages complexes en MCO), répercussions financières.</p>	<p>Des structures qui ont l'habitude de travailler ensemble y compris avec les cliniques et structures privées.</p> <p>Projet de pôle inter-établissement CHRU Brest-Saint-Renan.</p>

Peuvent être citées d'autres faiblesses :

- Au niveau local (Landerneau) : difficulté de prise en charge des patients toxicomanes sous traitement de substitution aux opiacés : pas de possibilité de délivrance quotidienne de TSO en structure. Patients peu désireux de consulter en secteur psychiatrique ;

- Dans les petites unités (ex : les ELSA), difficulté à assurer une permanence des soins (par exemple lors des absences pour congés) ;
- Délais d'attente pour intégrer certaines structures addictologiques et/ou obtenir des rendez-vous de consultations.

REFERENCE AU PRS

Le PRS insistait sur la question des ELSA. Les dernières années ont vu le renforcement des financements et donc des moyens pour Morlaix, Carhaix, Landerneau et Brest.

Pour l'accès aux soins des patients précaires, il est nécessaire de renforcer les liens avec les PASS, mais aussi le centre de santé précarité de Brest (point H) et le point santé (Morlaix).

Dans son parcours de soins, le patient peut intégrer les SSR addictologiques de Ildys à Ty Yann BREST. La participation de cette structure au RATP facilite aussi l'adressage des patients.

Le dispositif de consultations avancées est à soutenir et renforcer (Carhaix, Crozon) ou à créer (CSAPA à Landerneau).

En matière de prévention, la dernière loi de santé demande aux CSAPA - sans la financer sur le budget médico-social - une activité de prévention (le P de CSAPA). Celui de Morlaix remplit déjà cette mission. Les autres unités d'addictologie sont souvent impliquées en intervenant dans des actions portées par d'autres, par exemple le défi landernéen, le plan alcool ville de Brest, mais aussi dans des actions de réductions de risques et dommages. Une seule association reconnue travaille en prévention sur le territoire : il s'agit de l'ANPAA (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie). Des liens seront à formaliser.

POST-REQUIS

Il est nécessaire d'éviter le nomadisme « sauvage », c'est-à-dire la prise en charge sans contact avec le précédent référent médical, en mettant en place notamment un dossier informatique commun, un secrétariat de coordination mais aussi une interface avec la médecine de ville. L'objectif serait de réduire les délais d'obtention d'un rendez-vous en consultation et d'admission en hospitalisation.

MISE EN ŒUVRE

Orientations stratégiques	Favoriser l'accès aux soins des patients addicts. Renforcer la complémentarité entre les différentes structures de soins spécialisés.
Axes prioritaires	Consolider et développer les capacités de prise en charge ambulatoire. Développer la prévention, les actions de promotion de la santé, favoriser la coordination des soins.

Actions à court terme (6 mois – 1 an)	Projet de pôle inter-établissement CH Saint Renan-CHRU Brest. Remise en question des niveaux. Réflexion sur les parcours patients en addictologie.
Actions à 2 ans (et non pas 5)	CSAPA Landerneau ELSA HIA

Il faudra être vigilant à la réduction des délais d'obtention d'un rendez-vous en consultation et d'admission en hospitalisation, et favoriser une meilleure connaissance par la médecine de ville des dispositifs de soins pour permettre un adressage plus pertinent et une diminution des passages aux urgences.

FILIÈRE SOINS PALLIATIFS

PILOTE ET GROUPE

Responsables de la filière	Dr Catherine Leroy, Dr Marie Binard
Membres du groupe	Dr Jean-François Conrad, Dr Gabrielle Le Gac, M. Pierrick Laot, Dr Dominique Sellin-Perez, INFCASP Gisèle Tanguy, Dr Kristell Tanguy-Laine DIM référent : Dr Sophie Le Calvez Directeur référent : Mme Caroline Maringue
Dates de réunion	11/10/2016, 07/11/2016, 17/11/2016, 26/01/2017, 31/01/2017, 02/03/2017, 06/04/2017

CONTEXTE

DEFINITION

Les soins palliatifs se définissent comme les soins actifs dispensés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave ou terminale. Ces soins ont pour objectifs de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes d'inconfort et de prendre en compte la souffrance psychologique, spirituelle et sociale. Ces soins sont interdisciplinaires, ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches. La formation et le soutien des soignants font partie de cette démarche.

L'activité comprend l'accueil et la prise en soins de tout patient en phase palliative et de ses proches, c'est-à-dire du patient atteint d'une maladie grave, évolutive pour laquelle il n'y a plus de thérapeutique curative.

DOCUMENTS DE REFERENCE

- Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux Soins Palliatifs
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Circulaires : n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des Soins Palliatifs

- n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de Soins Palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Programme national de développement des Soins Palliatifs pour l'organisation la prise en charge des Soins Palliatifs pédiatriques. Secrétariat d'Etat à la Santé 17 décembre 2010
- Recommandation pour la pratique Clinique : Modalité de prise en charge de l'adulte nécessitant des Soins Palliatifs ANAES Décembre 2002
- Guide thématique des Expert Visiteurs HAS 2014
- Recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs,
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM : Qualité de vie en EHPAD
- Plan national et régional de soins palliatifs (2015-2017)

OFFRE SUR LE TERRITOIRE

L'offre de soins est organisée selon le dispositif gradué défini par la réglementation (décrit dans le paragraphe « Activité et parcours de soins »).

Plusieurs conventions existent : CHRU/HIA, EHPAD, Plateforme Territoriale d'Appui et de Coordination (PTAC) ou Appui Santé Nord Finistère (ASNF), HAD, Equipe Régionale Ressource Soins Palliatifs Pédiatrique (ERRSPP), etc.

Des documents communs de prise en charge selon le dispositif gradué sont partagés sur le territoire. Un staff territorial fonctionne selon une charte, conformément aux directives de l'ARS Bretagne.

La formation des personnels de santé sur le territoire est assurée.

STRUCTURES DE COORDINATION

- Au niveau national :
 - Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP)
 - Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV)
- Au niveau régional
 - Coordination Bretonne de Soins Palliatifs (CBSP)
 - Cellule d'Animation Régionale de Soins Palliatifs (CARESP)
- Au niveau du territoire
 - Staff territorial en soins palliatifs (Interface)

LIEUX

- Etablissements de santé du GHT:
 - Unités de soins palliatifs (CHRU de Brest, 10 lits)

- Equipes mobiles de soins palliatifs (CHRU de Brest, HIA CT, CH Morlaix)
- LISP (CHRU 13, HIA CT 6, CH St Renan 3, CH Lesneven 3, CH Landerneau 5, CH Morlaix 6, CH Crozon 4, CH Lanmeur 3)
- Etablissements de santé hors GHT:
 - Unité de soins palliatifs (Clinique Pasteur, 8 lits)
 - LISP Fondation Ildys: Ty Yann 2, Perharidy 2, Clinque Kerlenna 2, Clinique de la Baie 3, Kérampir 2
 - HAD du Ponant Brest, HAD des Pays de Morlaix, HAD du Pays de Carhaix
 - Appui Santé Nord Finistère ASNf (Plateforme territoriale d'appui et de Coordination PTAC)
- Domicile

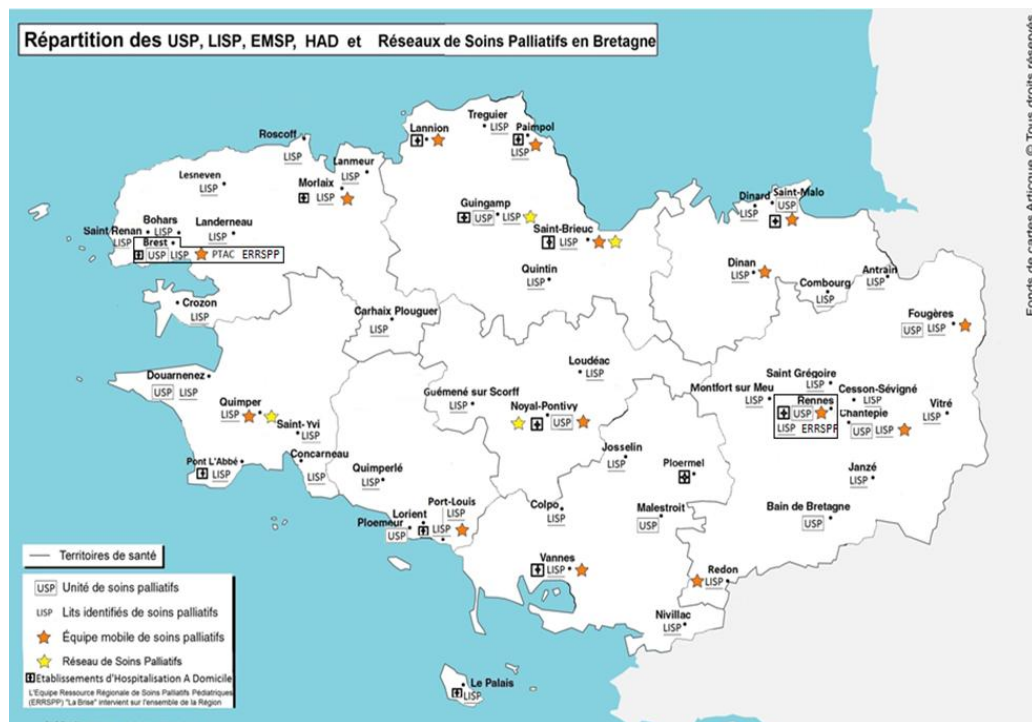


Figure 1 : Répartition des unités, des lits et des équipes mobiles de soins palliatifs

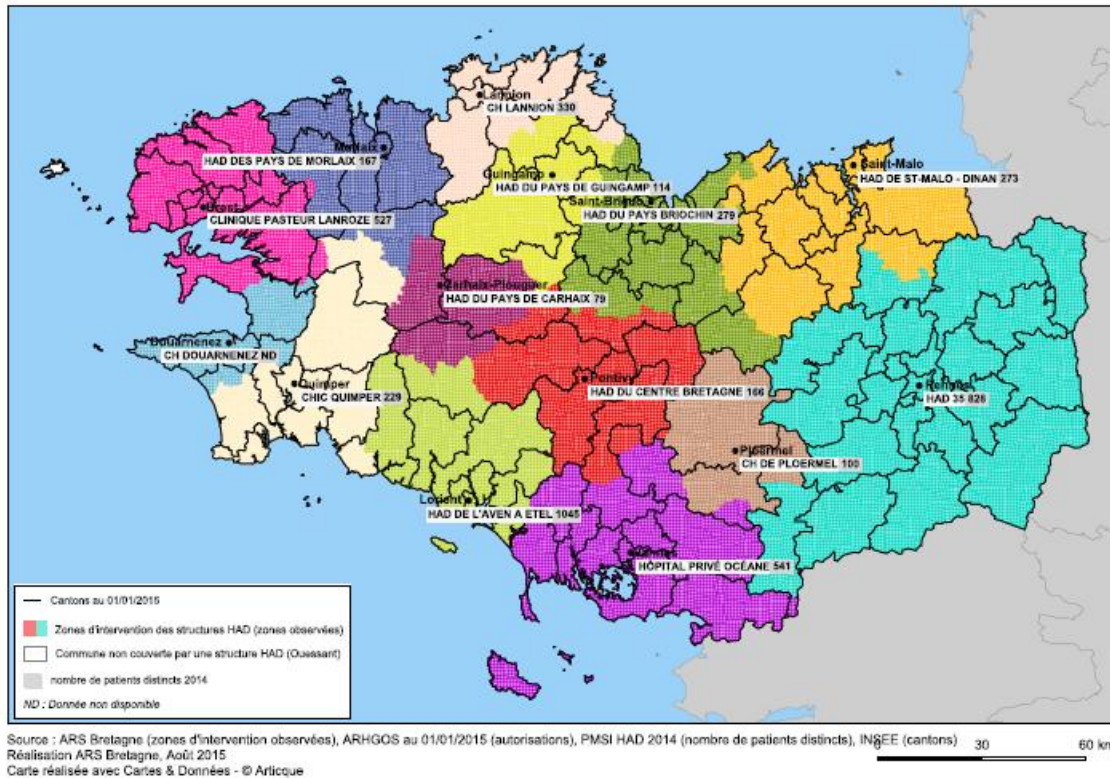


Figure 2 : Zones d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile

PARCOURS DE SOIN ET ACTIVITE

ACCUEIL DES PATIENTS

Le dispositif est gradué sur le territoire de santé n°1, conformément à la circulaire du 25 mars 2008 : il existe différents niveaux de prise en charge du patient en lien avec son médecin traitant, pivot de son parcours de soins.

A l'hôpital:

Niveau 1 : c'est un accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié (MCO et SSR) pour les situations ne présentant pas de difficultés cliniques, sociales ou éthiques particulières.

Niveau 2 : Les **lits identifiés de soins palliatifs** (LISP) constituent le deuxième niveau de recours et concernent des services confrontés à des fins de vie ou décès fréquents. L'existence de LISP requiert la désignation d'un référent de soins palliatifs et doit permettre le développement transversal des soins palliatifs dans les établissements de santé.

Niveau 3 : Les **unités de soins palliatifs** (USP) constituent le troisième niveau de recours et prennent en charge les situations de fin de vie les plus problématiques.

A ces trois niveaux s'ajoutent les **équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)** qui interviennent en intra-hospitalier auprès des patients en fin de vie, de leur famille et/ou de leurs proches et des équipes de soins. Elles apportent conseils, avis et soutien, participent aux décisions de PEC des patients en soins palliatifs. Elles assurent une veille documentaire. Elles sont à l'interface avec les Etablissements de Santé et les professionnels de la filière de soins palliatifs. Elles participent à la formation des professionnels de santé et diffusent la dynamique palliative. Ces équipes interviennent également dans les établissements médico-sociaux, au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi qu'à domicile (EMSP Morlaix).

A l'interface, intervient également le **SAMU** dans la prise en charge des personnes en fin de vie en l'absence de capacité d'intervention des autres dispositifs ou lorsque l'hospitalisation n'a pu être anticipée. Il existe une fiche régionale réunissant des informations médico-psycho-sociales intitulée **fiche SAMU PALLIA** qui peut être renseignée par tous les acteurs des soins au cours de la prise en charge et transmise au centre 15.

Au CHRU de Brest, il existe un mode opératoire reprenant le chemin clinique du patient aidant à l'orientation de la prise en charge.

A domicile, interviennent :

- **Les professionnels de proximité** = Soins de premiers recours = Soins primaires = Soins de proximité : IDE, AS, kiné, aide-ménagère, garde-malade, service d'aide et d'accompagnement, prestataires.
- **La plateforme territoriale d'appui, Appui Santé Nord Finistère**, qui regroupe différents réseaux : Diabiroise, Respecte, Palliance, réseau gérontologique brestois, Pol Aurélien, Réseau de Cancérologie du Ponant. Elle intervient pour toute personne en situation complexe et souhaitant rester à domicile. Cette plateforme est en appui au conseil et à la coordination pour les professionnels de proximité et à l'interface ville/hôpital.
- **HAD** : Hospitalisation à Domicile du Ponant, HAD des pays de Morlaix, HAD du Pays de Carhaix. La prise en charge est globale, coordonnée, adaptée aux besoins spécifiques de chacun, quel que soit l'âge du patient. C'est une alternative à l'hospitalisation complète.

Ces différentes prises en charge qu'elles soient hospitalières, au domicile du patient ou dans son lieu de vie nécessitent d'être articulées et donc anticipées afin de respecter autant que faire se peut les souhaits du patient en fin de vie. L'organisation des soins décrite ci-dessus correspond à une offre idéale pour le territoire disposant du panel intégral des dispositifs et de professionnels formés.

En cas de nécessité de ré-hospitalisation, celle-ci a lieu idéalement dans le service de soins ou l'unité de soins palliatifs qui suivent habituellement le patient, sans passage par les urgences lorsque cette organisation a été anticipée, ou *via* les urgences.

Le parcours de soins filière soins palliatifs

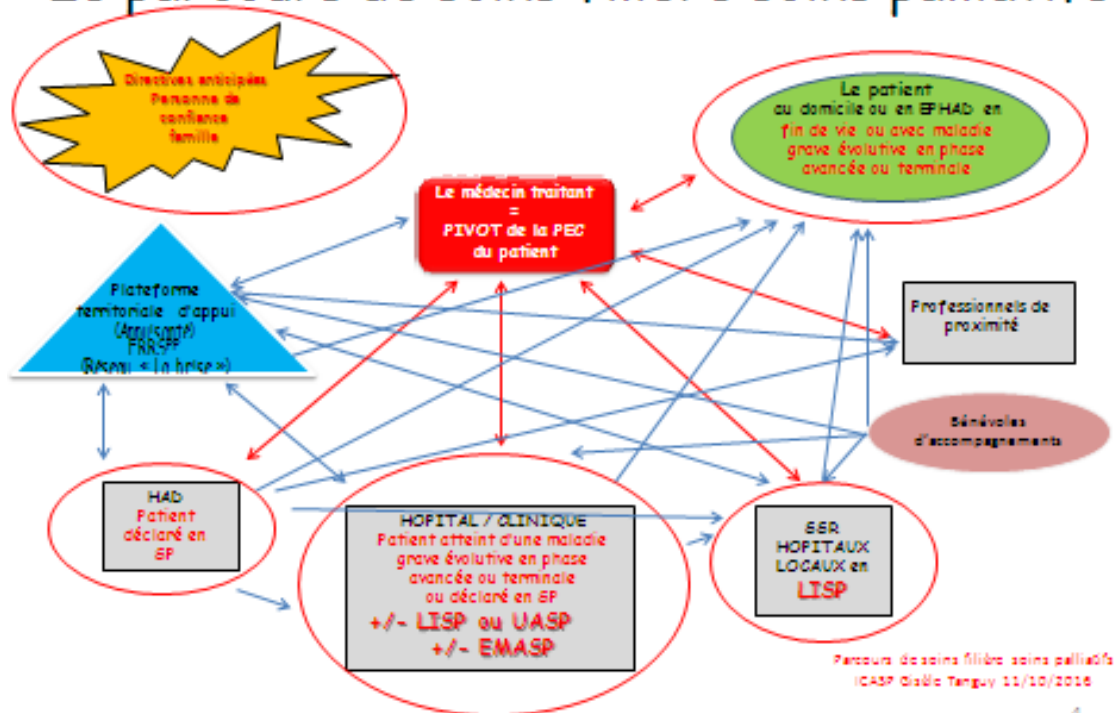


Figure 3 : Le parcours de soins de la filière Soins palliatifs

Le parcours est facilité par l'annuaire régional (CBSP) avec deux fiches explicatives - l'une destinée aux professionnels de santé et l'autre aux familles - sur la prise en charge en soins palliatifs et les différents lieux d'hospitalisation avec le nom des médecins référents.

RECHERCHE

Un projet Hospitalier Recherche en Soins Infirmiers a été mené de 2011 à 2015 sur les soins de bouche.

ACTIVITE

En 2015, 1 732 séjours ont été codés en hospitalisation en soins palliatifs pour les patients résidant sur les communes des zones GHT du territoire de santé 1.

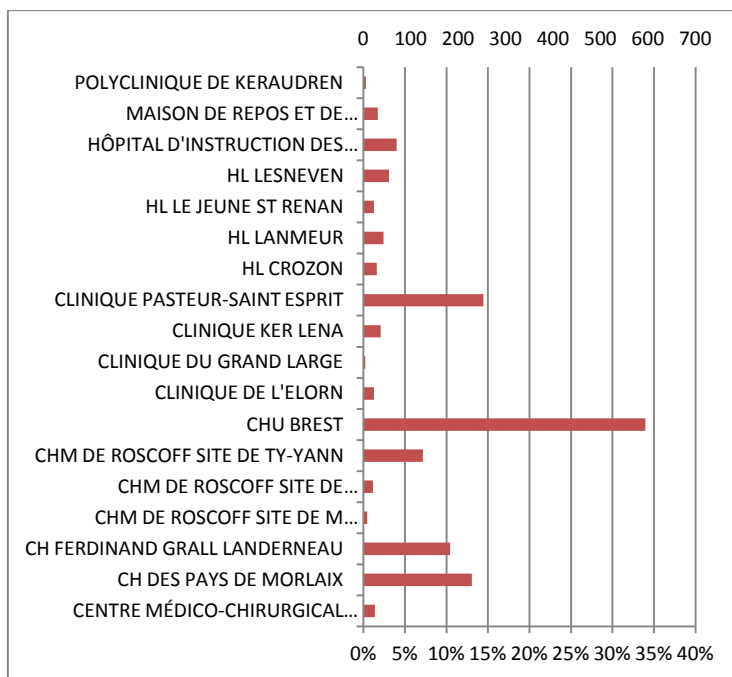


Figure 4 : Nombres de séjours en soins palliatifs pour les patients résidant dans le TS1

2015	CHR U de Bres t	HI A	CH GRALL Landerne au	F CH M Morla ix	CHP M	CH Croz on	CH Lesnev en	CH Lanme ur	CH Saint Rena n	Fondatio ns Ildys	Cliniq ue Paste ur
Nbre de lits USP	10										11
Nbre de séjours	177										203
Nbre de LISP	13	6	5	6	4	3	3	3	2		
Dont SSR					2				2		
Pédiat rie	1										
Nbre de séjours	203	28	151	31	30	47	38	24	4		

Tableau 1 : Activité spécifique des LISP sur le TS1 (Statistique annuelle 2015 et 2016 code Z51.5)

	CHRU Brest	HIA	CH Landerneau	CHPM	CH Crozon	CH Lanmeur	CH Lesneven	CH Saint Renan
MCO DP = Z51.5 très courte durée	3		2					
USP	146							
LISP	133	37	102	17	26	42	46	15
Classique	10	21	1	1			6	
Diagnostic associé (DAS)	223		8	186			6	
SSR type de diag finalité principale	41		8	65			4	1
diagnostic associé	18		5	2		0		

Tableau 2 : Dénombrement des séjours 2016 avec un RSS (MCO) ou RHS (SSR) contenant un code diagnostic de soins palliatifs sur Brest, Carhaix et Morlaix

	EMSP CHRU		EMSP CHPM		HIA	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Nb de patients pris en charge	410	400		323	13	28
Nb total d'interventions	1278	1389		1395	29	75

Tableau 3 : Activités des EMASP 2015 2016

	EMSP CHRU	EMSP CHPM	HIA
Formation initiale	IFSI 80 étudiants	IFSI 75 étudiants	/
	Etudiants médecine 70 CM et 111 en TD	Etudiants médecine en TD	
Formation continue	88 soignants MCO	28 soignants MCO	36 soignants
	27 soignants EPHAD	413 soignants EPHAD	
		12 Aides médicaux psychologiques	

Tableau 4 : Activité de formation des EMASP en 2016

ACTEURS

- LISP avec les médecins référents en soins palliatifs
 - CHRU : Docteur Samuel DUHAMEL, Neurogériatrie Carhaix (DIU SP), Docteur Norbert ANDRE, Pneumologie Cavale Blanche (DIU SP), Docteur Claire BAZIRE, Oncologie Morvan (DESC SP), Docteur Florence DALBIES, Hématologie Morvan (DIU SP), Docteur Marion ANDRO, Médecine Gériatrique Cavale Blanche, Docteur Florence TANNE, Hépatogastro entérologie Cavale Blanche, Docteur Liana CARASU, Pédiatrie, Morvan
 - HIA: Docteur Lois Bonne (DIU SP)

- Saint Renan : Docteur Dominique SELLIN PERES (DIU SP)
 - Crozon : Docteur Sophie CUSSET (DIU SP)
 - Lesneven : Docteur Jean-François CONRAD (DIU SP)
 - Landerneau : Docteur Kristell TANGUY-LAINE (DIU SP)
 - Lanmeur : convention avec le CHPM
 - Morlaix : non défini
- EMSP
 - CHRU : Docteur Catherine LEROY (DIU SP)
 - HIA : Docteur Marie BINARD (DIU SP), Docteur Anne RIOU (DIU SP)
 - Morlaix : Docteur Karine LE CALVEZ (DIU SP)
 - USP
 - Docteur Véronique BELLEIN (DIU SP), Docteur Marie-Laure BOREL (DIU SP)

(DIU SP : Diplôme Inter Universitaire de Soins Palliatifs)

PRE-REQUIS

Logiciels : ORIS, LEA

Formulaires communs fiche SAMU PALLIA, demande d'admission LISP/USP commune au territoire, fiche de demande d'appui par HAD ou PTAC.

Permanence des soins :

- en heures ouvrables: EMSP, USP, LISP (conseils, entrées directes)
- en dehors des heures ouvrables: via les urgences et le centre 15

Réunions de concertation :

Rassemblant tous les acteurs du territoire, elle a lieu une fois par mois lors du staff territorial et à chaque fois qu'une situation clinique le nécessite : LISP, USP, EMASP du GHT avec les structures associatives et privées du territoire (Plateforme territoriale d'appui et de coordination « ASNF », HAD, ERRSPP « La Brise », bénévoles d'accompagnement (ASP), USP Pasteur, Kérampir, Ty Yann, Pérharidy, Kerléna, La Baie Morlaix), Amitiés D'Armor (EHPAD).

MATRICE MOFF

FORCES	FAIBLESSES
Filière soins palliatifs (SP) déjà construite en dispositif gradué. Plan national et régional (2015-2017) de Soins palliatifs Interface = lieu d'échange entre les différents acteurs privé/public du territoire. CBSP : plateforme d'informations, annuaires des professionnels en SP, congrès,	Pas d'EMSP dans tous les ES (Crozon, Landerneau, Lanmeur, Lesneven et Saint Renan). EMSP HIACT : pas de temps dédié. Les 2 USP sont brestoises, une publique et une privée, pas d'USP ailleurs. Manque de LISP SSR au CHPM (Morlaix). Peu d'accueil des patients en SP en entrée

<p>recommandations. Implication du SAMU avec la fiche SAMU Pallia. Création d'outils de travail communs (fiche LISP USP, fiche SAMU pallia, fiche de demande d'appui par réseau de ville, etc.). Equipe mobile dans plusieurs établissements. Formation en SP initiale et continue. Régularisation des zones blanches dans la prise en charge SP sur le territoire. Existence d'un annuaire téléphonique pour les libéraux vers les hospitaliers pour des conseils et orientation des patients. Admission directe en USP et LISP en concertation avec le médecin traitant, le réseau, l'HAD.</p>	<p>directe en LISP/MCO (lit de repli). Manque d'efficacité dans le système d'information dans la gestion de la fiche SAMU Pallia. Le dimensionnement actuel des trois équipes mobiles du territoire ne permet pas de répondre à toutes les demandes d'interventions et de formation sur tout le territoire. Insuffisance de lieux d'accueil pour les prises en charge palliatives lentement évolutives ne permettant pas un maintien à domicile durable.</p>
OPPORTUNITES	MENACES
<p>Interface = travail en collaboration ville/ES, civilo/militaire et privé/public. Dispositif gradué. Recommandations, trucs et astuces partagés durant les congrès de la CBSP. Travail sur documents communs en interface. DIU soins palliatifs sur Brest permettant la création d'un réseau de professionnels.</p>	<p>Gestion de la fin de vie en EHPAD (problème de la permanence de soins la nuit). Erreur d'orientation des patients pris en charge SP. Manque de formation en SP des médecins. Données médicales non disponibles aux urgences pour un patient suivi dans un autre établissement. Difficulté à apprécier le niveau de limitation et arrêt de traitement dans une situation aigüe chez un patient en phase palliative accueilli aux urgences. A moyens constants, des interventions « éclatées » des EMPS sur tout le territoire risquent d'impacter la qualité des prises en charge.</p>

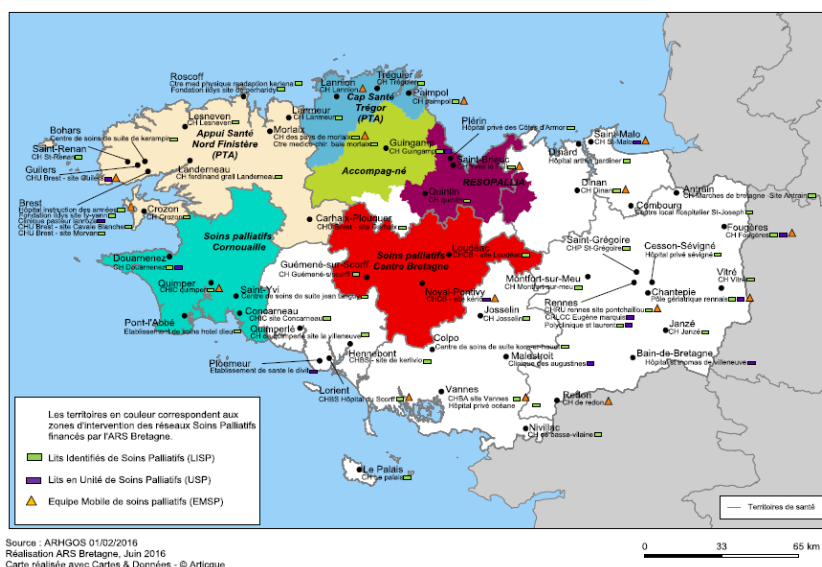


Figure 5 : Réseaux en soins palliatifs

RUPTURES ET FRAGILITES

Les prises en charge des complications cliniques possibles et du lieu de ré-hospitalisation ne sont pas toujours anticipées. De plus, la structure qui suit le patient ne dispose pas toujours de lit de repli. Dans une situation d’urgence médicale en phase palliative y compris terminale, la prise en charge peut être inadaptée par manque de formation médicale et paramédicale.

Les logiciels informatiques hétérogènes ne favorisent pas une communication entre les professionnels (inter-établissements, ville/ hôpital, etc.). A l’admission aux urgences, les informations médicales et paramédicales sur la situation du patient ne sont pas toujours disponibles lorsqu’il n’est pas connu de l’établissement.

Au sein des unités de soins hospitalières, le retour à domicile peut se caractériser par un défaut d’organisation. De manière générale, les situations palliatives sont parfois mal identifiées, de même que les besoins du patient, ce qui peut s’expliquer par un manque de concertation au sein des équipes, ou encore une discordance dans l’évaluation et l’orientation de la prise en charge d’un patient en situation palliative entre les médecins et le personnel paramédical avec parfois une non prise en compte de la parole du patient et absence de respect de ses droits.

En matière de répartition de l’offre sur le territoire, il n’existe que deux USP, situées à Brest.

L’évolution des prises en charge en soins palliatifs comprend le développement la prise en charge ambulatoire des soins palliatifs (hôpital de jour, consultations externes) et l’intervention des EMASP à domicile.

ANALYSE

Reprise des éléments du contexte :

Sur le territoire, l'offre de soins est organisée selon le dispositif gradué défini par la réglementation, mais il existe une inégalité de l'offre sur le territoire avec des temps de transports allongés pour les patients et les familles selon leur lieu résidentiel. Certains établissements ne disposent pas d'équipe mobile en soins palliatifs. Un staff territorial (interface) avec une charte de fonctionnement est opérationnel sur le territoire, conformément aux directives de l'ARS Bretagne. Des conventions et des documents communs de prise en charge sont mis en place. La formation des personnels de santé est inégale sur le territoire.

En termes d'évolution des pratiques, il s'agit notamment de tendre vers une offre homogène de soins palliatifs dans tous les services des établissements de santé du GHT et de promouvoir la connaissance du maillage en soins palliatifs dans le GHT et sur le TS1.

PROJETS COMMUNS REpondant AUX ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Uniformiser l'offre de soins dans tous les Centres hospitaliers du territoire

- ➔ Promouvoir l'intervention des EMSP dans tous les établissements n'en possédant pas et disposant de LISP (Landerneau, Lesneven, Saint Renan, Lanmeur, Crozon). L'objectif étant d'assurer l'expertise en soins palliatifs et de favoriser une prise en soins de qualité dans tous les établissements du GHT grâce à l'intervention des EMSP pour une aide à la réflexion, aux décisions thérapeutiques et à l'orientation du patient, sur l'ensemble du territoire. De ce fait, il est nécessaire d'étoffer les EMSP pour assurer cette expertise car il est impossible d'assurer cette mission à moyens constants. Selon la CARESP, cela pourrait se faire dans le cadre du plan national Soins palliatifs 2015-2018.
- ➔ Tendre vers un équilibre de l'offre de soins sur le territoire, dans le pays de Morlaix, au vu du constat d'un manque de LISP sur les SSR. Au-delà, une réflexion est à mener sur la création d'une USP à Morlaix et à Carhaix.

Offre de formation

- ➔ Proposer une offre de formation en soins palliatifs à tous les professionnels médicaux et soignants dans les établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire par les EMSP si elles sont renforcées ou par des organismes extérieurs affiliés DPC.

Favoriser le maintien à domicile

- ➔ Eviter au maximum les ré-hospitalisations *via* le service des urgences grâce à un HDJ de soins palliatifs, des consultations externes de soins palliatifs et l'intervention des EMSP à domicile pour certaines situations d'oncologie.

- ➔ Création d'un **HDJ Soins Palliatifs** (en cours de réflexion dans le cadre du futur CMA du CHRU de Brest) et de **consultations externes** (dans le cadre du département soins de support du futur ICH) dans l'objectif d'éviter des ré-hospitalisations en urgence et de promouvoir le maintien à domicile (suivi, réévaluation des situations cliniques) :
 - Introduire de manière précoce des SP permettant une meilleure qualité de vie ;
 - Evaluer et suivre de l'état de santé en pluridisciplinarité ;
 - Anticiper les symptômes pénibles et leur traitement (prescriptions anticipées) ;
 - Elaborer un projet de soins en concertation avec le médecin traitant, la plateforme territoriale d'appui (PTAC) et l'HAD ;
 - Favoriser l'admission directe des patients en unité de soins (MCO/SSR) disposant de LISP ou en USP sans passage par les urgences en heure ouvrable.

- ➔ Création d'un **établissement d'accueil temporaire d'accompagnement et de répit** pour des pathologies graves lentement évolutives (ex : glioblastome, SLA, etc.) et lorsque le maintien à domicile n'est plus possible (sur le modèle de la « maison de vie » de Besançon- financements privés et publics).

- ➔ Envisager un support informatique commun à tous les intervenants du territoire (**ORIS, Dossier Médical Partagé**). Une permanence téléphonique régionale est à l'étude par la CARESP.

Pour le bien et le confort des patients, il est nécessaire de faire déplacer les praticiens avec une organisation pertinente et pluri-professionnelle par unité de soins. Les EMSP ont vocation à se déplacer auprès des patients, de leur famille et des équipes pluriprofessionnelles, ce qui limite également les dépenses de transport.

En synthèse :

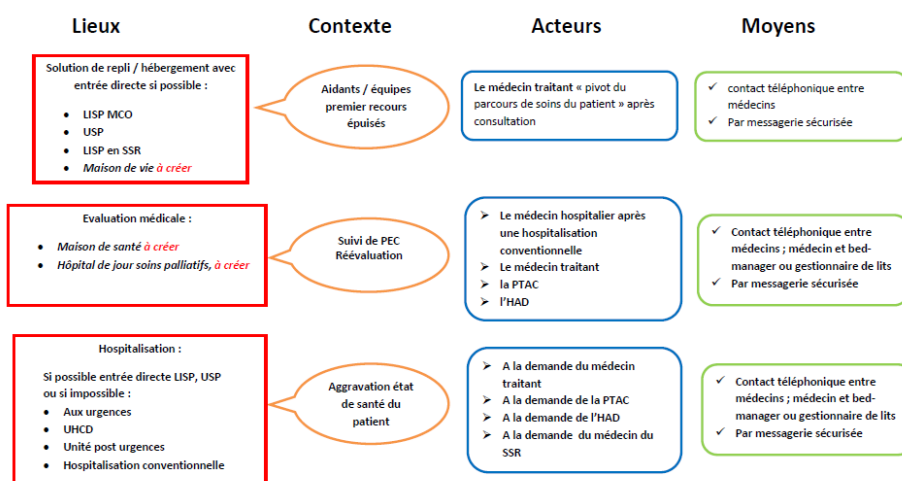


Figure 6 : Orientations idéales pour un patient ayant une maladie chronique grave et évoluée, avec prise en charge palliative, à partir de son lieu de vie

Dans le cas où l'offre dans le GHT serait indisponible, les patients peuvent être orientés vers un LISP en SSR (Ty Yann, Kerampir, Perharidy, Clinique Kerlenna, Clinique de la Baie), l'USP de Pasteur, le domicile avec la participation possible de l'HAD et/ou de la PTAC, ou encore un établissement hors territoire. La demande est faite par le médecin traitant ou un médecin de l'établissement.

POST-REQUIS

Afin de mettre en œuvre ce projet, il est nécessaire notamment d'étoffer les équipes mobiles de soins palliatifs, d'installer de véritables unités de soins palliatifs à Morlaix et à Carhaix, et d'acquérir un outil informatique identique pour les établissements du GHT, disposant d'une messagerie sécurisée pour la transmission des données médicales des patients.

EVALUATION ET ACTUALISATION

Il s'agira de suivre les indicateurs ci-dessous :

- Nombre de PEC SP(Z51.5) séjours conventionnés, LISP, USP par structure, file active et interventions par EMSP ;
- Activité HDJ et nombre de consultations externes ;
- Recensement et analyse des événements indésirables ;
- Nombre de personnels formés en SP ;
- Nombre fiches SAMU PALLIA (Nombre de Fiches, nombre d'interventions SAMU dans ce contexte).

FILIÈRE URGENCES

PILOTES ET GROUPE

Responsables de la filière	Dr David Goetghebeur (titulaire), Dr Catherine Lemoine (suppléant)
Membres du groupe	Dr Lydie Abalea, Dr Nouredine Chahir, Dr Xavier Hamon, MCS Serge Perchoc, Dr Luc Souquière DIM référent : Dr Jean-Michel Cauvin, Dr Patrick Feunteun Directeur référent : M. Christophe Baltus
Dates de réunion	12 septembre 2016, 20 octobre 2016, 2 novembre 2016, 21 décembre 2016

CONTEXTE

National :

- **Augmentation incessante de la fréquentation des services d'urgences** : Le nombre de passages dans les services d'urgences ne cesse de croître : de 7 millions en 1990, soit 1 français sur 8, (à l'époque, le caractère inflationniste et déraisonnable était souligné), nous sommes passés à plus de 14 millions en 2004 et à plus de **18 millions en 2013, soit un français sur 3,5**. S'y associe une **un affaïssement de la permanence des soins ambulatoires**.
- **En première ligne dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.** (Instruction 19 février 2016 post-attentat).
- **Vieillessement de la population.** Le Finistère est le second département en termes de vieillissement de la population.
- **Concentration des plateaux techniques spécialisés.**
- **Rapport J.Y. GRALL Juillet 2015** : « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence »
- **Samu Urgences de France : Livre blanc sur l'organisation de la médecine d'urgence.**
- **Circulaire sur le temps de travail des urgentistes.**
- **Rapport MARDEGAN 2010 relatif à la modernisation des SAMU.**
- **Rapport CNUH 2015 sur les transports hélicoptérés.**
- Création du **DES de médecine d'urgence.**
- Déficit national d'effectif d'urgentistes.
- **Un enjeu national : Garantir un accès aux soins urgents en 30 minutes maximum en tous points du territoire.**

Organisation régionale :

- Comité de suivi des réorganisations territoriales en médecine d'urgence (ARS).
- COPIL Zonal SAMU-CESU.
- Réseau breton des urgences.
- Observatoire régional des urgences.
- 30 services d'urgences dont 2 pédiatriques plus 1 saisonnier, 23 SMUR, 4 SAMU, 18 médecins correspondants de SAMU.

Contexte local :

- Fusion en cours du service d'urgence de l'HIA Clermont Tonnerre et celui du CHRU de Brest-Carhaix.
- Urgences gériatriques sur le site de la Cavale Blanche (printemps 2017).
- Ouverture de la SMUR maritime civile et militaire.

CONTEXTE

L'activité est répartie dans quatre villes du Finistère Nord : Brest, Carhaix, Landerneau et Morlaix.

BREST	CHRU, site de la Cavale Blanche : Urgences adultes, Urgences psychiatriques, SMUR, SMUR maritime, SCMM29, Centre 15 – SAMU 29, CESU. CHRU, site Morvan : Urgences pédiatriques, Urgences gynéco-obstétricales, Urgences Ophtalmologiques et ORL, SMUR pédiatrique. HIA Clermont-Tonnerre : Urgences adultes.
CARHAIX	CHRU, site Carhaix : Urgences polyvalentes, SMUR, maison médicale de garde.
LANDERNEAU	CH Ferdinand Grall : Urgences polyvalentes.
MORLAIX	CH des Pays de Morlaix : Urgences polyvalentes, SMUR, maison médicale de garde.

ACTIVITE

- ⇒ ACTIVITE EN FORTE CROISSANCE SUR L'ENSEMBLE DES DOMAINES D'ACTIVITE DE LA MEDECINE D'URGENCE (Services d'urgences – SMUR – C15):

- + 12,4% entre 2010 et 2015 sur le territoire 1 (services d'urgences).
 - + 9,8% entre 2010 et 2015 sur le périmètre du GHT (services d'urgences).
- ⇒ Les structures d'urgences du GHT couvrent 81,5% de l'activité du secteur sanitaire en 2015.
- ⇒ Moins de 10% de l'activité des services d'urgences concerne la prise en charge des urgences vitales.

Activité 2016 :

- **148 294 patients pris en charge dans les SAU** (406/jour) ;
- **11 407 patients hospitalisés en UHCD** (31,25/jour) ;
- 6 384 patients en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (17,5/jour) ;
- 34 100 hospitalisations (hors UHCD), soit 93,4/jour ;
- **4 693 sorties SMUR primaires** (12,85 jour) ;
- 1 877 sorties SMUR secondaires (transferts), soit 5,1/jour ;
- 349 073 appels entrants au Centre 15 ;
- **151 390 dossiers de régulation médicale** (956/jour) ;
- Plus de 3 000 heures de formation par le CESU.

Etablissements	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015/2010	2015-2010
HIA-CT	18 011	18 361	19 313	18 831	19 440	18 940	5,2%	929
CHRU-CB-Adulte	41 138	42 450	41 916	40 527	40 640	42 642	3,7%	1 504
Keraudren	26 957	29 491	30 387	30 870	32 665	33 728	25,1%	6 771
CH Morlaix	27 320	29 525	30 686	30 559	30 988	31 695	16,0%	4 375
CH Landerneau	14 399	14 912	15 252	15 164	15 563	16 317	13,3%	1 918
CHRU Pédiatrie	22 501	24 741	23 710	24 239	25 376	26 356	17,1%	3 855
CHRU Carhaix	11 661	12 248	11 761	12 037	12 397	12 344	5,9%	683
TOTAL TS1	161 987	171 728	173 025	172 227	177 069	182 022	12,4%	20 035
TOTAL GHT	135 030	142 237	142 638	141 357	144 404	148 294	9,8%	13 264
Part GHT/TS1	83,4%	82,8%	82,4%	82,1%	81,6%	81,5%		

Tableau 1 : Evolution du nombre total de primo-passages dans les SAU sur le TS1 (données ARDAH)

Etablissements	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015/2010	2015-2010
HIA-CT	1 272	1 348	1 554	1 670	1 820	1 771	39,2%	499
CHRU-CB-Adulte	5 180	5 324	5 435	5 209	5 158	5 185	0,1%	5
Keraudren	264	380	370	358	178	194	-26,5%	-70
CH Morlaix	671	842	1 009	2 032	2 922	2 483	270,0%	1 812
CH Landerneau	956	911	955	975	992	1 067	11,6%	111
CHRU Carhaix	648	917	983	1 007	994	901	39,0%	253
TOTAL TS1	8 991	9 722	10 306	11 251	12 064	11 601	+29,0%	+2 610
TOTAL GHT	8 727	9 342	9 936	10 893	11 886	11 407	+30,7%	+2 680
Part GHT/TS1	97,1%	96,1%	96,4%	96,8%	98,5%	98,3%		

Tableau 2 : Evolution du nombre d'hospitalisation en UHCD dans les SAU du TS1 (données ARDAH)

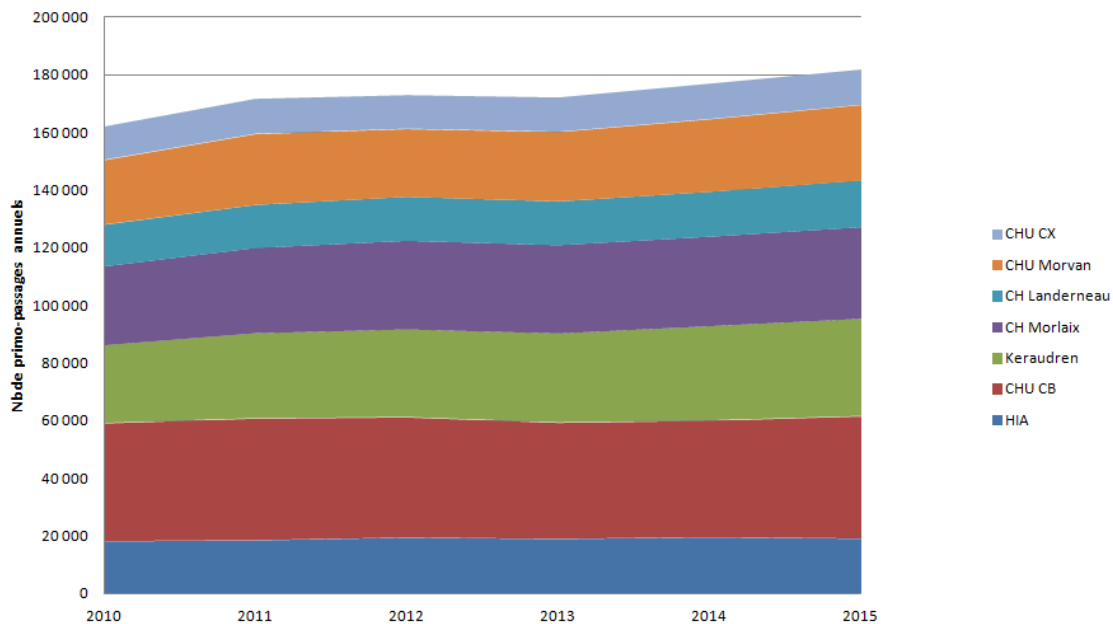


Figure 1 : Evolution du nombre de primo-passages dans les SAU entre 2010 et 2015 (données ARDAH)

Activité du Centre 15 en 2015 :

- Appels entrants : 349 073
- Appels sortants : 193 089
- Dossiers de régulation médicale : 151 390
- Dossiers régulés par les médecins hospitaliers : 98 325
- Dossiers régulés par les médecins libéraux : 53 065
- 97% des appels entrants au Centre 15 sont décrochés en moins de 60 secondes
- Moyens engagés par le Centre 15 :
 - Transporteurs sanitaires privés : 40 018
 - VSAV : 36 019
 - SMUR : 8 049

Activité du SMUR en 2015 :

Interventions primaires du SMUR :

- SMUR Brest : 3274 interventions (2830 terrestres, 444 hélicoportés)
- SMUR Morlaix : 908 interventions (905 terrestres, 3 hélicoportés)
- SMUR Carhaix : 511 interventions (499 terrestres, 12 hélicoportés)

Interventions SMUR sur l'ensemble du département (incluant l'aide médicale en mer) : 8144 interventions

Interventions secondaires du SMUR (Transferts inter Etablissements de santé) :

- SMUR Brest : 1732 transferts (1288 terrestres, 444 hélicoptés)
- SMUR Morlaix : 83 transferts terrestres
- SMUR Carhaix : 62 transferts (54 terrestres, 8 hélicoptés)

158 transferts inter hospitaliers ont été réalisés du CH Carhaix vers le CHRU Brest.

157 transferts inter hospitaliers ont été réalisés du CH Morlaix vers le CHRU Brest.

51 transferts inter hospitaliers ont été réalisés de l'HIA vers le CHRU Brest

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variation 2010 - 2015
APPELS ENTRANTS	326250	342559	347230	343411	354523	349073	6,54
D.R.M.	147314	154182	151222	153972	144163	151390	2,69
Décrochés - 60 SECONDES		97,30%	98,11%	98,25%	96,99%	97,00%	1,00
SORTIES SMUR BREST	4972	5391	5269	5256	5551	5006	0,68
<i>PRIMAIRES</i>	3616	3614	3459	3299	3630	3274	-10,45
<i>SECONDAIRES</i>	1356	1777	1810	1957	1921	1732	21,71
NOMBRE D HEURE DE COURS REALISEES ISEES PAR LE CESU	2581,50	3845,00	2900,30	3685,60	3292,50	3601,50	28,32

Tableau 3 : Evolution de l'activité du SAMU 29 – Centre 15 et du SMUR de Brest de 2010 à 2015 (source SAMU)

ES	0	1 à 5 ans	5 ans à 10 ans	10 ans à 15 ans	15 ans à 18 ans	18 ans à 30 ans	30 ans à 44 ans	45 ans à 65 ans	65 ans à 75 ans	75 ans à 85 ans	> 85 ans	Total général
CHU dont	4 031	9 852	6 853	6 947	2 488	9 644	9 888	12 798	5 519	7 021	6 232	81 273
Site Carhaix	88	417	509	821	508	1 709	1 650	2 497	1 034	1 539	1 590	12 362
Site de la Cavale Blanche	4	6	8	34	1 778	7 815	8 056	10 281	4 484	5 480	4 641	42 587
Site de Morvan	3 939	9 429	6 336	6 092	202	120	182	20	1	2	1	26 324
CH Morlaix	632	2 103	1 732	2 227	1 336	4 584	5 168	6 320	2 788	3 329	3 015	33 234
CH Landerneau	79	735	889	1 149	701	2 347	2 839	3 081	1 064	1 417	1 508	15 809
HIA			1	7	987	5 608	4 413	4 267	1 347	1 473	1 333	19 436
Total général	4 742	12 690	9 475	10 330	5 512	22 183	22 308	26 466	10 718	13 240	12 088	149 752

ES	0	1 à 5 ans	5 ans à 10 ans	10 ans à 15 ans	15 ans à 18 ans	18 ans à 30 ans	30 ans à 44 ans	45 ans à 65 ans	65 ans à 75 ans	75 ans à 85 ans	> 85 ans	Total général
CHU dont	2,69%	6,58%	4,58%	4,64%	1,66%	6,44%	6,60%	8,55%	3,69%	4,69%	4,16%	54,27%
Site Carhaix	0,06%	0,28%	0,34%	0,55%	0,34%	1,14%	1,10%	1,67%	0,69%	1,03%	1,06%	8,25%
Site de la Cavale Blanche	0,00%	0,00%	0,01%	0,02%	1,19%	5,22%	5,38%	6,87%	2,99%	3,66%	3,10%	28,44%
Site de Morvan	2,63%	6,30%	4,23%	4,07%	0,13%	0,08%	0,12%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	17,58%
CH Morlaix	0,42%	1,40%	1,16%	1,49%	0,89%	3,06%	3,45%	4,22%	1,86%	2,22%	2,01%	22,19%
CH Landerneau	0,05%	0,49%	0,59%	0,77%	0,47%	1,57%	1,90%	2,06%	0,71%	0,95%	1,01%	10,56%
HIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,66%	3,74%	2,95%	2,85%	0,90%	0,98%	0,89%	12,98%
Total général	3,17%	8,47%	6,33%	6,90%	3,68%	14,81%	14,90%	17,67%	7,16%	8,84%	8,07%	100,00%

Tableaux 4 et 5 : Classes d'âge des patients (données ORU)

ES	Moins de 4h	De 4h à 8h	De 8h à 12h	De 12h à 72h	Au delà de 72h	Total général
CHU dont	47 134	22 836	4 549	6 670	97	81 286
Site Carhaix	7 217	3 649	757	742	7	12 372
Site de la Cavale Blanche	18 528	14 330	3 718	5 924	90	42 590
Site de Morvan	21 389	4 857	74	4		26 324
CH Morlaix	26 760	5 950	319	130	13	33 172
CH Landerneau	10 439	4 468	633	264	4	15 808
HIA	11 880	5 063	872	1 598	3	19 416
Total général	96 213	38 317	6 373	8 662	117	149 682

ES	Moins de 4h	De 4h à 8h	De 8h à 12h	De 12h à 72h	Au delà de 72h	Total général
CHU dont	31,49%	15,26%	3,04%	4,46%	0,06%	54,31%
Site Carhaix	4,82%	2,44%	0,51%	0,50%	0,00%	8,27%
Site de la Cavale Blanche	12,38%	9,57%	2,48%	3,96%	0,06%	28,45%
Site de Morvan	14,29%	3,24%	0,05%	0,00%	0,00%	17,59%
CH Morlaix	17,88%	3,98%	0,21%	0,09%	0,01%	22,16%
CH Landerneau	6,97%	2,98%	0,42%	0,18%	0,00%	10,56%
HIA	7,94%	3,38%	0,58%	1,07%	0,00%	12,97%
Total général	64,28%	25,60%	4,26%	5,79%	0,08%	100,00%

Durée de passages tous ES confondus		
Moins de 4h	96 213	64,3%
De 4h à 8h	38 317	25,6%
De 8h à 12h	6 373	4,3%
De 12h à 72h	8 662	5,8%
Au-delà de 72h	117	0,1%
Total général	149 682	100,0%

Tableaux 6, 7 et 8 : Temps de passage (données ORU)

ES	HEURES D'ENTREE DES PATIENTS					Total général
	8h à 12h	12h à 16h	16h à 20h	20h à 24h	0h à 8h	
CHU dont	17 318	20 670	20 948	13 644	8 706	81 286
Site Carhaix	2 835	3 120	3 178	1 911	1 328	12 372
Site de la Cavale Blanche	9 153	11 484	10 204	6 596	5 153	42 590
Site de Morvan	5 330	6 066	7 566	5 137	2 225	26 324
CH Morlaix	7 193	8 218	8 717	5 544	3 562	33 234
CH Landerneau	3 924	4 074	4 139	2 193	1 479	15 809
HIA	4 857	4 880	4 445	2 721	2 567	19 470
Total général	33 292	37 842	38 249	24 102	16 314	149 799

Tableau 9 : Heure d'entrée des patients (données ORU)

ES	HEURES DE SORTIE DES PATIENTS					Total général
	8h à 12h	12h à 16h	16h à 20h	20h à 24h	0h à 8h	
CHU dont	6 723	17 626	21 181	19 158	16 598	81 286
Site Carhaix	998	2 302	3 337	3 259	2 476	12 372
Site de la Cavale Blanche	3 541	10 389	11 361	8 174	9 125	42 590
Site de Morvan	2 184	4 935	6 483	7 725	4 997	26 324
CH Morlaix	3 235	6 816	8 990	8 672	5 473	33 186
CH Landerneau	1 400	3 314	4 708	3 735	2 651	15 808
HIA	2 430	4 453	5 733	3 671	3 129	19 416
Total général	13 788	32 209	40 612	35 236	27 851	149 696

Tableau 10 : Heures de sortie des patients (donnée ORU)

ACTEURS

- **64,3 ETP sénior** affectés aux structures d'urgences de la GHT.
- Effectifs manquants : **-12,3 ETP (soit 16%) à -17,3 ETP (soit 21%)** en cas d'application de la circulaire « temps de travail ».
- **70% du manque d'effectif concerne le service Brest-Carhaix.**
- **Baisse importante du recours à l'intérim** depuis 2013 principalement **expliquée par l'augmentation du temps de travail additionnel (TTA).**
- **15% des effectifs sont des assistants :**
 - En formation,
 - 90% sont affectés sur le CHRU,
 - Financés en grande partie par l'ARS.
- **Une participation significative de praticiens non urgentistes** à la permanence des soins aux urgences. (Cavale Blanche, Pédiatrie, HIA).
- Une organisation de **la présence médicale qui prend en compte les flux de patients** à chaque fois que c'est possible.
- **Participation des praticiens du SSA** significative sur plusieurs sites.
- **70% des urgentistes du CHRU ont un exercice territorialisé.**
- Il existe déjà des postes partagés entre le CHRU et l'ensemble des structures d'urgences du GHT.
- **35 internes de médecine générale** affectés sur l'ensemble des sites.

SERVICES	EFFECTIFS SENIORS (en ETP) 1er Nov 2016						INTERNES
	PH et PHC	ASSISTANTS	Total Sénior	Cible Sénior	Delta	% Cible*	
C15-SMUR Brest	17,3	1	18,3	19,5	1,2	6,2%	2
Urgences Brest-Carhaix	11,9	7,6	19,5	28	8,5	30,4%	11
Urgences Pédiatriques	4,4	0,2	4,6	4,6	0	0,0%	10
Urgences HIA	5	0	5	6	1	16,7%	4
Urgences Morlaix	11,7	0,5	12,2	12,82	0,62	4,8%	6
Urgences Landerneau	4,2	0,5	4,7	5,77	0,96	16,8%	4
TOTAL	54,5	9,8	64,3	76,69	12,29	16,0%	37

*Effectif-cible : avec organisation actuelle - temps continu 48h, 10% de temps non clinique et déduction faite des gardes assurées par des médecins d'autres services (ETP) sauf pour HIA-CT.

Tableau 11 : Effectifs médicaux au 1^{er} novembre 2016

Recours à l'intérim et au temps de travail additionnel (TTA) pour les sites concernés.		CHRU de Brest		CH Pays de Morlaix	CH Landerneau	TOTAL territoire 1
		SAU		SAU-SMUR	SAU	
		Site Cavale	Site Carhaix			
Recours à l'interim (€)	2013	0 €	451 107 €	30 139 €	0 €	481 246 €
	2014	0 €	424 047 €	25 387 €	7 985 €	457 419 €
	2015	0 €	181 578 €	30 240 €	0 €	211 818 €
	Moy 2013-2015	0 €	352 244 €	28 589 €	2 662 €	383 494 €
Recours à l'interim (valorisation ETP)	2013	0,00	2,84	0,16	0,00	3,00
	2014	0,00	2,60	0,13	0,05	2,78
	2015	0,00	1,05	0,16	0,00	1,21
	Moy 2013-2015	0,00	2,16	0,15	0,02	2,33
Recours au TTA urgentistes (en plages, avec 1 plage=2 DJ)	2013	253	183	151	14	600
	2014	410	177	157	97	840
	2015	540	128	186	40	894
	Moy 2013-2015	401	162	165	50	778
Recours au TTA urgentistes (en ETP)	2013	1,32	0,95	0,79	0,07	3,12
	2014	2,13	0,92	0,82	0,51	4,37
	2015	2,81	0,66	0,97	0,21	4,65
	Moy 2013-2015	2,09	0,84	0,86	0,26	4,05
Total interim et TTA en 2015 (ETP) - EFFECTIF DEFICITAIRE		2,81	1,71	1,13	0,21	5,86

Source : Directions des affaires médicales

Tableau 12 : Recours à l'intérim et au temps de travail additionnel en 2015



Figure 2 : Coopérations hospitalières dans les SAU avec temps médical partagé (ARS Bretagne 2015)

Effectifs séniors en poste (UHCD inclus) par heure en SEMAINE.																									
VILLE	ACTIVITE	0	1	2	3	4	5	6	7	08h 30	9	10	11h 30	12h 30	13	14	15	16h 30	17	18h 30	19	20	21	22	23
BREST	CB-Urgences Adultes	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	3	3
	CB-SMUR	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
	Morvan-Pédiatrie	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
	Régulation C15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MORLAIX	HIA-CT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1
	Mx-Urgences	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1
CARHAIX	Mx-SMUR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Cx-Urgences	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LANDERNEAU	Cx-SMUR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Lan-Urgences	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
GHT		13	13	13	13	13	13	13	13	16	18	19	21	22	22	22	22	21	20	15	15	13	13	13	13

Effectifs séniors en poste (UHCD inclus) par heure en WE ET FERIES.																									
VILLE	ACTIVITE	0	1	2	3	4	5	6	7	08h 30	9	10	11h 30	12	13	14	15	16h 30	17	18h 30	19	20	21	22	23
BREST	CB-Urgences Adultes	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2
	CB-SMUR	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
	Morvan-Pédiatrie	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Régulation C15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MORLAIX	HIA-CT	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Mx-Urgences	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
CARHAIX	Mx-SMUR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Cx-Urgences	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LANDERNEAU	Cx-SMUR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Lan-Urgences	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GHT		13	13	13	13	13	13	13	13	16	16	17	17	17	17	17	17	17	17	14	14	13	13	13	13

Tableaux 13 et 14 : Organisation de la présence médicale « sénior »

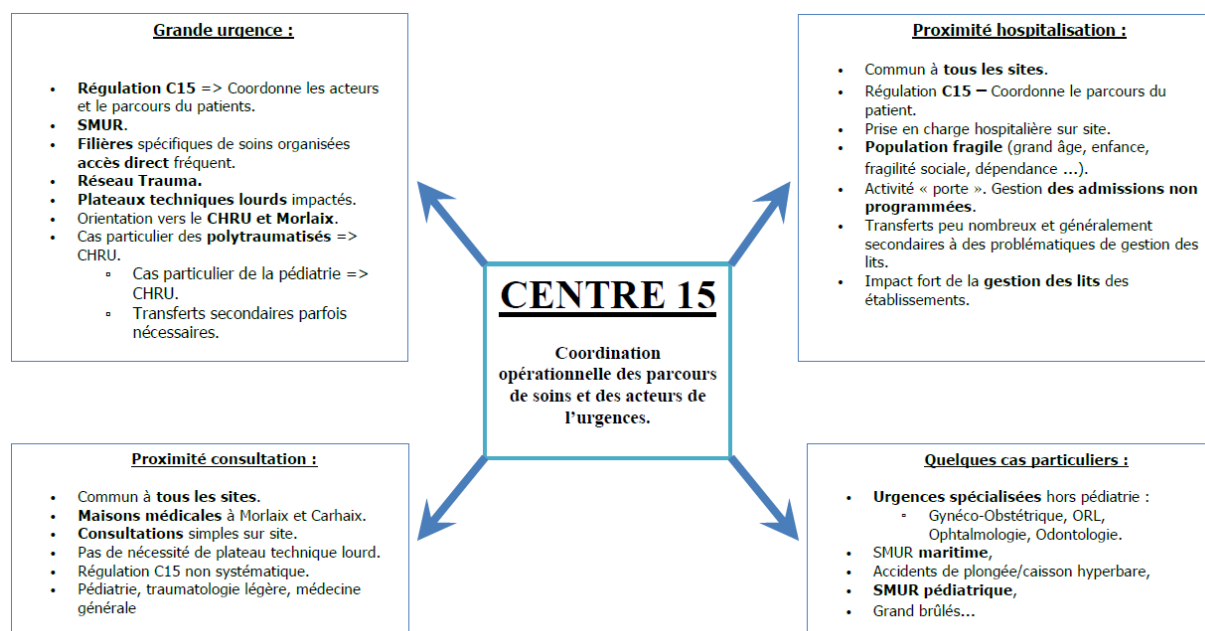


Figure 3 : Les parcours de soins de l'urgence (1)

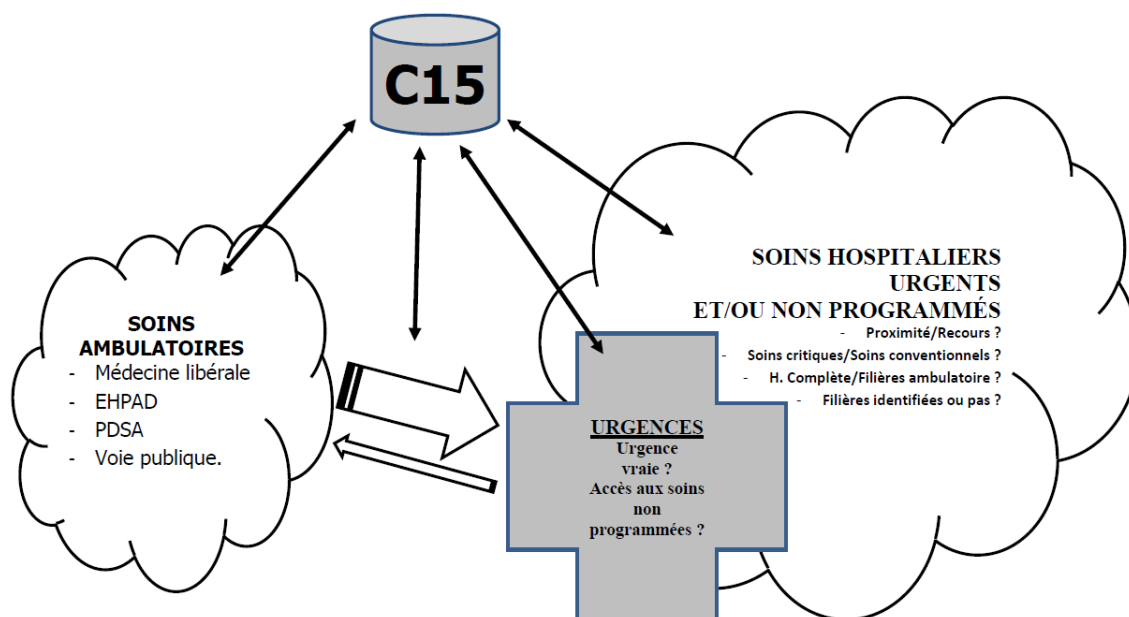


Figure 4 : Les parcours de soins de l'urgence (2)

MATRICE MOFF

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Politique territoriale ancienne et opérationnelle : réseau C15/SMUR, multiples postes médicaux partagés, équipe commune Brest/Carhaix, Participation du SSA, coopération HIA/CHRU. - Articulation C15/Médecine libérale. - Deux maisons médicales de garde (Morlaix et Carhaix). - Equipe médicale civile et militaire → Partage d'expertise. - HéliSMUR. - Formation initiale dynamique depuis plusieurs années. CESIM. - CESU. - Réseau Trauma. - Confiance réciproque des acteurs de la filière. - Certification HAS sur la thématique : 1 pour 5 sites et B pour 1 site. 	<ul style="list-style-type: none"> - Attractivité des postes et des carrières médicaux. - Universitarisation de la discipline à renforcer. - Gestion des admissions non programmées hétérogènes. - Recherche balbutiante. - Zone blanche SMUR (en particulier sur la Presqu'île de Crozon, malgré la mise en place des médecins correspondants de SAMU, et vers Plouescat). - Logiciels métiers différents. - Equipes paramédicales parfois insuffisantes sur certains sites. - Locaux parfois mal adaptés (urgences pédiatriques).

Menaces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> - PDSA et hétérogénéité de l'engagement de la médecine de ville, sauf organisation particulière. - Manque d'infirmier dans les EHPAD la nuit. - Cohérence entre les politiques de santé et les politiques publiques locales. - Entreprises d'intérim. - Réduction des capacités d'hospitalisation des établissements. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construction d'un nouveau bâtiment sur le site de l'HIA. - Médecins correspondants de SAMU en zone blanche. - Création du DES de médecine d'urgence. - Déploiement des technologies nouvelles.

MATRICE MOFF

Selon le PRS 2012-2017 :

- 97,86% de la population bretonne est à moins de 30 minutes d'un accès aux soins urgents : équipes territoriales, médecins correspondants du SAMU, amélioration des transports hélicoptés.
- Programme de modernisation des systèmes d'information communs des quatre SAMU.

PROPOSITIONS

La réponse aux besoins de la population du territoire de santé et aux objectifs nationaux et régionaux en termes d'urgences ne permet pas d'envisager de diminuer la couverture territoriale des structures d'urgences, tant en termes de services d'urgences qu'en terme de lignes de SMUR.

1. Constituer un pôle d'urgence civile et militaire de territoire.

- Regroupant l'ensemble des structures d'urgences de la GHT.
- Equipe médicale et paramédicale commune.
- Conservant une intégration solide des services d'urgence dans leur établissement.
- Garant d'une homogénéisation des qualités de prise en charge sur l'ensemble des sites.
- Interlocuteur des autres filières de soins de la GHT.
- Politique médicale unique en termes d'attractivités des postes et des carrières.
- Politique médicale et paramédicale unique en termes de formation initiale et continue et en termes de recherche clinique.

2. Définir un cahier des charges pour chaque service d'urgences (déclinaison du rapport Grall):

- Prenant en compte les caractéristiques des établissements et les filières de soins organisées au sein de la GHT.

- Définissant une offre graduée de médecine d'urgence coordonnée avec l'offre de soins hospitalière.
- Permettant au C15 de fournir aux patients l'orientation la plus pertinente possible.
- Garantissant à chaque patient une prise en charge optimale en tous points du secteur sanitaire dans le cadre de l'urgence et des soins non programmés.
- Annoncer clairement aux usagers.

3. Consolider l'équipe médicale de médecine d'urgences :

- Poursuivre et amplifier une politique ambitieuse en termes d'attractivité des postes et des carrières de l'urgence.
- Appliquer les nouvelles réglementations relatives aux conditions d'exercice de la médecine d'urgence.
- Recentrer les praticiens de médecine d'urgence sur leur cœur de métier et leur expertise et intégrer au fonctionnement des structures d'urgences des médecins d'autres disciplines lorsque cela est pertinent.
- Renforcer rapidement le volet universitaire de la médecine d'urgence pour répondre :
 - Aux impératifs de formations initiale et continue extrêmement importants,
 - Porter la création du DES de médecine d'urgence,
 - Développer la recherche clinique.

4. Développer et consolider l'expertise de la médecine d'urgence et des établissements de la GHT dans le domaine de la gestion de crise et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

- Défense sanitaire.
- Réserve SSA.

5. Installer une ligne de SMUR au CH de Landerneau pour couvrir les zones blanches (Crozon, Plouescat notamment).

6. Organiser les interfaces entre les services d'urgence et les nouveaux parcours de soins hospitaliers et ambulatoires :

- Interfaces services d'urgence/Chirurgie ambulatoire et hôpitaux de jour.
- Formaliser une interface opérationnelle avec la médecine de ville (inclus EHPAD).
- Intégrer les Hôpitaux ex-locaux dans les parcours de l'urgence (en particulier pour la filière gériatrique).

7. Adapter les services d'urgences au vieillissement de la population.

8. Intégrer les usagers dans la gouvernance des structures d'urgence.

9. Positionner les structures d'urgences comme des plateformes d'inclusion des patients dans les protocoles de recherche clinique des établissements.

FILIÈRES MÉDICO-TECHNIQUES

FILIERE BIOLOGIE

PILOTES ET GROUPE

Responsables de la filière	Pr Claude Férec (titulaire), M. Patrice PLESSIS (suppléant)
Membres du groupe	Pr Jean-Luc Carré, Dr Antoine Cousin, Pr Eric Lippert, Pr Christopher Payan, Mme Catherine Vaillant Directeur référent : M. Alain Troadec
Dates de réunion	

L'élaboration du projet médical de Biologie sera accompagnée par un prestataire à partir du deuxième semestre 2017.

FILIERE IMAGERIE

PILOTES ET GROUPE

Responsables de la filière	Dr Philippe Guillo (titulaire), Pr Michel Nonent (suppléant), Dr Jean Cameau (suppléant)
Membres du groupe	Dr Isabelle Kergastel, Dr Liviu Isac, Pr Jean Rousset, Dr Françoise Le Gall, Dr Anne-Marie Abgrall DIM référent : Dr Jean-Michel Cauvin Directeur référent : M. Alain Troadec
Dates de réunion	Mi-février et fin avril 2017

INTRODUCTION

L'actualité politique nous rappelle que les valeurs républicaines sont essentielles pour le service public hospitalier : égalité d'accès et de la prise en charge des patients, refus de toute discrimination, fraternité, solidarité entre professionnels de santé et pour nos concitoyens, liberté de choix du patient. Même si, au sein d'un territoire, la parfaite **égalité de prise en charge** est en partie utopique, tendre à l'obtenir doit être le socle du projet. Elle concerne de multiples items (délais, expertise, dosimétrie, protocoles de recherche, etc.) et n'obère pas les coopérations avec les autres territoires.

ETAT DES LIEUX

Canton	pop totale	Brest	Brest/Landerneau	Landerneau	Landerneau/Morlaix	Morlaix	Carhaix	Total
Brest	143027	143027						143027
Briec	28839						28839	28839
Carhaix-Plouguer	28443						28443	28443
Clozeau	34392	34392						34392
Guipavas	39694		39694					39694
Landerneau	28451			28451				28451
Landerneau	33983			16992	16992			33983
Lesneven	37085			37085				37085
Morlaix	37644					37644		37644
Plabennec	41339	20670	20670					41339
Plouguenat	29292					29292		29292
Port-de-Bretagne-Ouessant	28272			28272				28272
Saint-Pol-de-Léon	32609			16305		16305		32609
Saint-Etienne	40571	40571						40571
Total général		238660	88636	98832	16992	83241	57282	583641

Tableau 1 : Population du TS1



Figure 1 : Flux de patients venant des territoires de santé adjacents

Effectifs des radiologues : 14,8 ETP en 2011, 22,45 au 1^{er} février 2017. La moyenne d'âge est de 47,5 ans en 2017, contre 51,5 ans en 2011.

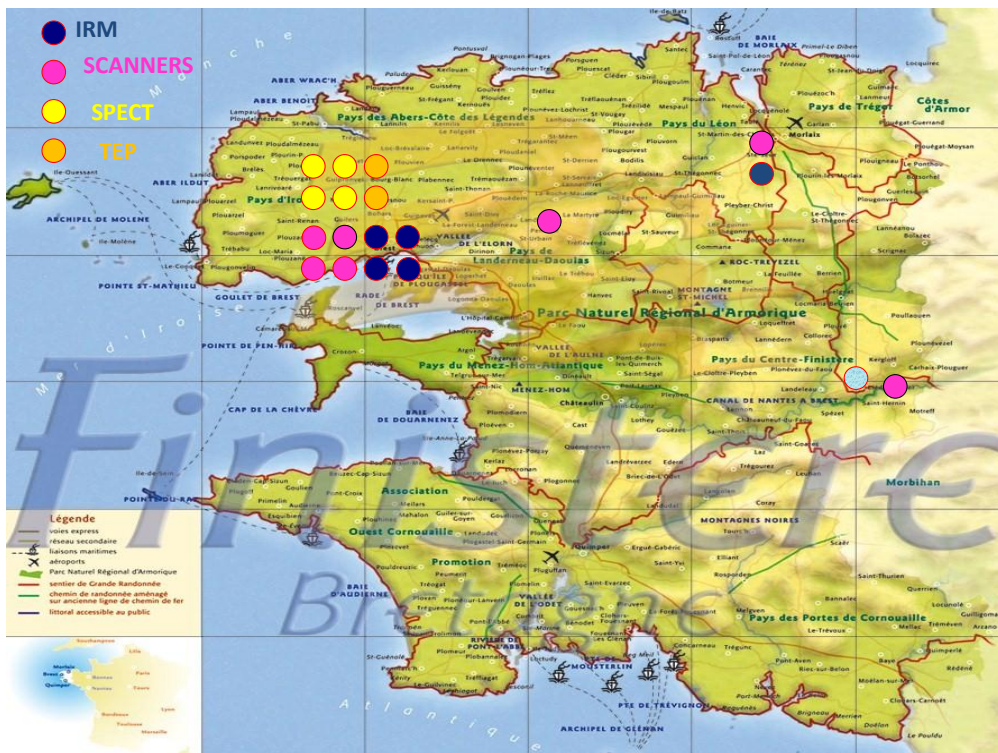


Figure 2 : Autorisations relatives aux plateaux d'imagerie du GHT

	Crozon	morvan	CB	HIA	landerneau	carhaix	morlaix	MN	TOTAL	Pts/jour
nbrepts	1500	32000	98000	40000	21000	22000	33000	31000	278500	763
IRM		2500	8000	4500			3500		18500	50(84)
scanners		5500	21000	4500	6000	5000	12000		54000	150
MN TEP/SPECT									18000	49

Tableau 2 : Activité d'imagerie sur le TS1 en 2016

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

PERMANENCE DES SOINS

Elle se situe sur trois sites. A Morlaix, l'astreinte est séniorisée (échographie-IRM- scanner). Une astreinte séniorisée, y compris pour les échographies, est mutualisée entre Morvan et l'HIA. Une astreinte pédiatrique est en place au CHRU de Brest. Sur le site de la Cavale Blanche, l'astreinte est séniorisée, y compris pour la neuro-radio interventionnelle et l'interventionnel. Une garde junior est en place. Un dispositif de télé-imagerie en coup existe pour Carhaix, l'HIA et Landerneau.

Deux difficultés majeures sont à noter :

- Un nombre insuffisant de seniors pour envisager aujourd'hui une séniorisation complète de la PDS et une absence de solution pérenne et efficiente pour répondre à la prise en charge des examens échographiques sur plusieurs sites.
- L'augmentation majeure des demandes urgentes 24h/24, et la difficulté d'accès rapide aux plateaux techniques d'imagerie.

Le groupe propose de doubler la garde d'internes de 18h à 22h, pendant les heures où la demande en provenance des urgences du CHRU et du territoire (télé-imagerie) est la plus forte.

Il est également proposé de filiariser les demandes échographiques de Carhaix sur Morlaix en journée les weekends et jours fériés

FAVORISER L'ACCES A L'EXPERTISE

- ➔ Organiser en journée une télé-imagerie territoriale de radio-expertise, en fonction du nombre d'experts. Les modalités de financement de cette prestation doivent être clarifiées.

- ➔ Assurer un accès territorial facilité à l'imagerie pour les RCP et les imageurs (portail commun territorial d'accès à l'imagerie). Ce dispositif est déjà réalisé pour la médecine nucléaire, et est en cours de finalisation pour la radiologie. Le portail commun en imagerie regroupera, à partir d'une seule demande, tous les antécédents d'imagerie du patient au niveau du TS1.

FAVORISER LE DEVELOPPEMENT D'UNE RECHERCHE TERRITORIALE D'IMAGERIE

- ➔ Intégrer l'ensemble des centres dans les protocoles de recherche.

FAVORISER UNE SOLIDARITE TERRITORIALE

- ➔ Elaborer une politique territoriale de formation des personnels médicaux : faciliter les coopérations avec des propositions concrètes (½ journée de formation pour les médecins extérieurs au CHRU, par exemple sur les échographies de hanche en pédiatrie, IRM prostate, ORL, hepato, interventionnel, digestif, etc.).
- ➔ Favoriser les échanges paramédicaux (permettre à de jeunes manipulateurs en radiologie des formations CHRU pour maintenir et développer des compétences), création d'une UPRI (unité de remplacement) territoriale.
- ➔ Développer et encourager une radiophysique et une radioprotection territoriales.
- ➔ Structurer le biomédical territorial notamment pour des achats groupés d'équipements lourds.

REORGANISER L'OFFRE

Trois projets majeurs pour l'imagerie auront un impact territorial.

- Une offre externe mutualisée sur HIA-Morvan-Landerneau : création d'un département, dont le responsable sera proposé par les Chefs de service et le Chef de Pôle. L'objectif est la modalité la plus proche et la plus rapide pour le patient. Les spécificités des sites concernés seront conservées et développées (pédiatrie, ORL par exemple). Pour une meilleure efficacité, il est nécessaire de créer un *call center* pour la prise de rendez-vous.
- Un monosite d'imagerie à la Cavale Blanche : l'ambulatoire y sera priorisé, selon un projet innovant puisqu'il associera sur un même plateau technique toute la panoplie des examens d'imagerie à visée diagnostique, associant les deux spécialités du domaine (radiologie et médecine nucléaire). Le parcours du patient sera ainsi simplifié, la prise en charge fluidifiée, grâce à la mutualisation des compétences et des expertises.
- La réorganisation du plateau technique interventionnel sur la Cavale Blanche : projet pluridisciplinaire associant toutes les composantes de l'interventionnel sur un seul plateau, permettant également une mutualisation des compétences, des expertises

accessibles pour tous les patients du territoire, une meilleure fluidité des prises en charge dans un environnement adapté et sécurisé.

LIBERTE TERRITORIALE

L'objectif est de diminuer les délais de rendez-vous et de faciliter à l'accès à l'expertise afin que le patient puisse choisir le plateau technique qu'il souhaite utiliser.

La liberté de choix est aussi celle des professionnels : la territorialité ne peut être imposée.

2017		11-janv	24-mars	28-avr
CB HOSPIT	IRM VASC	4	1	1
	IRM NEURO	3	3	2
	IRM OSTEO	2	2	2
	IRM ABDO	2	2	2
Sur négociation:comme ext si refusée	SCAN NEURO	1	1	2
	SCAN OSTEO	2	2	2
	SCAN DIG	2	2	2
	SCAN VASC	1	2	2
CB EXTERNE				
	IRM VASC	4	3	3
	IRM NEURO	46	42	65
	IRM OSTEO	5	5	10
	IRM ABDO	2	4	8
	SCAN NEURO	1	5	18
	SCAN OSTEO	2	2	4
	SCAN VASC	1	2	8
	SCAN DIG	14	12	11

Tableau 3 : Activité de certains plateaux sur des jours spécifiques

PRE-REQUIS

Il est nécessaire de disposer de radiologues en nombre suffisant, notamment pour sénioriser la permanence des soins et pour faciliter l'accès à l'expertise. *A minima*, chaque ligne d'astreinte doit être couverte par quatre praticiens, en particulier pour les astreintes de neurologie, d'interventionnel, de digestif et de pédiatrie.

Les outils permettant la mise en œuvre de ce projet sont les suivants :

- RIS commun ;
- Accès à une télémagerie efficiente et rapide pour les séniors ;
- Portail commun d'accès territorial aux images ;
- Accords financiers entre établissements.

FILIERE PHARMACIE

Les établissements publics de santé du Finistère Nord ont choisi de s'organiser en groupement hospitalier de territoire (GHT), associant l'hôpital d'instruction Clermont Tonnerre à ce groupement. Dans ce contexte, les établissements se fédèrent autour d'un projet médical commun. Ce document présente le projet pharmaceutique adossé au projet médical de territoire.

PILOTE ET GROUPE

Responsables de la filière	Mme Virginie Cogulet (titulaire), Mme Claire Gautreau (suppléante)
Membres du groupe	M. Philippe LORILLON, Mme Mariannick LE BOT, Mme Isabelle Donval, Mme Catherine L'Eilde-Balcon, M. Axel Carde, Mme Paule Soulet-Grimont, Mme Pascale Mahe Directeur référent : M. Yves Duval
Dates de réunion	

ETAT DES LIEUX

Au sein des établissements du GHT, les équipes pharmaceutiques ont déjà le goût et l'habitude de travailler ensemble. Très tôt, les équipes pharmaceutiques du territoire ont en effet accompagné la constitution de la communauté hospitalière de territoire en mutualisant plusieurs approches et plusieurs missions :

- Les productions pharmaceutiques nécessitant des plateaux techniques parfois coûteux et une spécialisation des professionnels ont été centralisées :
 - Pour les préparations magistrales et hospitalières : au sein du CHRU de Brest ;
 - Pour les chimiothérapies anticancéreuses : au CH des Pays de Morlaix et au CHRU de Brest (pour les établissements de Landerneau et l'HIA).
- Les achats pharmaceutiques sont mutualisés au sein d'un groupement de commandes intégrant tous les établissements du GHT (sauf l'HIA) et, pour partie, les établissements du bassin quimpérois. Ces achats déclinent, sur le territoire, une politique de référencement et de positionnement des produits de santé commune et concertée au sein du Comité du Médicament de territoire, promouvant l'harmonisation et l'évaluation des pratiques.
- Les contraintes pharmaceutiques ont été optimisées : sur le bassin morlaisien, la continuité pharmaceutique est assurée par Morlaix pour les CH des Pays de Morlaix et de Lanmeur alors que le CHRU de Brest prend en charge la continuité pharmaceutique sur les sites du CHRU

(Brest et Carhaix) et de Landerneau et Saint Renan. L'HIA a conservé sa propre astreinte pharmaceutique.

- Des actions territoriales de formation des équipes pharmaceutiques ont déjà été conduites : programme de réduction de l'iatrogénie médicamenteuse, formations thématiques des préparateurs en pharmacie, etc.

Aujourd'hui, le souhait de développer de nouvelles collaborations est encore partagé, pour concourir ensemble à la sécurité et à la qualité des soins, en s'adaptant aux nouveaux modes de prise en charge, notamment ambulatoire.

ENJEUX DU PROJET PHARMACEUTIQUE DE TERRITOIRE :

Le projet pharmaceutique du GHT a vocation à définir une politique pharmaceutique au sein des établissements du GHT, s'appuyant sur un système d'information hospitalier de territoire et visant à accompagner les enjeux et à répondre aux besoins définis par le projet médical du GHT.

Cette politique pharmaceutique doit intégrer les exigences suivantes :

1. CONCOURIR A UNE PRISE EN CHARGE SECURISEE, EFFICIENTE, EGALITAIRE DES PATIENTS DANS L'ENSEMBLE DES ETABLISSEMENTS MEMBRES DU GHT :

- En organisant et en développant les démarches pharmaceutiques en matière de qualité et de sécurisation de la prise en charge des patients :
 - Promotion du **bon usage des produits de santé** notamment grâce au développement de la pharmacie clinique,
 - **Sécurisation des circuits de dispensation** des produits de santé,
 - **Développement et sécurisation des activités de production** (plateaux techniques performants couvrant l'ensemble des besoins.
- En développant les **liens hôpital/ville et inter-hôpitaux** qui permettent d'**accompagner et de sécuriser les parcours des patients** : livret du médicament territorial, convergence des SIH, développement de la conciliation médicamenteuse, mise en place de l'utilisation du Dossier Pharmaceutique (DP), développement d'outils de transmission d'informations avec les professionnels libéraux médicaux et pharmaceutiques, organisation et structuration d'échanges réguliers entre pharmaciens de ville et pharmaciens hospitaliers
- En ciblant les actions de pharmacie clinique particulièrement pour les **populations à risques** (filrière de soins gériatrique, cancérologie, pédiatrie) ou sur les **thérapeutiques**

à **haut niveau de risque** ou aux **points d'interfaces dans les parcours patients** (Urgences notamment).

- En développant des **services de proximité pour faciliter l'accès aux soins** : optimiser l'accès aux médicaments rétrocédables au sein du territoire notamment afin d'éviter des déplacements évitables aux patients ambulatoires.
- En portant **une démarche et une politique commune de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse** visant à répondre aux enjeux de la certification des établissements par la HAS.
- En apportant une **réponse pharmaceutique efficiente aux réorganisations médicales** qui seront déclinées au sein du territoire.
- En apportant un **soutien fort à la recherche clinique** grâce à l'expertise pharmaceutique en matière de production des traitements actifs et comparateurs et d'aide à la préparation des dossiers de PHRC, par une simplification des circuits d'approvisionnements des traitements à l'étude au sein du territoire (la sous-traitance des activités de dispensation des produits en essais cliniques sera rendue possible par la future ordonnance sur les Pharmacies à Usage Intérieur ou PUI).

2. REpondre aux enjeux économiques forts de nos institutions :

En recherchant une **maîtrise médicalisée des dépenses de produits de santé** :

- Par des réorganisations d'activités pharmaceutiques au sein du territoire visant à mettre en oeuvre toutes les mutualisations possibles sur les fonctions logistiques, pour gagner en efficacité et optimiser les coûts des prestations pharmaceutiques et pouvoir ainsi réinvestir les ressources humaines dans des missions à forte valeur ajoutée (bon usage et pharmacie clinique, évaluation des pratiques, études médico-économiques, etc.).
- Par une politique de référencement des produits de santé portée par un COMEDIM de territoire multidisciplinaire, garant d'une **approche médico-économique**, promouvant **l'harmonisation des pratiques** au sein du territoire (développement d'outils d'aide à la prescription et à l'administration tels que des protocoles communs, livret thérapeutique commun) et tenant compte des spécificités de chaque établissement, intégrant les enjeux de maîtrise des impacts en ville des prescriptions hospitalières, et permettant une gestion concertée et commune de **l'accès aux innovations thérapeutiques**.
- Par une **maîtrise et une optimisation des achats pharmaceutiques** mettant en oeuvre la politique d'achat territoriale, en lien direct avec les directions achats : achats mutualisés et coordonnés, stratégies d'achat basées sur le bénéfice du collectif, investissement dans les stratégies régionales et nationales, etc.

- Par un engagement fort et commun dans les **contractualisations des établissements** du GHT (Contrat de bon usage, Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins, plan triennal, etc.),
- Par une approche commune de **pilotage des dépenses pharmaceutiques**, impliquant la communauté médicale.

3. PROPOSER DES PROJETS INNOVANTS REpondant AUX BESOINS DES PATIENTS DU TERRITOIRE ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE DU TERRITOIRE.

Les équipes pharmaceutiques doivent être force de proposition et conduire des projets et des évaluations permettant d'optimiser les prises en charge des patients : réduction de l'iatrogénie et des erreurs thérapeutiques, formation et information sur les produits de santé, conciliation et lien entre les acteurs de soins libéraux et hospitaliers, études médico-économiques, enquêtes de pratiques, etc.

Les nouveaux projets des équipes pharmaceutiques devront à l'avenir intégrer les enjeux et les besoins du GHT, pour que l'ensemble des patients puissent en bénéficier, qu'ils portent sur les organisations futures des activités pharmaceutiques ou sur des études (évaluations, réponses à des appels d'offres, et.) ou le développement d'outils ou de nouvelles prestations.

Ce projet pharmaceutique s'appuie donc sur de nouvelles mutualisations qui doivent permettre de développer un exercice pharmaceutique de proximité dans chaque établissement mais recentré sur des missions nouvelles à forte valeur ajoutée, notamment de pharmacie clinique, de sécurisation de la prise en charge thérapeutique et concourant à un gain d'efficience économique.

LES AXES DU PROJET PHARMACEUTIQUE TERRITORIAL

AXE 1 : SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE :

1. Automatiser et mutualiser la dispensation globale des produits de santé :

En matière de circuit des produits de santé, ces dernières années, de nouvelles solutions techniques automatisées sont apparues, permettant de **gagner en efficience** mais surtout de **sécuriser les activités de dispensation** actuellement très manuelles dans les établissements de santé.

Outre le fait de pouvoir mieux répondre aux exigences de la HAS en matière de prise en charge médicamenteuse, aujourd'hui ces solutions automatisées sont les meilleures perspectives

pour accompagner le virage des pharmacies d'établissements vers une pharmacie clinique au sein des unités de soins et à proximité des patients.

Les équipes pharmaceutiques du GHT souhaitent donc moderniser leurs pratiques actuelles par l'automatisation et la centralisation de leurs activités de dispensation globale (réapprovisionnement des armoires de dotations des unités de soins) au sein d'un ou deux plateaux techniques pour couvrir les besoins du territoire.

Une réflexion doit être menée sur les sites qui assureraient cette dispensation ainsi que sur l'approvisionnement des dispositifs médicaux.

2. Proposer une dispensation à délivrance nominative :

L'automatisation doit aussi couvrir les activités de délivrance nominative en priorité pour les secteurs de long et moyens séjour puis à terme sur les secteurs de courts séjours qui s'y prêtent. De nombreuses organisations et solutions techniques sont possibles, et devront être évaluées pour définir une organisation optimisée.

3. Développer la pharmacie clinique de proximité :

Le développement de la pharmacie clinique de proximité est essentiel, afin d'accompagner les enjeux suivants :

- L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et des stratégies thérapeutiques ;
- La sécurisation de la prise en charge thérapeutique aux points de transition ;
- La continuité des soins ;
- L'accompagnement du patient et/ou de son entourage visant à le/les rendre plus autonome(s) dans la prise en charge de son traitement.

L'objectif est donc de développer, au sein des unités de soins, le rôle des équipes pharmaceutiques, de **gestionnaire des produits de santé** (médicaments et dispositifs médicaux), **d'information et de conseils de bon usage** auprès des professionnels, **d'éducation thérapeutique** des patients (structuration de la démarche éducative à l'échelle du territoire par la mise en place d'actions communes et la mutualisation de supports d'information), **d'évaluation des pratiques, d'optimisation des prises en charge** (analyse pharmaceutique, revues de pertinence multidisciplinaires, participation aux RCP ou staffs médicaux, études médico-économiques), d'accompagnement des patients dans leur parcours de soins, notamment par la conciliation et en développant les **liens entre acteurs de soins hospitaliers et libéraux**.

4. Favoriser la recherche clinique :

En matière de recherche clinique, il devient stratégique, pour accompagner la structuration de la recherche clinique au sein du GHT, de poser une organisation mutualisée permettant de **simplifier le circuit des produits de santé au sein du territoire** afin de favoriser l'intérêt des

promoteurs et de garantir l'expertise pharmaceutique en matière de gestion de ces produits de santé au sein du territoire.

Par ailleurs, le développement d'une **unité de préparation des médicaments de thérapie innovante** (MTI) devient également stratégique. Ces nouvelles thérapeutiques, à base le plus souvent de vecteurs viraux, présentent un développement fort ces derniers mois notamment en cancérologie. Ces médicaments sont une des voies d'avenir dans ce domaine et continueront à se développer. La participation des établissements à ces études cliniques est cependant conditionnée aux possibilités des PUI de réaliser ces préparations sous des conditions strictes (locaux spécifiques et équipements dédiés). Peu sont à ce jour en mesure d'y répondre. Il existe donc bien un enjeu de recherche pour le territoire. Par ailleurs, il est également important d'anticiper la commercialisation de ces médicaments qui imposera les mêmes compétences et moyens pharmaceutiques.

5. Mettre en oeuvre une stérilisation de territoire :

Dans le domaine des productions, la centralisation de l'activité de stérilisation au sein de deux pôles techniques sur le territoire (le CH des Pays de Morlaix d'une part et le CHRU de Brest d'autre part) mais mutualisant leurs pratiques, est requise.

Les objectifs d'**efficacité économique** ont été évalués à l'échelle du GHT et doivent permettre une diminution des coûts d'exploitation globaux. Il est nécessaire d'accompagner la performance de ces plateaux techniques, notamment pour leur permettre de **répondre aux enjeux du développement de la chirurgie et du virage des activités de chirurgie vers des prises en charge ambulatoires** qui nécessitent des temps de restitution des dispositifs stérilisés beaucoup plus courts qu'avec la chirurgie conventionnelle et qui induiront une augmentation des besoins de stérilisation en volume.

Ce projet de stérilisation de territoire est en réflexion depuis plusieurs années. Aujourd'hui les organisations à poser sont définies. Il devient donc nécessaire de l'accompagner par le démarrage concret des projets immobiliers nécessaires pour mettre en oeuvre cette centralisation.

6. Avoir des plateaux techniques sécurisés et adaptés aux exigences des bonnes pratiques

Les plateaux techniques de production se doivent d'être performants et adaptés aux activités de production qui sont critiques, afin de les sécuriser. Ils doivent également permettre de mettre en place de nouvelles activités de préparation lorsque cela est nécessaire.

7. Manager les risques

En matière de gestion des risques, une politique commune pour le **management de la prise en charge médicamenteuse** apparaît souhaitable et mutualisable. Une commission territoriale de pilotage de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse pourrait être mise en oeuvre afin de définir des axes stratégiques, d'analyser les événements indésirables et de partager les travaux de chaque établissement.

Le développement des démarches d'analyses des risques a priori et a posteriori est un axe essentiel l'échelle du territoire permettant de sécuriser la prise en charge des patients au sein du territoire.

De même, une approche partagée peut être organisée pour les **vigilances sanitaires** (matérovigilance, pharmacovigilance et autres), s'appuyant sur des outils partagés.

En matière de **gestion des risques sanitaires d'urgence**, l'expertise de l'HIA et du CHRU doit être mutualisée, tout comme la gestion des produits d'urgence et des antidotes. Cela s'inscrit notamment dans le protocole d'accord entre ces deux établissements au sein du territoire.

8. Promouvoir la formation des professionnels

En matière de formation, une approche territoriale concertée est également requise pour développer des **spécialisations des équipes pharmaceutiques** adaptées aux besoins du territoire. Cela concerne aussi bien la **formation initiale** avec une politique de recrutement commune (qualifications minimales requises, mutualisation d'un pool de remplaçants, coordination et spécialisations des lieux de stage des préparateurs en année hospitalière, etc.), que la **formation continue**.

Le CHRU détenant un agrément OGDPC pour les pharmaciens doit pouvoir ouvrir ce programme à l'ensemble des pharmaciens du GHT. Au-delà, les équipes pharmaceutiques qui, ensemble, s'inscrivent dans une approche clinique, doivent définir les compétences à développer au sein du territoire (thérapeutiques anti-infectieuses, nutrition, douleur, pharmacie clinique...), ses spécialisations pouvant à terme constituer des expertises pour l'ensemble du territoire.

Elles seront une force pour le **déploiement de programmes d'évaluation des pratiques à l'échelle du territoire** et permettront des **travaux et des publications communs**.

L'autre volet en matière de formation est d'harmoniser les **formations initiales et continues dispensées par les pharmaciens hospitaliers aux soignants** : au sein des IFSI, de la faculté de médecine, auprès des pharmaciens officinaux, des préparateurs en pharmacie et des ouvriers professionnels qualifiés affectés en pharmacie.

AXE 2 : MAITRISER LES DEPENSES DE PRODUITS DE SANTE :

1. Acheter et approvisionner les produits de santé :

En matière d'achats et d'approvisionnements pharmaceutiques, le **groupement de commande actuel doit être élargi à l'HIA** et aux quelques classes notamment de **dispositifs médicaux non encore intégrés** dans les achats mutualisés.

Par ailleurs une **rationalisation des approvisionnements de traitements coûteux et/ou rares et des stocks d'urgence** doit être organisée à l'échelle du territoire.

2. Maîtriser et gérer les budgets pharmaceutiques :

En matière de suivi budgétaire, une **approche commune** pourrait être déployée, permettant une **vision territoriale des enjeux en matière de produits de santé** qui pourraient **alimenter le plan d'actions achats**, en permettant également une **implication des spécialités médicales** grâce à des dialogues budgétaires spécialisés communs et comparatifs notamment sur certaines spécialités.

En parallèle, le déploiement de la **pharmacie clinique** va également développer les actions de **bon usage** et une gestion optimisée qui concourent à maîtriser les coûts de prise en charge.

3. Mettre en œuvre les contractualisations avec les tutelles (CAQOS, CBU, plan triennal, etc.)

En matière de plans d'actions de maîtrise des dépenses, certaines actions pourraient être déployées à l'échelle du territoire, notamment des démarches de maîtrise des impacts en ville des prescriptions hospitalière, en lien avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CONCLUSION

Les équipes pharmaceutiques du GHT partagent **une vision commune de leur exercice professionnel**, orientée pour l'avenir vers le **développement des approches cliniques de proximité**, bien conscientes que la pharmacie hospitalière de demain doit évoluer pour répondre aux nouveaux enjeux de prise en charge des patients (parcours de soins de plus en plus ambulatoires nécessitant de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital, performances des prises en charges hospitalières, optimisation des durées des séjours hospitaliers, etc.).

Elles partagent également depuis longtemps **le goût et l'envie de travailler ensemble**, bien conscientes de la force des mutualisations qui seules permettront de pouvoir développer de nouvelles actions à forte valeur ajoutée et de la richesse et de la dynamique créées par les échanges professionnels.

Les équipes pharmaceutiques du territoire souhaitent **être des partenaires structurants et aidants dans les organisations territoriales**.

SCHEMA TERRITORIAL DE LA PERMANENCE ET DE LA CONTINUITE DES SOINS

Conformément à l'article R. 6132-3, I., 4°, a), l'organisation de la permanence et de la continuité des soins est définie dans le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins. Ce schéma, qui fait partie intégrante du projet médical partagé, est établi de manière concertée et validée par les instances du GHT, en cohérence avec le PRS et son annexe « Schéma cible de la permanence des soins en établissement de santé ».

L'élaboration de ce schéma, en lien avec le calendrier d'élaboration du schéma cible régional de la permanence des soins, sera conduite, à compter du second semestre 2017, par un groupe de travail composé notamment des représentants des directions et des commissions de l'organisation de la permanence des soins des établissements partie et associé du GHT de Bretagne Occidentale.

HOSPITALISATION A DOMICILE

L'ensemble des participants à l'élaboration de ce projet médical partagé estime que le recours aux services d'hospitalisation à domicile est très insuffisant sur le territoire.

Il est décidé de réfléchir à de nouvelles modalités d'association des établissements du GHT à la gouvernance des structures d'HAD.

Des compléments chiffrés seront apportés.

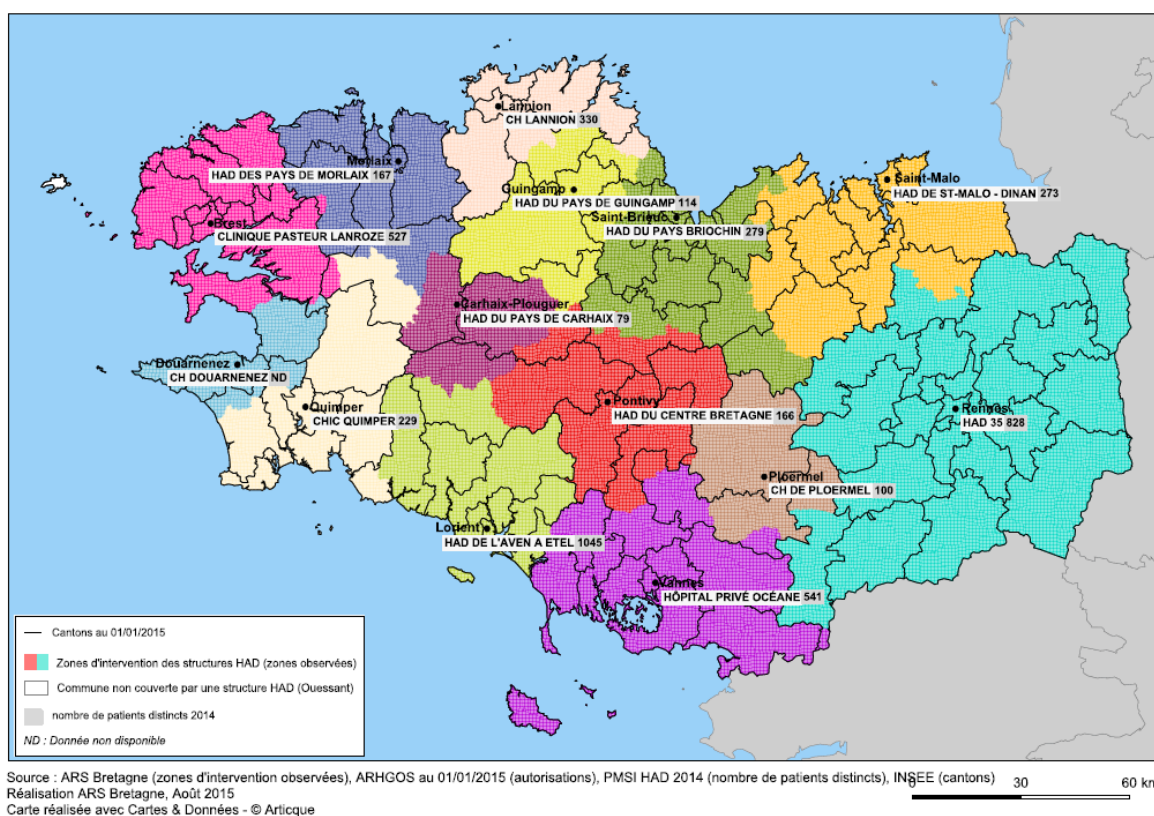


Figure 1 : Zones d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

AVC – Neurologie

Favoriser la prévention de l'AVC :

- Participer au DIU citoyen pour la prévention des maladies neurovasculaires et former à l'éducation à la prévention des plus jeunes (professeurs des écoles).
- Poursuivre les journées de sensibilisation à l'AVC et généraliser ces actions à tout le GHT.

Améliorer la prise en charge en amont (phase pré-hospitalière) :

- Mettre à l'étude l'acquisition d'un véhicule de transport à imagerie embarquée.
- Poursuivre l'amélioration de la régulation des AVC (retours d'expérience notamment).
- Réfléchir à la mise en place d'une application informatique spécifique à la prise en charge des AVC.

Améliorer la prise en charge lors de l'hospitalisation :

- Augmenter le nombre de lits d'USINV.
- Augmenter le nombre de lits d'UNV.
- Constituer une filière de prise en charge des patients à haut risque d'AIT.
- Développer à Morlaix une unité de proximité AVC.
- Stabiliser le fonctionnement de la télé-thrombolyse entre Brest et Morlaix, et l'étendre 24h/24.

Développer l'éducation thérapeutique et le suivi après l'AVC :

- Ouvrir les formations dispensées au CHRU de Brest à l'ensemble du territoire, notamment infirmiers et neurologues.
- Elaborer un contrat ville-hôpital en éducation thérapeutique sur le territoire (neurologues hospitaliers et libéraux, médecins généralistes, etc.).
- Mettre en place des consultations pluridisciplinaires du post-AVC pour la prise en charge du handicap invisible.
- Améliorer la coordination, notamment avec l'HAD, dans le cadre du protocole de sortie rapide des patients modérément sévères.

Cardiologie

Organiser la filière de l'insuffisance cardiaque :

- Organiser la prise en charge ambulatoire en équipe pluridisciplinaire.
- Elaborer des outils communs en matière d'éducation thérapeutique.
- Mettre en place le suivi à distance des patients (questionnaires, application mobile) effectué par un infirmier de coordination.
- Elaborer des outils de communication ville-hôpital.

Chirurgie Orthopédique

Améliorer le positionnement territorial des établissements du GHT :

- Investir le territoire de proximité de Carhaix.
- Développer l'activité sur le territoire de la métropole brestoise.
- Organiser les consultations avancées sur le territoire et cibler les besoins en ressources humaines.
- Définir des cibles d'activité par typologie d'acte sur le territoire.
- Améliorer le lien avec les médecins généralistes.
- Engager une réflexion inter-établissements sur la démographie médicale.

Développer les innovations techniques et organisationnelles :

- Développer l'ambulatoire.
- Mettre en place une démarche de RRAC dans tous les établissements.
- Développer l'orthogériatrie.

Améliorer l'articulation avec les dispositifs d'aval :

- Améliorer le recours à l'HAD sur le territoire.
- Construire un projet avec les structures SSR pour les situations les plus complexes (patients âgés polyopathologiques notamment).

Améliorer la communication sur les expertises et savoir-faire des équipes du GHT :

- Faire connaître les dispositifs innovants mis en place sur le GHT.
- Améliorer l'accessibilité des équipes du GHT en consultation.

Chirurgie Viscérale

Développer le dépistage pour favoriser l'inclusion directe dans la filière publique :

- Définir une politique RH pour les gastro-entérologues à l'échelle du territoire.
- Définir une stratégie publique en coloscopie diagnostique et thérapeutique à partir d'un projet médical de territoire en endoscopie.
- Développe les activités de pointe, notamment en interventionnel.

Améliorer l'organisation et le fonctionnement des RCP pour une meilleure efficacité et traçabilité des décisions :

- Etablir une charte ou un règlement intérieur de la RCP précisant l'organisation et le fonctionnement.
- Organiser le suivi des décisions de RCP.

Organiser à nouveau les « Jeudis de la chirurgie viscérale » :

- Organiser des soirées monothématiques pour les acteurs du GHT, dans le cadre du DPC.

Accroître les parts de recrutement sur le territoire du GHT :

- Optimiser les RCP pour intégrer les patients dans la filière publique.
- Développer la communication institutionnelle auprès de la population et des médecins généralistes sur les spécialités du GHT et les innovations thérapeutiques.
- Fluidifier les parcours dans les établissements, notamment par la mise en place de vacations dédiées (consultations et endoscopies), l'accès facilité à l'expertise du CHRU, la réduction des délais d'accès aux plateaux techniques, etc.

Développer les innovations techniques et organisationnelles :

- Développer l'ambulatoire.
- Mettre en place dans tous les établissements une démarche RRAC.
- Développer les prises en charge innovantes, comme la CHIP.

Gériatrie

Développer l'accès à l'expertise gériatrique :

- Organiser, dans les centres de recours, une expertise gériatrique ambulatoire en réponse au repérage précoce de la fragilité par les professionnels de soins primaires.
- Positionner dans chaque établissement de proximité une infirmière spécialisée en gérontologie.

Fluidifier les parcours des patients âgés :

- Eviter les ruptures dans les parcours de soins en formalisant un dossier de liaison et en élaborant des protocoles de préparation des sorties en lien avec la PTA et le dispositif MAIA.
- Prévenir la perte d'autonomie ou son aggravation lors des séjours hospitaliers en élaborant des protocoles communs à tous les établissements et services, et en promouvant la culture gériatrique.

Améliorer l'accès aux plateaux techniques et spécialités :

- Promouvoir le développement du secrétariat de parcours au CHRU de Brest.
- Développer des consultations avancées dans les établissements de proximité, notamment au CH de Lesneven.
- Evaluer le besoin et l'opportunité du développement de la télémédecine.

Améliorer la prise en charge des patients atteints de troubles neuro-dégénératifs :

- Obtenir la reconnaissance des dispositifs déjà mis en place.
- Créer des UHR au CH de Lanmeur, de Crozon, de Landerneau, des Pays de Morlaix et au CHRU de Brest, un PASA sur le site de Carhaix, une deuxième UCC sur le territoire.
- Développer l'hébergement temporaire, et notamment l'hébergement temporaire spécialisé dans l'accueil des patients atteints de troubles neuro-dégénératifs.

Améliorer le parcours des patients porteurs de BHRé :

- Structurer un dispositif de gestion des parcours des patients porteurs de BHRé sur le territoire.

Gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles

Organiser la gradation des réponses aux situations sanitaires exceptionnelles :

- Installer une douche de décontamination dans chaque établissement de niveau 1.
- Organiser une réunion annuelle avec les acteurs du bassin brestois pour communiquer sur les capacités opératoires de crise adultes et enfants.
- Définir une cible annuelle du nombre de professionnels formés AFGSU 3.
- Organiser une journée annuelle CHRU/SSA de formation à la prise en charge des blessés de guerre.
- Définir la place et le rôle des hôpitaux de proximité.

Diffuser la culture GSSE :

- Organiser des exercices avec la participation de l'ensemble des acteurs du territoire.
- Promouvoir les échanges entre les professionnels.
- Créer et diffuser des supports pédagogiques communs, comme des films.
- Organiser une demi-journée annuelle de sensibilisation des Directions et responsables médicaux aux enjeux de la Défense sanitaire et globale.

Oncologie

Organiser les parcours territoriaux en oncologie en définissant la place de chaque équipe dans le parcours :

- Formaliser les parcours identifiés comme prioritaires (broncho-pulmonaire, sein, gynécologie, colon-rectum, prostate, œsophage-estomac).
- Communiquer sur les techniques et activités réalisées au sein du GHT.
- Renforcer le positionnement du GHT sur l'activité de dépiçage.

Consolider les démarches qualité et le développement de protocoles communs :

- Créer un « Label Qualité » en équipe pluridisciplinaire pour améliorer les parcours.
- Formaliser des protocoles communs avec les différentes spécialités intervenant dans la prise en charge du cancer.
- Associer les usagers à l'amélioration de la qualité des parcours.
- Organiser la communication avec les professionnels libéraux.

Consolider la politique de recherche territoriale :

- Développer la recherche sur le territoire, et notamment la réalisation de certains essais thérapeutiques hors du CHRU.
- Faire évoluer les RCP pour inclure davantage de patients dans les essais thérapeutiques.
- Mettre en place une patienthèque au niveau du territoire.
- Communiquer sur les prises en charges innovantes et les essais thérapeutiques auprès des confrères hospitaliers et libéraux et de la population.

Périnatalité-Pédiatrie

Poursuivre la recherche d'un consensus sur l'organisation des maternités sur le territoire.

Construire un outil informatique partagé permettant aux professionnels hospitaliers, aux médecins généralistes, aux gynécologues-obstétriciens, aux sages-femmes et aux pédiatres libéraux d'échanger des avis et d'organiser les parcours individualisés.

Développer une HAD néonatale et pédiatrique.

Pneumologie – BPCO

Développer la prévention et le dépistage de la BPCO :

- Sensibiliser à la lutte anti-tabac et au dépistage ciblé de patients à haut risque de BPCO.

Améliorer le parcours des patients atteints de BPCO :

- Analyser les parcours à l'aide de patients traceurs.
- Analyser les données épidémiologiques portant sur les hospitalisations.

Développer la réhabilitation respiratoire :

- Sensibiliser et accompagner les professionnels susceptibles d'orienter les patients vers la réhabilitation.
- Education thérapeutique du patient post-réhabilitation et organisation d'un suivi de la réhabilitation du domicile.
- Proposer systématiquement la forme de réhabilitation adaptée aux patients en post-hospitalisation pour exacerbation de BPCO.

Psychiatrie – Santé mentale – Addictologie

Psychiatrie adulte :

- Soutenir et renforcer l'activité ambulatoire, en confortant ou développant les CMP et en adaptant la capacité d'accueil en hôpital de jour.
- Renforcer et reconnaître la formation des infirmiers en psychiatrie.
- Développer la réhabilitation.
- Proposer une politique territoriale des bonnes pratiques.

Psychiatrie infanto-juvénile :

- Mettre en place des staffs communs aux CMP, CMPP et CAMPS pour le dépistage de l'autisme niveau 2 sur le secteur Morlaisien.
- Faire venir des internes sur des temps de groupe ciblés au CMPP et au CAMPS du secteur de Morlaix.

- Mettre en place le projet UMIPLEA à Brest.
- Organiser l'offre en niveaux à Brest : 1) consultations primaires via le rapprochement des deux secteurs de psychiatrie, 2) prises en charges selon l'âge et la pathologie, 3) centre de référence des troubles sévères du comportement, en lien avec la neuropédiatrie, la génétique et de Centre Ressource Autisme.

Psychiatrie du sujet âgé :

- Promouvoir les alternatives à l'hospitalisation.
- Proposer des formations à la psychopathologie du vieillissement et à la clinique gérontopsychiatrique aux professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels libéraux.
- Améliorer l'accès aux méthodes thérapeutiques intensives par des partenariats entre le secteur public et le secteur libéral.
- Harmoniser les protocoles sur le territoire pour permettre une évolution des pratiques professionnelles

Conduites suicidaires :

- Développer l'ambulatoire (dispositifs de veille Vigilans et travail en réseau).
- Améliorer la prise en charge à l'hôpital (repérage du risque suicidaire, consultations avancées pour réaliser des évaluations spécifiques pour adolescents et jeunes adultes à risques).
- Développer la recherche sur le territoire.
- Développer la formation, notamment celle des médecins généralistes.

Addictologie :

- Favoriser l'accès aux soins des patients addicts (renforcement ou création des consultations avancées).
- Renforcer la complémentarité entre les différentes structures de soins spécialisées.
- Développer la prévention, les actions de promotion de la santé.
- Favoriser la coordination des soins (dossier patient informatique commun, interface avec la ville, secrétariat de coordination).
- Créer un pôle inter-établissement entre Saint-Renan et le CHRU.

Soins Palliatifs

Uniformiser l'offre de soins dans tous les centres hospitaliers du territoire :

- Promouvoir l'intervention des équipes mobiles dans les établissements n'en possédant pas et disposant de LISP.
- Augmenter l'offre en LISP sur le territoire de Morlaix, notamment en SRR.
- Réfléchir à la création d'une unité de soins palliatifs à Morlaix et à Carhaix.

Développer l'offre de formation :

- Proposer une offre de formation en soins palliatifs à tous les professionnels médicaux et soignants des établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire par les équipes mobiles renforcées ou par des organismes affiliés DPC.

Favoriser le maintien à domicile :

- Créer une offre ambulatoire (hôpital de jour de soins palliatifs, consultations, intervention des EMSP à domicile) pour éviter les ré-hospitalisations.
- Réfléchir à l'opportunité de créer un établissement d'accueil temporaire d'accompagnement et de répit pour les pathologies graves et lentement évolutives lorsque le maintien au domicile n'est plus possible.
- Améliorer la communication entre tous les intervenants dans la prise en charge par la mise en place d'un outil informatique commun.

Urgences

Constituer un pôle d'urgence civil et militaire de territoire :

- Homogénéiser les prises en charges sur le territoire.
- Elaborer une politique médicale unique en termes d'attractivité des postes et des carrières.
- Elaborer une politique médicale et paramédicale unique en termes de formation initiale, continue, et de recherche clinique.

Définir un cahier des charges pour chaque service d'urgence :

- Optimiser l'orientation des patients par le Centre 15.
- Graduer l'offre en fonction des plateaux techniques et des compétences médicales.
- Filiariser les prises en charge aux urgences.

Consolider l'équipe médicale de médecine d'urgence :

- Poursuivre et amplifier une politique ambitieuse en termes d'attractivité des postes et des carrières de l'urgence.
- Appliquer les réglementations relatives aux conditions d'exercice de la médecine d'urgence.
- Intégrer des médecins d'autres disciplines au fonctionnement des services d'urgence pour recentrer les urgentistes sur leur cœur de métier.
- Renforcer le volet universitaire de la discipline.

Installer une ligne de SMUR au CH de Landerneau**Développer et consolider l'expertise de la médecine d'urgence et des établissements du GHT dans le domaine de la gestion de crise et de la GSSE****Organiser les interfaces entre les services d'urgence et les nouveaux parcours de soins hospitaliers et ambulatoires :**

- Prendre en compte le développement de la chirurgie ambulatoire et des hôpitaux de jour de médecine.
- Formaliser une interface opérationnelle avec la médecine de ville et le secteur médico-social.
- Intégrer les hôpitaux de proximité dans les parcours de l'urgence, en particulier pour la filière gériatrique.

Adapter les services d'urgence au vieillissement de la population

Intégrer les usagers dans la gouvernance des structures d'urgence

Positionner les structures d'urgence comme des plateformes d'inclusion des patients dans les protocoles de recherche

Imagerie

Conforter la permanence des soins sur territoire :

- Doubler la garde d'interne de 18h à 22h au CHRU de Brest.
- Filiariser les demandes échographiques de Carhaix sur Morlaix en journée les weekends et jours fériés.

Favoriser l'accès à l'expertise :

- Organiser en journée la télé-imagerie territoriale de radio-expertise.
- Mettre en place un portail commun d'accès à tous les antécédents d'imagerie des patients du territoire.

Favoriser le développement de la recherche territoriale d'imagerie

Encourager une solidarité territoriale :

- Elaborer une politique territoriale de formation des personnels médicaux.
- Favoriser les échanges paramédicaux pour maintenir et développer les compétences.
- Créer une unité de remplacement paramédicale territoriale.
- Développer une radiophysique et une radioprotection territoriales.
- Structurer le biomédical territorial, notamment pour des achats groupés d'équipements lourds.

Réorganiser l'offre sur le territoire :

- Constitution d'un Département d'imagerie entre le CH de Landerneau, Morvan et l'HIA.
- Création d'un secrétariat partagé pour faciliter la prise de rendez-vous.
- Constitution d'un monosite d'imagerie à la Cavale Blanche (radiologie et médecine nucléaire), pour simplifier et fluidifier les parcours des patients.
- Réorganiser le plateau technique interventionnel à la Cavale Blanche pour mutualiser les compétences, faciliter l'accès à l'expertise et une fluidité des prises en charge.

Pharmacie

Sécuriser la prise en charge :

- Automatiser et mutualiser la dispensation globale des produits de santé.
- Proposer une dispensation à délivrance nominative.
- Développer la pharmacie clinique de proximité.
- Favoriser la recherche clinique.
- Mettre en œuvre une stérilisation de territoire, organisée autour de deux pôles techniques (Brest et Morlaix).
- Disposer de plateaux techniques sécurisés et adaptés aux exigences des bonnes pratiques.
- Elaborer une politique de gestion des risques commune en matière de management de la prise en charge médicamenteuse.
- Promouvoir la formation des professionnels.

Maîtriser les dépenses de produits de santé :

- Poursuivre les démarches d'achats et d'approvisionnement des produits de santé sur le territoire.
- Maîtriser et gérer les budgets pharmaceutiques.
- Organiser en commun la réponse à certaines modalités de contractualisation avec les tutelles.

TRAME REDACTIONNELLE DE REFERENCE DES FILIERES CLINIQUES

Filière :

Pilotes et groupe

Responsables de la filière	
Membres du groupe	
Dates de réunion	

Contexte

Vous êtes invités à préciser les éléments suivants :

- Epidémiologie nationale et régionale de la pathologie ou des pathologies concernées : indicateurs clés (naissances, incidence...)
- Recommandations de prise en charge : plans nationaux, circulaires...
- Organisation régionale (centres de référence, Pôle régional de cancérologie, CREBEN, organisation d'activité SIOS comme la neurochirurgie pédiatrique...)
- Conventions existantes entre établissements du GHT et hors GHT

Lieux

Il s'agit de préciser les spécificités des sites d'exercice

Etablissements	Autorisations	Spécialités	Unités spécialisées	Plateaux techniques spécialisés
<i>Exemple : CHRU de Brest</i>	<i>Médecine</i>	<i>Neurologie</i>	<i>USC</i>	<i>IRM</i>

Activité

Vous êtes invités à préciser les éléments suivants, **en utilisant les données du DIM** :

- Activité de chaque centre
- Analyse des parts de marché des établissements du GHT pour les patients résidant sur le territoire
- Habitudes de vie des patients (vers quel bassin se tournent les patients)
- Analyse des modes de sortie des patients hospitalisés dans les établissements du GHT
- Autres indicateurs d'activité pertinents selon la filière considérée
- *Activité de recherche clinique*

Acteurs

Vous êtes invités à préciser les éléments suivants, en sollicitant notamment les **Directions des affaires médicales** :

- Qualification des médecins et temps médical sur chaque site
- Compétences médicales particulières
- Organisation de la permanence et de la continuité des soins
- Evolution prévisionnelle de la démographie médicale dans les disciplines concernées
- Recours à l'intérim par établissement/site
- Réunions de concertation
- Réseaux
- Utilisation de logiciels particuliers
- Coopérations existantes

Pré-requis

Apprécier pour chaque site :

- Le cœur de métier : activité réalisée plus de 2 fois par semaine
- Les activités secondaires : réalisées au moins une fois par semaine
- Les autres activités : réalisées moins d'une fois par semaine

Définir la gradation des soins

Définir les niveaux de sévérité des prises en charge et les hiérarchiser :

- Niveau 1 : missions de proximité
- Niveau 2 (intermédiaire ou pivot) : missions de proximité et de référence
- Niveau 3 : missions de recours

→ L'objectif est d'harmoniser les protocoles de prise en charge et de soins sur le territoire

Parcours de soins actuel

Vous êtes invités à préciser les éléments suivants :

- Description des parcours de soins actuels à partir de la médecine de ville, générale ou de spécialité, des urgences de site, jusqu'à la sortie du patient (SSR, HAD...)
- Activités de télémédecine
- Partenariats avec le médico-social ou d'autres structures

Matrice MOFF

Forces	Faiblesses
Menaces	Opportunités

Référence au PRS

Renseignez les éléments suivants :

- Conformité ou non-conformité de l'organisation actuelle avec le PRS 2012-2016
- Opportunité de réduire les écarts éventuels de conformité

Questions préalables

Répondez aux questions suivantes :

- Où sont les ruptures ou les fragilités dans le parcours de soins actuel ?
- Dans quelles zones y-a-t-il des redondances ou des recouvrements de l'offre de proximité ?
- Quelles activités d'excellence pourraient être développées dans cette filière ?
- Quelles sont les interactions avec les autres filières (imagerie, urgences...) ?
- Y-aura-t-il à l'avenir des effets de substitution par :
 - La médecine interventionnelle ?
 - Le lieu d'administration des traitements lourds (chimiothérapies...) ?
 - Les techniques chirurgicales non invasives ?
 - Les procédures de récupération rapide après chirurgie ?
- Y-aura-t-il à l'avenir des effets liés à l'évolution des bonnes pratiques promues par les sociétés savantes ou l'HAS (ambulatoire...) ?

Questions à chaque étape de la réflexion

Est-ce l'organisation idéale POUR LES PATIENTS ?

Garantit-elle la qualité et la sécurité des soins ?

Améliore-t-elle l'accessibilité à l'offre de soins ?

Faut-il mieux déplacer les patients ou les praticiens ?

Quels vont-être les impacts sur les transports ?

Comment optimiser les lignes de garde et d'astreinte, et diminuer le recours à l'intérim médical ?

Faudra-t-il densifier ou développer les soins externes ?

Comment associer la recherche clinique aux soins ?

Quelles activités des établissements vont devoir être mobilisées pour cette filière ?

Quelle organisation pourra être mise en place en cas de crise sanitaire ?

Comment faire pour que cette organisation de parcours soit comprise par les patients ?

Structuration de la filière et du parcours idéal du patient

Pour chaque filière, décrivez l'organisation souhaitée selon les critères suivants :

- Gradation des soins : lieux de réalisation des actes dans les établissements du GHT
- Disponibilité de l'offre sur le nyctémère et sur la semaine
- Organisation de consultations avancées
- Organisation des lieux de partage et de décision au sein de la filière
- Définir l'articulation de la filière avec les différents acteurs en amont et en aval

- (médecine de ville, HAD, SSR, autres établissements de santé).
- Actions de prévention
- Prise en charge dans la filière des populations vulnérables (personnes âgées, handicapées, précaires)

Listez les avantages et inconvénients si plusieurs scénarii sont évoqués.

Définir les orientations possibles des patients en raison de l'indisponibilité de l'offre dans le GHT :

- Vers qui peuvent se tourner les patients lorsqu'un acteur n'est pas en mesure de répondre ? Vers un autre établissement du territoire hors GHT ? Vers un établissement hors du territoire ?
- Par qui est fait l'adressage ?

Post-requis

Identifiez les éléments nécessaires pour la structuration souhaitée de la filière :

- Organisation médicale (équipes médicales de territoire, répartition des effectifs médicaux,...)
- Outils informatiques (dossier commun, imagerie,...)
- Equipements (nouvelle répartition, acquisition,...)
- Impact en termes d'autorisation d'activité par site
- Evolution des pratiques professionnelles

Mise en œuvre

Identifier sous la forme d'un tableau les orientations stratégiques pour la filière, puis les axes prioritaires par orientation, et les actions à différentes échéances pour atteindre les objectifs (1 an – 5 ans)

Orientations stratégiques	
Axes prioritaires	

<p>Actions à court terme (6 mois – 1 an)</p>	
<p>Actions à 5 ans</p>	

Evaluation et actualisation

Identifier des indicateurs d'évaluation pertinents pour la filière :

- Volume d'activité
- Evolution de la DMS par site
- Développement de l'HAD
- Réduction des passages aux urgences
- Limitation des séjours en hospitalisation
- Indicateurs qualité
- Mesures de la satisfaction des patients
- Accès aux soins des populations vulnérables

TRAME REDACTIONNELLE DE REFERENCE POUR LES FILIERES MEDICO-TECHNIQUES

Filière :

Pilotes et groupe

Responsables de la filière	
Membres du groupe	
Dates de réunion	

Contexte

Vous êtes invités à préciser les éléments suivants :

- Recommandations et exigences de qualité (certification)
- Incitations d'organisation régionale, voire nationale
- Conventions existantes entre établissements
- Incidence des durées de transport

Lieux

Il s'agit de préciser les spécificités des sites d'exercice

- Autorisations
- Plateaux techniques spécialisés (équipements)

Activité

Vous êtes invités à préciser les éléments suivants, **en utilisant les données du DIM** :

- Activité de chaque centre
- Pour chaque site le cœur de métier, les activités secondaires et les activités plus rares
- Fuites d'activité hors établissement du GHT
- Fuites d'activité hors territoire du GHT
- *Activités de recherche*

Acteurs

Vous êtes invités à préciser les éléments suivants, en sollicitant notamment les **Directions des affaires médicales** :

- Médecins, biologistes, pharmaciens et temps médical sur chaque site
- Démographie dans les disciplines concernées
- Compétences particulières
- Organisation de la continuité et de la permanence des soins
- Réunions de concertation
- Utilisation de logiciels particuliers

Organisation actuelle de la filière

Vous êtes invités à préciser les éléments suivants :

- Description des liens avec les filières cliniques
- Activités de téléradiologie
- Coopérations existantes, notamment avec les acteurs privés (partenariats public-privé)

Matrice MOFF

Forces	Faiblesses
Menaces	Opportunités

Référence au PRS

Renseignez les éléments suivants :

- Conformité de l'organisation actuelle à l'ancien
- Opportunité de réduire les écarts éventuels de conformité dans le futur

Questions préalables

Répondez aux questions suivantes :

- Où sont les ruptures ou les fragilités dans les filières actuelles ?
- Dans quelles zones y-a-t-il des redondances ou des recouvrements de l'offre ?
- Quelles activités d'excellence peuvent être développées dans cette filière ?
- Y-aura-t-il à l'avenir des effets de substitution par :
 - Les procédures interventionnelles ?
 - Le lieu d'administration des traitements lourds (chimiothérapies ...) ?
- Y-aura-t-il à l'avenir des effets liés à l'évolution des bonnes pratiques promues par les sociétés savantes ou l'HAS ?

Pré-requis

Identifier les actes techniques

Identifier les besoins des filières cliniques et répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les spécialités consommatrices et où sont-elles localisées (maternité, urgences, réanimations, oncologie) ?
- Où sont localisés les besoins de réponse en urgence, et quels sont les délais d'une réponse différée ?
- Quelles sont les exigences qualitatives ?
- Quels sont les volumes demandés ?

Définir la gradation des réponses

Identifier les lieux où les activités techniques de la ville sont fragiles (biologie, imagerie)

Harmoniser les supports et des référentiels de prescription (livret thérapeutique, livret des dispositifs médicaux), et des documents de rendu aux cliniciens.

Harmoniser les protocoles

Questions à chaque étape de la réflexion

Est-ce l'organisation idéale POUR LES PATIENTS ?

Garantit-elle la qualité et la sécurité des soins ?

Améliore-t-elle l'accessibilité à l'offre de soins (centres de prélèvement ..) ?

Est-ce compatible avec la prise en charge des populations vulnérables (personnes

âgées, handicapées, précaires) ?
Faut-il déplacer des médecins, biologistes ou pharmaciens ?
Est-ce que l'organisation est compatible avec le lieu de résidence des acteurs ?
Quels vont-être les impacts sur les transports ?
Faut-il mutualiser les plateaux techniques ?
Quelle place pour une activité dite délocalisée (automates) ?
Faut-il constituer une entité unique mais multisite ?
Faut-il déléguer tâche ou compétence à un personnel technique ?
Selon quelles modalités partager ou exploiter en commun des équipements, éventuellement au sein de plateformes mutualisées ?
Comment optimiser les lignes de garde et d'astreinte, et limiter le recours à l'intérim médical ?
Faut-il prioriser la réponse aux besoins de certains sites ?
Quelle organisation pourra être mise en place en cas de crise sanitaire ?
Comment faire pour que cette organisation soit comprise par les patients ?
Comment s'associer à la recherche clinique des filières de soins ?

Structuration de la filière envisagée pour les 5 prochaines années

Pour chaque filière, décrivez l'organisation souhaitée selon les paramètres suivants :

- Lieu de réalisation des actes dans le GHT : tel acte à tel endroit
- Disponibilité de l'offre sur le nyctémère et sur la semaine

Envisagez la construction d'un référentiel de prise en charge organisant le travail d'équipe et la collégialité ainsi que l'organisation des lieux de partage et de décision au sein de la filière

Organisation de la gestion des risques (rayonnements, erreurs médicamenteuses) et des vigilances

Listez les avantages et les inconvénients si plusieurs scénarii sont évoqués.

Définissez les orientations possibles des patients en raison de l'indisponibilité de l'offre de la filière dans le GHT :

- Vers qui peuvent se tourner les patients lorsqu'un acteur n'est pas en mesure de répondre ?
- Vers un autre établissement du territoire hors GHT ?
- Vers un établissement hors du territoire ?

Par qui est fait l'adressage ?

Post-requis

Identifiez les éléments nécessaires pour la structuration souhaitée de la filière :

- Exigences informatiques particulières : prise de rendez-vous, dossier commun,

- image, PACS ...
- Equipes de territoire
- Répartition des effectifs médicaux et techniques
- Répartition ou acquisition des équipements
- Mobilité de certains équipements si volumétrie insuffisante et déplacement des patients complexe
- Evolution des pratiques professionnelles
- Evolutions des relations entre les acteurs hospitaliers et la médecine de ville
- Appropriation des procédures d'urgence

Mise en œuvre

Identifier, sous la forme d'un tableau, les orientations stratégiques pour la filière, puis les axes prioritaires par orientation, et les actions à différentes échéances pour atteindre les objectifs (1an - 5 ans)

Orientations stratégiques	
Axes prioritaires	
Actions à court terme (6 mois – 1 an)	
Actions à 5 ans	

Evaluation et actualisation

Identifier les indicateurs d'évaluation pertinents pour la filière :

- Volume d'activité
- Facilitation, ergonomie et sécurité de la prescription
- Réduction du temps d'attente aux urgences
- Limitation de la durée de séjour en hospitalisation
- Réduction du temps d'attente de la prestation
- Indicateurs qualité
- Mesures de la satisfaction des patients
- Autres.

GLOSSAIRE

AJ	Accueil de jour
ADEC	Association de Dépistage du Cancer
ADI	<i>Autism Diagnosis Interview</i>
ADOS	<i>Autism Diagnosis Observation Schedule</i>
AGSU	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d’Urgences
AFSOS	Association Française des Soins Oncologiques de Support
AIT	Accident Ischémique Transitoire
ALD	Affection de Longue Durée
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
AN	Accueil de nuit
ANESM	Agence Nationale d’Evaluation Sociale et Médico-sociale
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARC	Assistant de Recherche Clinique
ARS	Agence Régionale de Santé
ASNF	Appui Santé Nord Finistère
ASP	Assistant Spécialiste Partagé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Bronchopathie Chronique Obstructive
CAMPS	Centre d’Action médico-Sociale Précoce
CARESP	Cellule d’Animation Régionale de Soins Palliatifs
CATTP	Centre d’Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
SBSP	Coordination Bretonne de Soins Palliatifs
CARS	<i>Childhood Autism Rating Scale</i>
CCAS	Centre Communal d’Action Sociale
CCTV	Chirurgie Cardiaque, Thoracique et Vasculaire
CCU-AH	Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier
CDSEA	Centre De Soins pour Enfants et Adolescents
CESIM	Centre de Simulation en Santé
CESU	Centre d’Enseignement des Soins d’Urgence
CH	Centre Hospitalier
CHBS	Centre Hospitalier de Bretagne Sud
CHIC	Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille
CHIP	Chimiohyperthermie Intrapéritonéale
CHPM	Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMA	Centre de Médecine Ambulatoire
CMC	Clinique Médico-Chirurgicale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMRR	Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

CNCR	Comité National de Coordination de la Recherche
CNSM	Centre National de Santé Mentale
CNV	Coma Neuro-Végétatif
COB	Centre Ouest Bretagne
COFIL	Comité de Pilotage
CORSPEA	Coordination en Réseau des Soins Psychiques des Enfants et Adolescents
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPDPN	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Pré-Natal
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP	Centre Périnatal de Proximité
CPT	Communauté Psychiatrique de Territoire
CRA	Centre Ressource Autisme
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CRT	Resynchronisation cardiaque
CRTA	Centre de Référence sur les Troubles de l'Apprentissage
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DAI	Défibrillateur automatique implantable
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP	Dossier Médical Partagé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPC	Développement Professionnel Continu
Dr	Docteur
DU	Diplôme Universitaire
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
ECMO	Extracorporelle Membrane Oxygénation
ECT	Electro-Convulsothérapie
EDGAR	Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion
EDTSA	Echodoppler des Troncs Supra-Aortiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EPI	Equipement de Protection Individuelle
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ERRSPP	Equipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques
ES	Etablissement de Santé
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FHF	Fédération Hospitalière de France
FRANCIM	France Cancer Incidence et Mortalité

GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHR	Grossesses à Haut Risque
GHS	Groupe Homogène de Séjours
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GO	Gynécologue-Obstétricien
GRUPAB	Groupement de Recherche Universitaire de Psychiatrie de Bretagne
GSSE	Gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Conventionnelle
HdJ	Hôpital de Jour
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
HPP	Hémorragie du Post-Partum
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
HT	Hébergement Temporaire
ICH	Institut de Cancérologie et d'Hématologie
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébés
IME	Institut Médico-Educatif
INCa	Institut National du Cancer
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche
IPDMS	Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
IRBA	Institut de Recherche Biomédicale des Armées
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
ITES	Institut pour le Travail Educatif et Social
LaTIM	Laboratoire de Traitement de l'Information Médicale
LISP	Lits Identifiés en Soins Palliatifs
MAD	Mise A Disposition
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins pour l'Autonomie
MAR	Médecin Anesthésiste-Réanimateur
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MCU-PH	Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
MDA	Maison Des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MIG	Mission d'Intérêt Général
MOFF	Menaces, Opportunités, Forces, Faiblesses
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NIDCAP	Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement
NRBCE	Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique, Explosif

NRI	Neuro-Radiologie Interventionnelle
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
ORSAN	Organisation de la Réponse du système de santé en situation Sanitaire exceptionnelle
PA	Praticien Attaché
PAEJ	Point d'Accueil Ecoute Jeunes
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PdM	Parts de Marché
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
PDSES	Permanence Des Soins en Etablissement de Santé
PEC	Prise En Charge
PEP	Psycho-Educational Profil
PH	Praticien Hospitalier
PHRC	Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
POHO	Pôle d'Onco-Hématologie de l'Ouest
Pr	Professeur
PRADO	Programme d'Accompagnement au retour A Domicile
PRCB	Pôle Régional de Cancérologie de Bretagne
PREPS	Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PSM	Poste Sanitaire Mobile
PTAC	Plateforme Territoriale d'Appui et de Coordination
PTT	Protocole Thérapeutique Temporaire
PU-PH	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
RATP	Réseau Alcool Toxique du Ponant
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RH	Ressources Humaines
RIMBO	Recherche et Innovation Médicale en Bretagne Occidentale (GCS)
RIS	Système d'Information en Radiologie
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
RPBP	Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale
RRAC	Récupération Rapide Après Chirurgie
RSS	Résumé Standardisé de Sortie
RTC	Réseau Territorial de Cancérologie
SA	Semaine d'Aménorrhée
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU	Service d'Accueil des Urgences

SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCA	Syndrome Coronaire Aigu
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SIG	Suivi Intensif des Grossesses
SIGAPS	Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Pub
SIGREC	Système d'Information et de Gestion de la Recherche et d
SIOS	Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SLA	Sclérose Latérale Amyotrophique
SROMS	Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional de l'Organisation des Soins
SSA	Service de Santé des Armées
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSR PAPD	SSR pour Personnes Âgées Polypathologiques Dépendantes
T2A	Tarifcation à l'Activité
TAP	Temps d'Accueil Périscolaire
TAVI	Prothèse valvulaire aortique par transcathéter
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire
TED	Troubles Envahissants du Développement
TEP	Tomographe par Emission de Positons
TO	Taux d'Occupation
TS	Territoire de Santé
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UAMP	Unité d'Accueil Médico-Psychologique
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
UCOG	Unité de Coordination en Onco-Gériatrie
UED	Unité d'Evaluation et Diagnostic
UEM	Unité d'Enseignement en Maternelle
UFDH	Unité Fixe de Décontamination Hospitalière
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UMDH	Unité Mobile de Décontamination Hospitalière
UMIPLEA	Unité Mobile d'Intervention en Pédopsychiatrie de Liaison pour Enfants et Adolescents
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
UP-AVC	Unité de proximité AVC
UPOOG	Unité Péri-Opératoire d'Orthopédie Gériatrique
URPS	Unité Régionale des Professionnels de Santé
USAF	Unité de Soins en Accueil Familial
USC	Unité de Soins Continus
USIC	Unité de Soins Intensifs en Cardiologie
USINV	Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USP	Unité de Soins Palliatifs