

*« Le bon patient, au
bon moment, au bon
endroit »*

Projet Médico- soignant Partagé

2022-2028

GHT du Loiret



TABLE DES MATIERES

EDITO	4
PREAMBULE	5
Le GHT 45	5
LES AXES STRATEGIQUES DU PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE	6
1 LES ENSEIGNEMENTS ET LES REUSSITES DU PMSP V1	7
2 LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PMSP V2	9
2.1 Déclinaison de la démarche projet	9
2.2 Le rôle majeur de la CMG	9
2.3 Méthodologie de travail	9
2.4 Les étapes de validation	11
3 LE CONTEXTE TERRITORIAL	12
3.1 Une démographie dynamique en région centre val de Loire	12
3.2 Des différences socio-économiques sur le territoire	12
3.3 L'offre de soins sur le bassin	12
3.4 L'état de santé de la population	13
3.5 Les pathologies prévalentes	13
4 LES FILIERES ET LES PARCOURS IDENTIFIES COMME PRIORITAIRES	14
5 LES PARCOURS PRIORITAIRES EN CANCEROLOGIE	15
5.1 Cancer du sein	16
5.1.1 Le contexte	16
5.1.2 L'état des lieux	16
5.1.3 Les objectifs	17
5.2 Cancers broncho-pulmonaires	18
5.2.1 Le contexte	18
5.2.2 L'état des lieux	18
5.2.3 Les objectifs	20
5.3 Cancer de la prostate	21
5.3.1 le contexte	21
5.3.2 L'état des lieux	21
5.3.3 Les objectifs	22
5.4 Cancer du côlon-rectum	22
5.4.1 Le contexte	22
5.4.2 L'état des lieux	22
5.4.3 Les objectifs	24
6 FILIERE PERSONNES AGEES	25
6.1 Parcours « Personnes Agées Polypathologiques »	25
6.1.1 Le contexte	25
6.1.2 L'état des lieux	26
6.1.3 Le parcours	27
6.1.4 Les objectifs	28
6.2 Parcours « Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur »	32
6.2.1 Le contexte	32
6.2.2 Prévention – Education/Sensibilisation	32

6.2.3	Le parcours	33
6.2.4	Les objectifs	36
7	FILIERE MALADIES NEURO CARDIO VASCULAIRES	39
7.1	FILIERE AVC	39
7.1.1	Le contexte	39
7.1.2	L'état des lieux	39
7.1.3	Les objectifs	40
7.2	L'INSUFFISANCE CARDIAQUE	42
7.2.1	Le contexte	42
7.2.2	L'état des lieux	42
7.2.3	Les objectifs	43
7.3	LES MALADIES CORONNARIENNES	45
7.3.1	Le contexte	45
7.3.2	L'état des lieux	45
7.3.3	Les objectifs	46
8	FILIERE MALADIES METABOLIQUES	47
8.1	DIABETE ADULTES & ENFANTS	47
8.1.1	Le contexte	47
8.1.2	L'état des lieux	47
8.1.3	Les objectifs	48
8.2	OBESITE ADULTES & ENFANTS	52
8.2.1	Le contexte	52
8.2.2	L'état des lieux	52
8.2.3	Les objectifs	54
9	LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE DE TERRITOIRE	56
9.1	Le contexte	56
9.2	Les objectifs	56
10	LE PROJET DE SANTE MENTALE	57
10.1	Le contexte	57
10.2	Les objectifs	58
10.2.1	Objectifs et actions, projets réalisés ou engagés :	58
10.2.2	Les prochaines priorités	60
11	LES PROJETS LIES AUX SOINS	64
11.1	L'HYGIENE HOSPITALIERE	64
11.1.1	Le contexte	64
11.1.2	Les objectifs	64
11.2	LA FILIERE PRELEVEMENT MULTI-ORGANES ET TISSUS	65
11.2.1	Le contexte	65
11.2.2	Vers une filière PMO	65
11.2.3	Les objectifs	65
11.3	LE PROJET D'IMAGERIE MEDICALE	67
11.3.1	Le contexte	67
11.3.2	Les objectifs	67
11.4	LE PROJET DE BIOLOGIE MEDICALE	69
11.4.1	Le contexte	69
11.4.2	Les objectifs	69
11.5	LE PROJET QUALITE ET SECURITE DES SOINS	71
11.5.1	Les objectifs	71

12	LES SOINS NON PROGRAMMES	72
12.1	La territorialisation des urgences	72
12.1.1	Le contexte	72
12.1.2	Les objectifs	72
12.2	L'ORGANISATION DE LA REPONSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES	75
12.2.1	Le contexte	75
12.2.2	Les objectifs	75
12.2.3	L'enjeu majeur de la cybersécurité sur le territoire	76
13	LA PLACE DE LA TELESANTE SUR LE TERRITOIRE	78
13.1	Le contexte	78
13.2	Les différentes modalités	78
13.2.1	La téléconsultation	78
13.2.2	La téléexpertise	78
13.2.3	Le télé EEG	79
13.2.4	Le télé AVC	79
13.2.5	La télésurveillance	79
13.2.6	Le télé soin	80
13.3	Les objectifs	80
14	L'ACCES A LA RECHERCHE CLINIQUE	82
14.1	Le contexte	82
14.2	Les objectifs	82
15	LE DEVELOPPEMENT DES COOPERATIONS	84
15.1	Les Fédérations Médicales Inter Hospitalières	84
15.2	La Charte des Hôpitaux de proximité	84
16	LA PROFESSIONNALISATION MEDICALE / NON MEDICALE	87
16.1	Attractivité et fidélisation	87
16.2	Parcours professionnels	88
16.3	Formation	89
16.3.1	Formation médicale	89
16.3.2	Formation PARAMédicale	89
17	LES PERSPECTIVES	90
17.1	Vers une meilleure lisibilité des parcours de soins : plateforme numérique	90
17.2	Des liens ville-hôpital renforcés	90
17.2.1	Le contexte	90
17.2.2	Les objectifs	90
18	LES MODALITES D'EVALUATION ET DE SUIVI DU PMSP	92
19	GLOSSAIRE	93
20	ANNEXES	96

Cette nouvelle version du Projet médico-soignant partagé consolide les fondations établies et intègre évolutions et retours d'expérience, permettant ainsi d'affiner nos objectifs.

Il réaffirme notre engagement commun pour une prise en charge de qualité, équitable et accessible à l'ensemble du territoire Loirétain.

Il s'appuie sur une vision stratégique articulée autour de plusieurs axes stratégiques majeurs :

-Renforcer la gradation des soins et des filières territoriales : il s'agit de mieux organiser les parcours de soins, pour assurer une prise en charge optimale et continue en évitant les ruptures et en favorisant la coordination entre les différents établissements du GHT

-Consolider une offre de soins de proximité, graduée et de qualité, lisible et efficiente pour la population mais aussi pour les professionnels de santé de ville

-Valoriser les ressources humaines et renforcer l'attractivité des métiers du soin dans un contexte de fortes tensions sur les effectifs, en promouvant la formation, le développement des compétences.

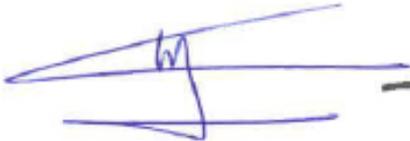
Le PMSP dans sa deuxième version, intègre pleinement les opportunités offertes par le numérique pour moderniser nos pratiques, faciliter la coordination des soins.

Plus que jamais, le GHT se veut être un acteur majeur de santé sur son territoire en renforçant ses liens avec les professionnels de ville, les structures médico-sociales et l'ensemble des acteurs de santé locaux.

Fruit d'un travail approfondi, collaboratif et ambitieux, ce projet médico-soignant partagé actualisé, s'inscrit dans une dynamique de transformation majeure pour notre territoire, marquée par l'évolution du CHR d'Orléans en CHU. Cette transition vers un statut universitaire a nécessairement demandé un temps de réflexion plus long, la mobilisation intense de nos ressources afin de construire un projet cohérent, à la hauteur des enjeux et des nouvelles responsabilités qui en découlent.

Ce projet est le reflet d'un travail collectif, multi-disciplinaire, multi-établissements. Il est notre feuille de route pour les années à venir. Il traduit une volonté partagée, celle d'unir nos forces pour relever les défis actuels et futurs de notre système de santé dans un esprit de solidarité et de responsabilité.

Nous remercions chaleureusement toutes celles et ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce document structurant, et nous appelons chacun à se l'approprier comme un outil de pilotage et de mobilisation au service du patient, des professionnels et du territoire.

<p>Le Président de la Commission Médicale de Groupement du GHT du Loiret</p>  <p>Docteur Willy Serge MFAM</p>	<p>Le Président du Comité Stratégique du GHT du Loiret</p>   <p>Olivier BOYER</p>	<p>La Présidente de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques du GHT du Loiret</p>  <p>Christine LIAUDOIS Directrice des soins Coordonnateur général des soins CHU ORLÉANS</p>
--	--	---

LE GHT 45

Institué dès 2016, selon les principes de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le Groupement hospitalier de territoire du Loiret (GHT 45) a fédéré 9 établissements publics de santé du département :

- Centre hospitalier universitaire d'Orléans, **établissement support du GHT**
- Centre hospitalier de l'agglomération montargoise
- Centre hospitalier P. Dézarnaulds, Gien
- Centre hospitalier Lour Picou, Beaugency
- Centre hospitalier P. Lebrun, Neuville aux bois
- Centre hospitalier de Sully sur Loire,
- Centre hospitalier de Pithiviers,
- EHPAD P. Cabanis, Beaune la Rolande (depuis janvier 2023)
- Etablissement public de santé mentale G. Daumezon, Chanteau



Soit au total près de 2700 lits et places pour des activités MCO, SMR et psychiatrie, 1 500 lits de type EHPAD et USLD.

Deux établissements ont changé de dénomination depuis la constitution du GHT 45 :

Le Centre hospitalier Paul Cabanis est devenu un EHPAD médico-social en janvier 2023

Le Centre hospitalier régional d'Orléans s'est transformé en Centre hospitalo-universitaire en octobre 2023

De plus, depuis le 1^{er} janvier 2025, est créé le Groupe hospitalier de Pithiviers-Neuville aux Bois issu de la fusion de ces deux établissements. Dans un souci d'identification des établissements selon leur nature et situation géographique, CH de Pithiviers et EHPAD Neuville aux bois restent mentionnés distinctement tout au long du présent projet.

Le GHT du Loiret est désormais constitué de 8 établissements.

Le GHT du Loiret est associé au Centre hospitalier universitaire de Tours.

La convention constitutive, signée le 1^{er} juillet 2016, prévoit les grands principes d'organisation et de fonctionnement du GHT 45. Elle prévoit notamment que le CHU d'Orléans, établissement support du GHT 45, veille à la coordination et à la mise en place des fonctions supports.

Constitué pour conforter l'offre publique de soins sur les territoires en proposant aux patients des parcours de soins gradués, lisibles, pérennes et sécurisés, le GHT 45 a défini sa stratégie collective médico-soignante, formalisée dans un projet médico-soignant partagé, conçu par les professionnels pour les patients et dans le

but de garantir une offre de prise en charge publique permettant à l'ensemble des patients du territoire de bénéficier d'un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

Il faut souligner que les établissements parties du GHT avaient assez peu l'habitude de travailler ensemble et les équipes médicales ne se connaissaient pas pour la plupart.

L'ordonnance du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital a permis la mise en place de la commission médicale de groupement (CMG), chargée de l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement et du projet médical et de soins partagés. Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) de territoire est invité permanent à la CMG.

Il s'est agi à la fois de mettre en place une concertation et une gradation des soins hospitaliers, de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, mais aussi de faire en sorte de conforter et développer une offre de soins de proximité sécurisée, de référence, et de recours sur le territoire.

LES AXES STRATEGIQUES DU PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE

Dans ce cadre, le PMSP s'est construit sur ces principes fondateurs, qui caractérisent également les orientations du PMSP 2nde génération et qui sont :

-  Mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient
-  Garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité
-  Garantir une offre de soins de proximité et l'accès à une offre de référence et de recours qui répondent aux besoins de la population.

1 LES ENSEIGNEMENTS ET LES REUSSITES DU PMSP V1

Le GHT du Loiret s'est concrétisé avec l'écriture d'un projet médical et soignant partagé de territoire pour la période de 2017-2022.

Il se déclinait autour de deux projets complémentaires : un projet médical, mettant en œuvre une stratégie médicale de prise en charge commune et graduée des patients, et un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui déclinait l'aspect paramédical des prises en soins dans toutes ses dimensions, intégrait l'axe managérial, présentait les innovations cliniques et managériales.

Neuf filières somatiques ont été définies :

- Filière gériatrique
- Filière urgences
- Filière périnatalité, femme - enfant
- Filière oncologie et médecines interventionnelles
- Filière neurologique
- Filière autres disciplines médicales
- Filière chirurgie
- Filière prévention
- Filière psychiatrie

Les objectifs généraux poursuivis étaient les suivants :

- Homogénéiser les prises en charge sur l'ensemble du territoire en favorisant la proximité,
- Identifier les besoins en termes de recours pour chacune des filières
- Organiser les activités en tenant compte systématiquement d'une analyse de la démographie médicale et ses conséquences en termes de maintien de l'offre à court et moyen terme.

Le bilan du PMP V1 a mis en évidence la volonté de maintenir et de développer l'offre de soins de proximité et de l'accès aux soins dans les bassins de santé les plus fragilisés et une appropriation de la démarche de territoire collaborative intégrant les parcours et la gradation de l'offre de soins.

Il a permis de stabiliser et de développer l'offre de soins de proximité dans les zones les plus fragiles du territoire.

On retiendra notamment les actions suivantes :

- ❖ Adossement des services de médecine et SMR du centre hospitalier de Beaugency aux services de gériatrie du CHU Orléans, soutien en compétences gériatriques et pour la permanence des soins, parcours de formation
- ❖ Offre de consultations avancées étoffée (une quinzaine de spécialités), activité de chimiothérapie organisée (cancer du sein), maintien d'une activité endoscopique et petits actes de gynécologie sur le Groupe hospitalier de Pithiviers et Neuville aux bois. Fédération des urgences avec le CHU d'Orléans, stabilisation du fonctionnement des urgences et du SMUR
- ❖ Reprise des autorisations de l'ancienne clinique Jeanne d'Arc de Gien par le CHU d'Orléans, maintien du bloc opératoire en fonctionnement H24 pour les besoins de la maternité du CH de Gien ; maintien de l'offre chirurgicale existante avec le renfort de chirurgiens du CHU Orléans. Renforcement de la filière de cancérologie digestive, chirurgie de recours au CHU d'Orléans.
- ❖ Participation médicale du Centre hospitalier de l'agglomération montargoise au fonctionnement de l'unité de surveillance continue du CH de Gien.
- ❖ Consolidation de certaines spécialités fragilisées sur le CHAM par la mise à disposition de praticiens du CHU d'Orléans (urologie, chirurgie vasculaire) et par ouverture du plateau technique aux praticiens du CHAM.
- ❖ Soutien pour le parcours de validation des compétences des PADHUES dans les zones sous denses (Gien, Montargis)
- ❖ Mise en œuvre d'outils et de procédures partagés (quelques exemples : biopsies profondes, modalités de programmation en radiothérapie, organisation commune des sorties de maternité, homogénéisation des prises en charge IVG, hémorragies de la délivrance, gestion de crise COVID, responsable SSE de territoire, feuille de transfert intra-GHT, harmonisation des protocoles plaies chroniques ...)

Le PMP a largement contribué à fédérer les équipes médicales dans les disciplines concernées et a permis une amorce dans les coopérations médicales et soignantes.

Des réflexions communes en vue d'apporter des réponses collectives aux difficultés rencontrées se sont engagées. Des habitudes de travail en commun se sont enclenchées.

Ce nouveau projet médical et de soins partagé 2nde génération, qui couvre la période 2022-2028 s'appuie sur les réussites et les enseignements du précédent et entend les pérenniser.

Il s'extrait des considérations institutionnelles et traite de manière approfondie et détaillée des parcours patients ciblés tout en intégrant les conséquences de l'universitarisation de l'établissement support et les orientations du PRS3.

2 LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PMSP V2

Basé sur les coopérations existantes et développées depuis la création du GHT, ce PMSP dans sa version 2 devra permettre un maillage du territoire encore plus étroit pour une plus grande fluidité d'accès aux soins pour les patients.

Le GHT 45 a fait le choix de bâtir un projet intégrant à la fois les enjeux médicaux et de soins en fusionnant les deux projets, piloté par le président de la commission médicale de groupement, en lien avec le président de la CSIRMT pour ce qui concerne l'aspect paramédical.

D'autres notions ont été prises en compte : une approche populationnelle, la prévention et la relation ville-hôpital notamment.

2.1 DECLINAISON DE LA DEMARCHE PROJET

Le GHT 45 a choisi de construire son projet médical et soignant partagé en ayant recours à une démarche participative et une implication forte des acteurs de terrain, avec comme caractéristique principale « **multi** » : **multidisciplinaires** et **multi-établissements**.

L'ensemble de la démarche a été coordonnée par la Commission médicale de groupement et son président.

Les travaux se sont appuyés sur un diagnostic territorial de santé ainsi que sur les axes définis dans le PRS3 de la région CVL et les orientations stratégiques du projet médico-soignant du CHU Orléans.

2.2 LE ROLE MAJEUR DE LA CMG

La nouvelle commission médicale de groupement (CMG) a été installée en janvier 2022 et a élu son président, praticien au CHU d'Orléans, et ses deux vice-présidents, respectivement président CMG sortant praticien au CHAM et psychiatre à EPSM. Elle a décidé de constituer des sous-commissions thématiques qui ont vocation à élaborer des propositions pour la CMG afin de nourrir la politique médicale du groupement :

- Commission commune médico-soignante,
- Commission ressources humaines et qualité de vie au travail,
- Commission système d'information,
- Commission recherche, formation, innovation,
- Commission ville-hôpital,
- Commission permanence des soins de territoire,
- Commission qualité et sécurité des soins,
- Commission jeunes praticiens.

Une chargée de mission a été mise en place au côté du président de la CMG (PCMG) afin d'encadrer la démarche et d'apporter un soutien permanent aux pilotes médicaux et soignants des filières.

Les avancées des travaux d'élaboration du PMSP et les contributions de la CSIRMT de territoire ont été régulièrement présentées à la CMG et aux autres instances du GHT.

2.3 METHODOLOGIE DE TRAVAIL

Le nouveau PMSP a permis de repenser les filières de soins en mettant l'accent sur les parcours de soins pour acter dans les faits la gradation, ce qui nécessitait une bonne connaissance des besoins de santé du territoire.

Pour ce faire, la commission médicale de groupement a missionné le département de l'information médicale (DIM) de territoire pour dresser un diagnostic territorial de santé. La commande a été dans un premier temps de définir précisément l'aire géographique du territoire et décrire le profil populationnel, puis dans un second temps, faire une analyse plus fine de la demande de santé de sorte de dégager des problématiques donnant lieu à des actions. Comment s'organisent les parcours et quelles sont les ruptures ? L'objectif était d'identifier des filières pour répondre à des besoins de santé à mettre en corrélation avec des parcours patients.

Il est apparu en effet essentiel de disposer d'une analyse de notre territoire pour poser les bases de notre projet médical et soignant partagé 2nde génération.

À cet effet, une démarche projet a été mise en œuvre.

Le lancement de la démarche d'élaboration du PMSP V2 s'est fait au travers d'un séminaire, organisé le 31 mai 2022, réunissant médecins, cadres de santé des différents établissements parties du GHT. Cette journée a permis de partager les éléments du diagnostic territorial et de définir de façon collégiale des parcours de soins à travailler en priorité, parcours défaillants soutenus par des données épidémiologiques. Il a été expliqué la démarche de parcours de soins et les objectifs de la mise en place de parcours. Des ateliers ont permis de faire s'exprimer les participants autour des différentes étapes du parcours de soins, visant à apporter des éléments de réflexion pour alimenter les futurs travaux sur chacun d'entre eux.

Cinq thématiques ont été abordées :

- Information,
- Sensibilisation et prévention au fil du parcours,
- Accès du patient et programmation des soins,
- Gestion de l'urgence au cours du parcours,
- Gestion de l'aval et du suivi, relation avec la médecine de ville et les partenaires.

12 parcours de soins ont été identifiés :

- Personne Agée dépendante polypathologique
- Fracture extrémité supérieure du fémur du sujet âgé
- Accidents Vasculaires Cérébraux
- Cancer broncho-pulmonaire
- Cancer de la prostate
- Cancer du sein
- Cancer colorectal
- Obésité adulte & enfant
- Diabète adulte & enfant
- Maladie coronarienne
- Insuffisance cardiaque
- Maladies chroniques respiratoires

Des pilotes médicaux de parcours ont été positionnés, avec à leur côté, des co-pilotes soignants.

Une lettre de missions a été adressée à chaque pilote.

Les missions confiées étaient les suivantes :

- Constituer leur groupe de travail médecins et soignants issus des établissements partie du GHT 45
- Décrire les étapes clés de la prise en charge de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation, de sorte que la population ait un accès aux soins facilité, fluidifié et sécurisé, de définir les circuits mis en place au sein de chaque établissement et entre établissements.
- Mener une réflexion collective autour des trajectoires de soins
- Mettre en évidence les éventuels points de vigilance pour renforcer les coopérations déjà engagées ou à développer entre les établissements.

Pour chacun de ces parcours, un groupe de travail a été constitué et un pilote médical désigné. La composition des groupes a tenu compte de l'équilibre de la représentation des bassins de santé du territoire. Les rencontres ont débuté en septembre 2022, avec l'appui de la chargée de missions CMG. Des rencontres intermédiaires ont eu lieu entre pilotes et PCMG pour cadrer la démarche.

Seul un parcours n'a pu être démarré, maladies chroniques respiratoires, faute d'engagement du pilote médical désigné et de l'insuffisance des ressources médicales en pneumologie sur le GHT Loiret.

Les groupes se sont réunis régulièrement en dépit des difficultés liées à la disponibilité des praticiens mobilisés par ailleurs par des problèmes d'effectif médical et autres projets au sein de leurs établissements respectifs, dont notamment le projet de transformation du CHU d'Orléans.

Les rencontres ont eu lieu dans la grande majorité par visioconférence, rendues souvent compliquées du fait de difficultés techniques.

Un reporting régulier a été fait en CMG et autres instances du GHT.

Un second séminaire a été organisé le 29 juin 2023. Les travaux se sont fondés sur une grille d'évaluation des parcours, de l'état des lieux des acteurs, des forces et des faiblesses, qui ont donné lieu à l'élaboration de fiches descriptives par parcours, reprenant.

Les thématiques : Prévention /Diagnostic / Traitement /Aval,
déclinées pour chacune : quoi/où/quand/comment/modalités/acteurs
ainsi que les points forts, les points de vigilance et les projets à développer.

**31 mai 2022 - Séminaire de
lancement des travaux
d'élaboration PMSP V2**

*Résultats et analyse du diagnostic territorial
Constitution des parcours de soins et désignation
des acteurs
Méthodologie*

**29 juin 2023 : Séminaire
de finalisation des
travaux par parcours**

*Restitution des travaux par groupes
de parcours*



2.4 LES ETAPES DE VALIDATION

Les étapes de validation sont les suivantes :

1. • Validation du PMSP 2nde génération en CMG (5 juin 2025)
2. • Présentation pour avis aux instances d'établissement (CME et CSIRMT) (juin 2025)
3. • Présentation pour décision exécutoire au COSTRAT (20 juin 2025)

Le PMSP 2nde génération est ensuite transmis à l'ARS pour validation et fait l'objet d'une communication auprès des différents établissements du GHT (instances et professionnels), des élus et du public.

Des indicateurs de suivi de structure et de résultats sont identifiés.

Le suivi opérationnel est assuré par la CMG.

Un bilan annuel de la mise en œuvre est présenté aux différentes instances du GHT 45

3 LE CONTEXTE TERRITORIAL

Le GHT 45 est aujourd'hui le regroupement d'un centre hospitalier universitaire, de 2 centres hospitaliers, un groupe hospitalier (fusion de 2 centres hospitaliers) et 3 hôpitaux de proximité (dont 2 sans secteur sanitaire ouvert) et un établissement public de santé mentale. Il offre ses services aux 689 581 Loirétain.e.s, résidant sur un territoire département de 6 775 km², composé de 325 communes regroupées en 13 intercommunalités.

3.1 UNE DEMOGRAPHIE DYNAMIQUE EN REGION CENTRE VAL DE LOIRE

Le Loiret est le département le plus peuplé de la région Centre Val de Loire avec une population passée de 617 935 habitants en 1999 à 689 581 habitants en 2024, soit une évolution de 12% sur une période de 25 ans. Sa population se concentre à plus de 80% autour des grandes aires urbaines que sont Orléans, Montargis, Gien et Pithiviers.

Les projections à 2050 font état d'une croissance en nombre de 5,8 % pour le Loiret contre 3,6% pour le reste de la région.

Les modifications dans la structure d'âge sont dominées par

- croissance des plus de 65 ans, dont la part augmente de 6 points, dans toute la région,
- diminution du nombre des 20-64 ans, moins importante dans le Loiret (-2,7% vs -4,9% en moyenne dans les autres départements)

Le nombre des moins de 20 ans reste le même dans le Loiret tandis qu'il recule de près de 1% dans les autres départements.

En termes de recrutement de patients, le bassin d'attraction du GHT s'étend au-delà du Loiret sur le nord Cher et l'est du Loir et Cher.

Le bassin est composé de zones denses dans les agglomérations, Orléans et Montargis, avec un solde naturel positif.

Au Sud – Est, la densité faible, s'accroît à la faveur d'un solde naturel négatif, et d'une population vieillissante.

3.2 DES DIFFERENCES SOCIO-ECONOMIQUES SUR LE TERRITOIRE

Les indicateurs économiques du Loiret sont peu différents de ceux de la région. Cependant, on constate qu'il existe des différences socio-économiques en fonction du lieu de vie, en particulier à l'est et au sud du bassin, facteur déterminant du renoncement aux soins. Le désavantage social a des répercussions majeures sur l'état de santé des individus.

La métropole avec des indicateurs négatifs noie le désavantage social dans le nombre. Mais dans les villes, l'offre de soins et les structures d'aide sont plus accessibles et plus diversifiées qu'en milieu rural.

Les zones rurales de notre bassin sont très défavorisées et probablement sous-équipées en offre d'aide sociale, et le phénomène se disperse à l'approche des villes, proportionnellement à leur taille.

3.3 L'OFFRE DE SOINS SUR LE BASSIN

Les établissements publics de santé du GHT 45 représentent une partie de l'offre hospitalière. La grande majorité de l'activité obstétrique et médecine se concentre sur les établissements publics, alors que l'activité de chirurgie se répartit à part égale entre les établissements de santé publics et privés.

La région centre-Val de Loire est la région de France la moins dotée en médecins généralistes (libéraux, salariés et mixtes), avec 109 professionnels pour 100 000 habitants (hexagone 139/100 000 habitants).

Le territoire est fortement sous-doté en paramédicaux, IDE et kinésithérapeutes par rapport à la situation nationale.

Le GHT appartient à un maillage territorial de soins : réseaux, filières, partenariats : dispositif d'appui à la coordination (Appui Loiret Santé), CPTS, maisons de santé pluridisciplinaires.

3.4 L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

Les territoires du Montargois en Gâtinais et du Giennois présentent un taux supérieur de mortalité par rapport à la moyenne régionale et nationale.

Les causes de décès diffèrent selon les genres.

Pour l'homme, le cancer est au premier rang, avec les localisations broncho-pulmonaires, colorectale et prostatique. Deuxième grande cause chez les femmes, le cancer se situe au niveau du sein, du poumon, puis du tube digestif.

Les maladies cardio-vasculaires constituent la 1^{ère} grande cause chez les femmes.

Les maladies neurologiques arrivent au 3^{ème} rang derrière les cancers, tandis que chez l'homme, ce sont les décès accidentels ou par suicide.

3.5 LES PATHOLOGIES PREVALENTES

Les prévalences importantes de ces affections nécessitent une adaptation du système de santé et une coordination de tous les acteurs (ville-hôpital) autour des différents niveaux de recours.

L'incidence élevée du diabète (secteurs dont la prévalence dépasse 5% des résidents) et de l'obésité (16,9% de résidents en région Centre-Val de Loire) fait de ces problèmes de santé publique, une priorité sur le territoire.

L'incidence des maladies cardio-vasculaires est très supérieure aux taux observés sur la totalité du territoire régional, avec des taux plus élevés dans les EPCI plus ruraux du territoire notamment dans le sud du Loiret.

En région Centre-Val de Loire, la mortalité par cancer est supérieure à la référence nationale pour une incidence pourtant plus faible, qui pourrait s'expliquer par un retard au diagnostic de cancer. Les taux de mortalité sont supérieurs aux références dans le sud-est du territoire. Les taux standardisés de nouvelles admissions sont plus élevés dans le Gâtinais et toute la frontière sud du Loiret.

Les patients souffrant d'affections dégénératives du système nerveux sont souvent âgés et polypathologiques.

La répartition des patients en ALD pour les maladies respiratoires sur le territoire du GHT montre une concentration plus importante dans les aires urbaines.

4 LES FILIERES ET LES PARCOURS IDENTIFIES COMME PRIORITAIRES

Le projet médical et de soins partagé du GHT 45 définit l'organisation en filières et parcours de soins. Dans cette optique et sur la base du diagnostic territorial de santé, la CMG a identifié des parcours prioritaires regroupés en 4 filières :

Cancérologie	<ul style="list-style-type: none">• Cancer du sein• Cancers broncho-pulmonaires• Cancer de la prostate• Cancer du côlon-rectum
Personnes âgées	<ul style="list-style-type: none">• Personne âgée dépendante polypathologique• Fracture extrémité supérieure du fémur chez la personne âgée
Maladies métaboliques	<ul style="list-style-type: none">• Diabète adulte & enfant• Obésité adulte & enfant
Maladies neuro-cardio-vasculaires	<ul style="list-style-type: none">• AVC• Insuffisance cardiaque• Maladies coronariennes

Il est à noter que pour chacun des parcours, les effectifs médicaux des établissements du GHT ont été mis en regard au moment de l'élaboration du présent projet.

5 LES PARCOURS PRIORITAIRES EN CANCEROLOGIE

Les parcours de santé en cancérologie au sein du GHT Loiret sont construits dans une dynamique de partenariat et de coopération.

Cette approche permet de garantir, sur tout le territoire, une proximité, une sécurité et une qualité des soins, sans renoncer à une organisation basée sur la gradation des soins et dans laquelle le recours est assuré par l'établissement-support du GHT Loiret, et à de rares exceptions près, hors GHT.

Les différents parcours de santé en cancérologie s'articulent selon le schéma suivant :

- ❖ Prévention – Information
- ❖ Avant la phase thérapeutique
- ❖ Traitements
 - Médicaux
 - Chirurgicaux
- ❖ Soins de support
- ❖ Actions de formation

Les indicateurs de santé en cancérologie sur notre territoire sont défavorables, comparés à la moyenne nationale. La surmortalité est en partie expliquée par des problématiques liées aux parcours de soins, tels que retard au diagnostic, délais de prises en charges... Les cancers, causes d'un décès sur quatre, sont principalement localisés au sein, poumon, prostate et colon-rectum. Les taux d'incidence, par ailleurs plus faibles, sont contrastés selon les zones infra territoriales, l'Est du département étant plus touché par des taux plus élevés que l'Ouest du département, notamment des zones plus rurales.

ET PLUS GÉNÉRALEMENT :

Au-delà des parcours spécifiques ciblés, le GHT du Loiret se donne des objectifs globaux sur la filière cancérologique :

- **Structurer une prise en charge rapide dès le dépistage jusqu'à la RCP :**

Afin de permettre d'entrer rapidement dans la phase thérapeutique, des plages de consultations cancérologiques avec rendez-vous dans la semaine sont à développer sur l'ensemble des sites pour des patients adressés par leur médecin traitant mais également pour obtenir un 2nd avis. Il semble aussi indispensable de permettre un accès plus rapide aux modalités diagnostiques interventionnelles (imagerie – endoscopies) afin d'affiner dans des délais conformes aux recommandations nationales les diagnostics de cancer suspectés.

- **Organiser un enchaînement fluide et coordonné des parcours de prise en charge des cancers entre les établissements.**

Dans le cadre de ces parcours, les patients sont amenés à se rendre en alternance entre les sites de prises en charge (gradation des soins), ce qui peut être source de difficultés dans la coordination des soins. Mettre en place des infirmiers coordonnateurs de filière à l'échelle territoriale, en complément des IDE coordonnateurs en place au sein des établissements, serait de nature à faciliter la coordination et les interfaces entre les établissements, en interaction avec l'ensemble des acteurs.

- **Apporter une offre lisible sur les différents parcours en cancérologie tant pour les patients que pour les professionnels de santé de ville.**

Il s'agit de faciliter l'orientation au plus près du lieu de vie du patient via une plateforme numérique qui recenserait les différents acteurs, modalités et lieux de prise en charge. Dans l'objectif de simplifier l'accessibilité, la mise en place d'un numéro unique, « guichet unique » par établissement et par parcours de soins sera à réaliser.

Dans un même temps, un logigramme pour chacun des parcours sera à mettre en œuvre, décrivant les étapes de prise en charge.

- Favoriser l'accès des patients à l'innovation et à la recherche.

Il s'agit de faire en sorte que les patients puissent bénéficier des dernières innovations en matière de cancérologie ou être inclus dans des protocoles de recherche clinique.

5.1 CANCER DU SEIN

5.1.1 LE CONTEXTE

Le cancer du sein se situe au premier rang des cancers incident chez la femme, nettement devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon. C'est aussi celui qui cause le plus grand nombre de décès chez la femme (14% des décès par cancer chez la femme). Il représente par ailleurs 8% de l'ensemble des décès par cancer, tous sexes confondus (le cancer du sein chez l'homme ne représente que 1% des cas et est souvent de mauvais pronostic).

Près de 20% des patientes s'orientent hors région Centre-Val de Loire pour la prise en charge de leur cancer mammaire.

Le dépistage par l'imagerie se fait principalement par des acteurs libéraux, du fait de difficultés d'accès aux plateaux techniques d'imagerie des hôpitaux du GHT.

L'ensemble des traitements du cancer du sein sont proposés au CHAM et au CHU d'Orléans. Certaines modalités du traitement peuvent également être proposées au CH de Gien et sur le CH de Pithiviers.

Les délais de prise en charge sont variables, mais apparaissent dans l'ensemble plutôt allongés sur le territoire du GHT.

Dans le cadre du présent projet, la coopération intra-GHT a permis de favoriser la prise en charge de l'anatomo-pathologie de toute la filière sénologie par le service d'anatomo-pathologie du CHU, ainsi que la biologie moléculaire pour ces patients. Cette action structurante permet une participation du service d'anatomo-pathologie et de la biologie moléculaire du CHU à toutes les RCP du GHT, ce qui est un gage d'amélioration de la qualité des soins pour tous les patients pris en charge dans la filière sur le territoire.

5.1.2 L'ETAT DES LIEUX

5.1.2.1 La démographie médicale

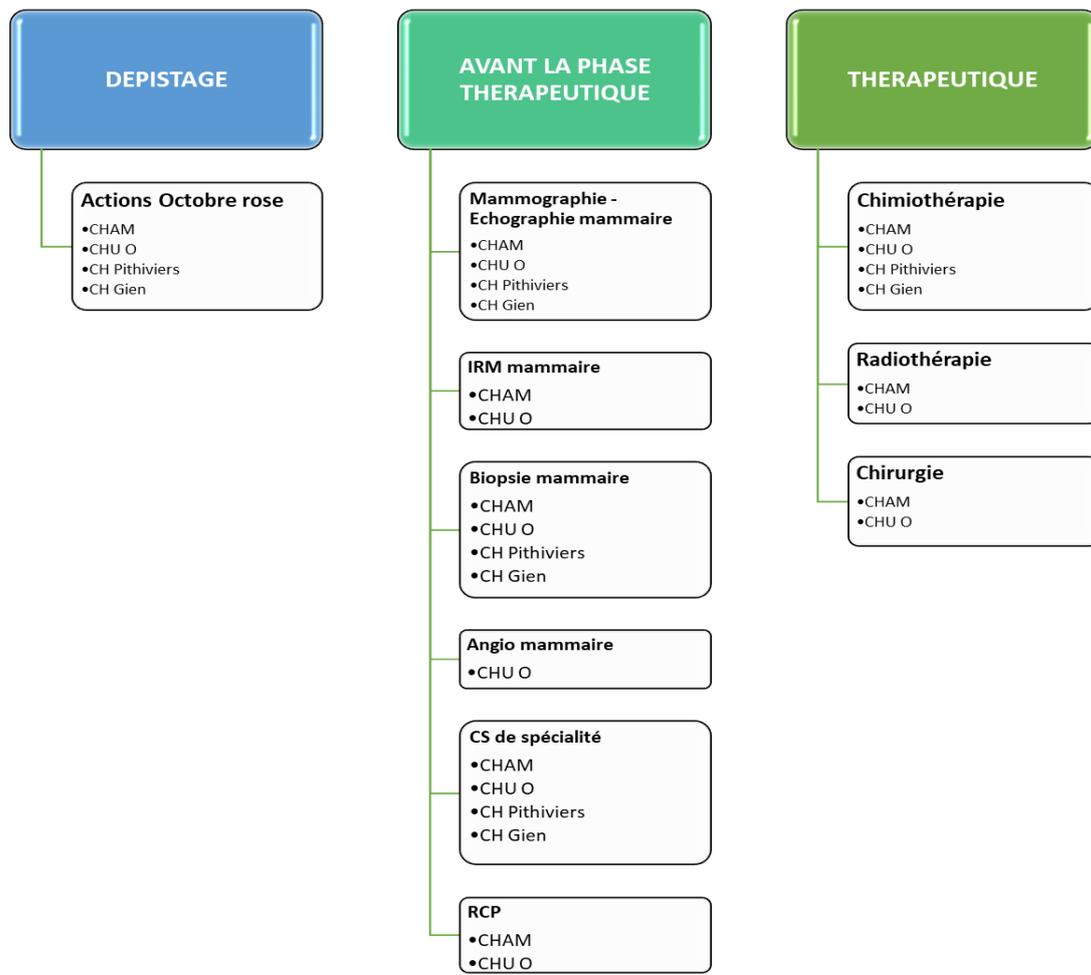
Situation des effectifs médicaux **gynécologues-obstétriciens** (hors internes) début 2025

CH de Gien	3 ETP (dont 1 ETP PH / 2 ETP Praticiens associés)
CHU Orléans	14.05 ETP (dont 13.55 ETP PH / 0.5 ETP assistant)
CHAM	11,3 ETP (dont 6.6 ETP PH / 1 ETP Praticien associé / 2.7 ETP praticien contractuel / 1 ETP Stagiaire associé)

5.1.2.2 Les forces/les faiblesses

Les forces	Les faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Actions de prévention coordonnées : Octobre rose - Accès au diagnostic en ville et en ES - Une unité de sénologie pluridisciplinaire au CHU O - Un plateau technique performant sur le CHU O (angio-mammographie, tomosynthèse) 	<ul style="list-style-type: none"> - Un délai d'accès au dépistage et diagnostic allongé - Pas de chirurgie reconstructrice publique

5.1.2.3 Le parcours



5.1.3 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Conforter l'offre d'imagerie publique du GHT Loiret :

- Faciliter l'accès au dépistage et au diagnostic
- Réduire les délais de prise en charge à la fois en termes de diagnostic, mais aussi faciliter les traitements

Objectif n°2 : Maintien des chimiothérapies sur tous les établissements du GHT proposées actuellement et augmentation d'activité pour réduire les délais de prise en charge

Objectif n°3 : Accès aux thérapeutiques innovantes et à la recherche pour tous les patients du GHT Loiret

- RCP communes – Harmonisation des protocoles de prise en charge
- Organiser le recours

Objectif n°4 : Attractivité des postes médicaux :

- Consolider l'offre médicale en oncologie sur le territoire
- Consolider l'imagerie médicale publique (imagerie spécialisée)
- Consolider la chirurgie sénologique publique

Objectif n°5 : Offrir une prise en charge chirurgicale complète sur le GHT

- Favoriser la création d'une offre de chirurgie reconstructrice après traitement chirurgical
- Garantir un accès aux traitements chirurgicaux dans les délais

Objectif n°6 : Permettre autant que possible l'accès aux soins de support et aux soins palliatifs sur le territoire

Objectif n°7 : Animation scientifique de la filière sénologie du GHT par l'organisation de réunions scientifiques par le CHU (au moins une annuelle) à destination des partenaires de la filière.

5.2 CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES

5.2.1 LE CONTEXTE

En France, les cancers broncho-pulmonaires constituent la première cause de mortalité toutes causes confondues chez l'homme entre 45 et 64 ans et la seconde cause de mortalité par cancer chez la femme, après celui du sein. Le pronostic est corrélé au caractère résecable ou non de la tumeur, au stade de la maladie, au type histologique, à la rapidité de la prise en charge et à l'état général du malade.

5.2.2 L'ETAT DES LIEUX

5.2.2.1 La démographie médicale

Situation des effectifs médicaux **pneumologues** (hors internes) à début 2025

CHU Orléans	6.1 ETP (dont 5.1 PH / 1 ETP Praticien associé)
CH Pithiviers	0.6 ETP PH

Situation des effectifs médicaux **chirurgiens thoraciques** à début 2025

CHU Orléans	2 ETP PH
--------------------	----------

5.2.2.2 Les forces / les faiblesses

Les forces	Les faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Actions de prévention : (Moi(s) sans tabac) ; Journées Orléanaises de Pneumologie- Consultation « Nodule(s) pulmonaire(s) », diagnostic rapide cancer poumon (nodule) au CHU O- IDE coordinatrice pour les thérapies orales au CHU O (suivi par appel téléphonique)- Chirurgie thoracique CHU O- Chirurgie mini-invasive (Chirurgie robotique +++)- Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) moléculaire commune- Radiothérapie stéréotaxique CHU O (projet de développement sur le CHAM)- Essais thérapeutiques cliniques (phases III) sur CHU O	<ul style="list-style-type: none">- Démographie médicale des pneumologues, tant sur le CHU que dans les établissements du GHT ; également sinistrée en médecine libérale.- Pas d'offre pneumologique sur Gien et Pithiviers.- Offre d'imagerie médicale (diagnostique, mais surtout interventionnelle) insuffisante.- Offre chirurgicale thoracique publique à renforcer (2 chirurgiens aujourd'hui)

5.2.2.3 Le parcours

AU CHU O :

Avant la phase thérapeutique :

Deux portes d'entrée pour les patients :

- Service d'Accueil des Urgences : découverte fortuite
- Adressage par médecin traitant

Depuis 2019, ouverture d'une consultation spécifique « nodule(s) pulmonaire(s) », avec accès rapide (rendez-vous sous 07 jours maximum)

Accès au service d'anatomo-pathologie génétique pour bilan initial, diagnostique et pronostique. Les résultats sont rendus à une semaine.

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dans les 15 jours suivant la première consultation.

Prise en charge thérapeutique :

Chirurgie thoracique : 2 chirurgiens thoraciques – chirurgie mini-invasive – chirurgie robotique.

Plateau de radiothérapie :

- Activité de stade III
- Radiothérapie stéréotaxique
- Consultation en urgence pour patient douloureux dans les 5 jours

RCP moléculaires interrégionale pilotée par le CHU de Rennes, avec projet d'une RCP régionale avec le CHU de Tours.

Au CHAM :

Le CHAM est associé à une structure libérale au sein d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), comprenant trois onco-radiothérapeutes ainsi qu'un oncohématologue.

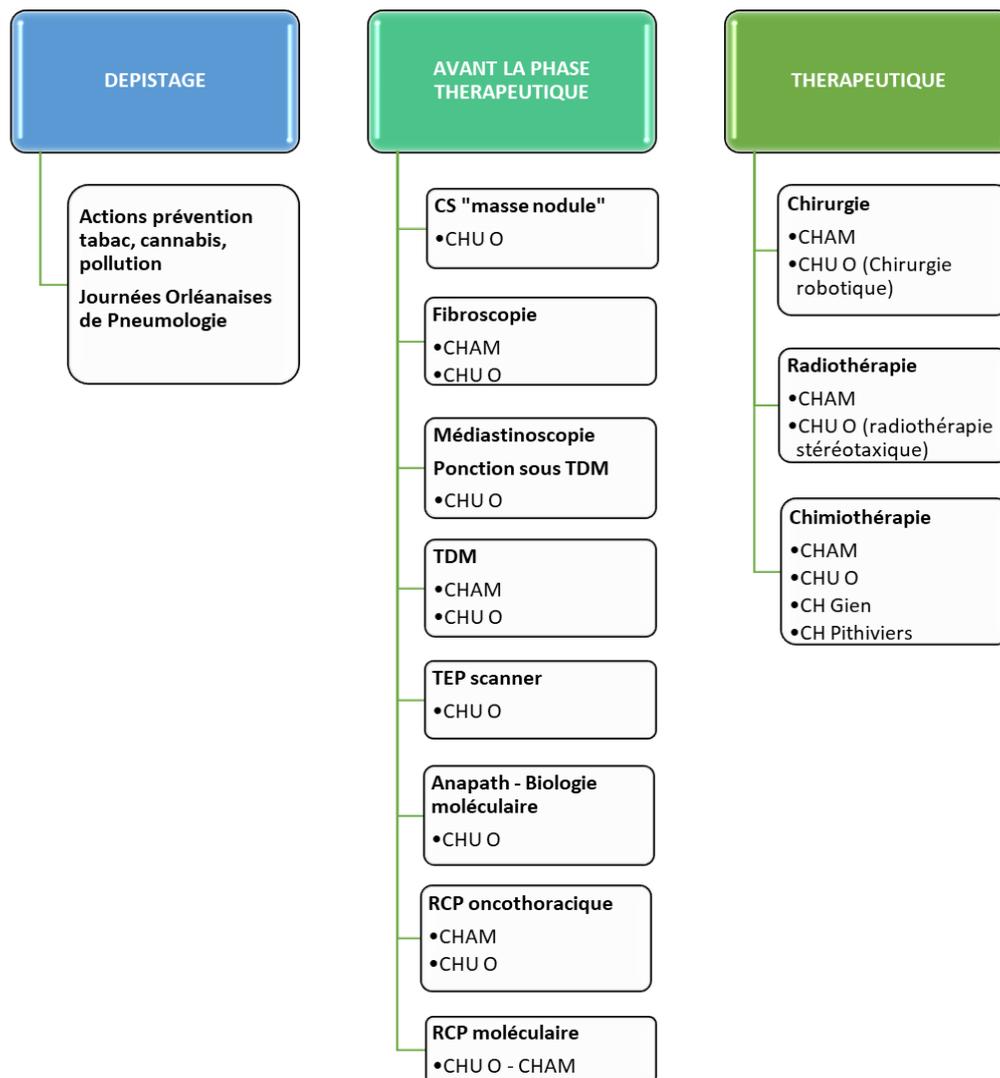
Les chimiothérapies sur site ainsi que celles sur les sites de Pithiviers et Gien sont réalisées par un onco-radiothérapeute du GCS.

La chirurgie thoracique du CHAM est adressée en libéral avec la participation des chirurgiens thoraciques aux RCP locales.

Biologie moléculaire : jusqu'en décembre 2022, faite en cabinet libéral ; au CHU O aujourd'hui.

RCP biologie moléculaire : patient adressé à l'IGR pour l'intégralité des essais cliniques.

RCP onco-thoracique commune CHAM + CH GIEN + CHP, 1 fois par mois. Pas de présence d'anatomopathologistes et radiologues.



5.2.3 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Préparer le dépistage organisé du cancer du poumon.

Il n'existe actuellement aucun programme de dépistage organisé du cancer du poumon. Une étude pilote est en cours de dépistage du cancer du poumon par scanner à faible dose. Selon les résultats, le déploiement d'un programme de dépistage à l'échelle du GHT devra se mettre en place, ce qui demandera que les plateaux d'imagerie s'organisent.

Objectif n°2 : Généraliser les consultations rapides de diagnostic.

A l'instar de ce qui est en place sur le CHU O, des consultations rapides de diagnostic sont à généraliser sur le territoire, en particulier sur Gien et Pithiviers où l'offre est inexistante.

Objectif n°3 : Renforcer l'offre d'imagerie thoracique interventionnelle sur le territoire.

Afin de répondre aux besoins de santé de la population et résorber les retards de diagnostic, il serait souhaitable que les CH disposant d'un plateau technique d'imagerie proposent des biopsies sous scanner.

Objectif n°4 : Attirer des pneumologues dans les hôpitaux publics du territoire.

La transformation de l'établissement-support en CHU est une opportunité pour augmenter l'attractivité de notre GHT pour les pneumologues. La formation sera également un levier pour augmenter la démographie des pneumologues.

5.3 CANCER DE LA PROSTATE

5.3.1 LE CONTEXTE

En France, le cancer de la prostate est, chez l'homme, le cancer le plus fréquent et la 3^{ème} cause de décès par cancer avec cependant des disparités régionales. Ainsi la région Centre-Val de Loire était la 2^{ème} région métropolitaine à plus forte mortalité sur la période 2014-2017, selon les données des certificats de décès (CépiDC, Santé Publique France), avec là aussi, une hétérogénéité départementale, le Loiret se classant au 3^{ème} rang après le Cher et l'Indre avec un taux d'incidence <200/100 000 hommes et aux derniers rangs avec l'Indre et Loire en mortalité globale. Pour autant, même si on ne note pas de surmortalité spécifique par cancer de la prostate sur le Loiret et plus globalement sur la région Centre-Val de Loire, il s'avère nécessaire de prendre en compte les facteurs « patient » avant de s'orienter vers un défaut de prise en charge.

5.3.2 L'ETAT DES LIEUX

5.3.2.1 La démographie médicale

Situation des effectifs médicaux **urologues** (hors internes) à début 2025

CHU Orléans	3 ETP PH
CHAM	2 ETP PH

5.3.2.2 Les forces / les faiblesses

Les forces	Les faiblesses
Actions de prévention : Movember : novembre bleu Journées Médicales Orléanaises, Journées Montargoises de Cancérologie Trois sites : CHUO – CHAM – Site JDA Gien Première consultation endéans les 14 jours RCP hebdomadaires Chirurgie CHAM et CHU O Chirurgie robotique sur le CHU O Curiethérapie sur le CHU O	Pas d'offre sur le CHP

5.3.2.3 Le parcours

Avant la phase thérapeutique :

Dépistage individuel : Médecine de ville ou certains spécialistes.

Première Consultation : Si PSA élevés : dans les 03 semaines.

CHU Orléans – CHAM – Site Jeanne d'Arc Gien.

Imagerie :

– IRM prostate (dans le mois)

– TEP ou scintigraphie osseuse, maximum 1 mois après le diagnostic.

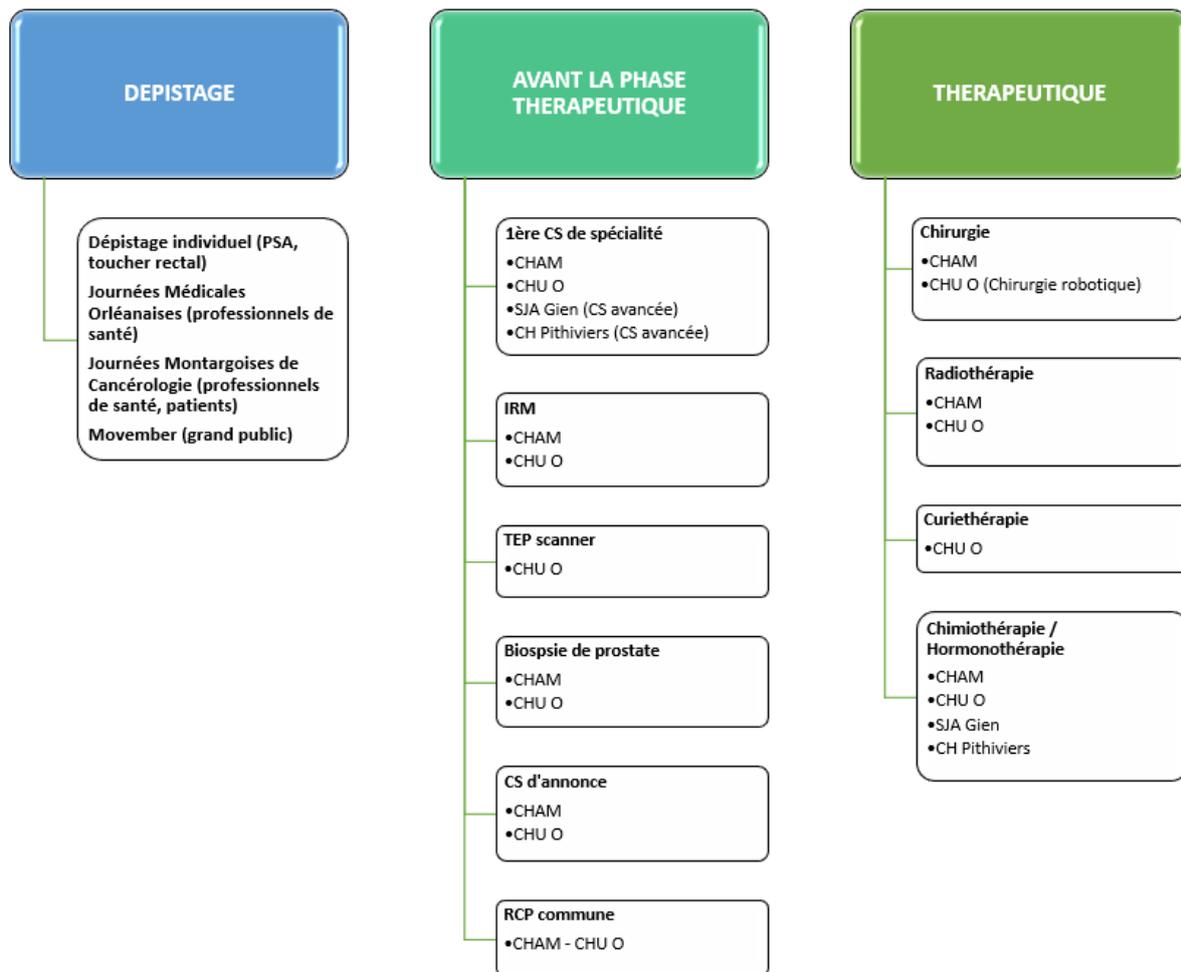
RCP commune Montargis/Orléans tous les 15 jours.

Phase thérapeutique :

La prise en charge thérapeutique se fait au plus près du domicile du patient ainsi que le suivi.

La chirurgie robotique est réalisée dans le mois.

La radiothérapie est disponible au CHU et au CHAM



5.3.3 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Compléter l'offre de soins de proximité

Il s'agit de mettre en place une consultation avancée du service d'Urologie du CHU au CH de Pithiviers et permettre ainsi de compléter l'offre de soins de proximité sur l'ensemble du territoire.

Objectif n°2 : Conforter la démographie des chirurgiens urologues publics

Maintenir une offre de soins de qualité sur l'ensemble du GHT, tout en respectant des délais compatibles avec les recommandations de l'INCA.

5.4 CANCER DU COLON-RECTUM

5.4.1 LE CONTEXTE

Plus de 47 000 cas de cancers du côlon et du rectum sont diagnostiqués chaque année en France. Il s'agit du 3^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme (après le cancer du poumon et de la prostate) et du 2^{ème} chez la femme (après le cancer du sein). Il est au 2^{ème} rang des causes de décès par cancer chez l'homme et au 3^{ème} rang chez la femme.

La prise en charge des patients du Loiret atteints de cancers du côlon et du rectum est principalement réalisée sur le territoire (+73% des patients sur le Loiret et intra territoire, 10% hors région dont 8% en Ile de France).

5.4.2 L'ETAT DES LIEUX

5.4.2.1 La démographie médicale

Situation des effectifs **chirurgiens digestifs** à début 2025

CHU Orléans	8,5 ETP (dont 8 ETP PH / 0.5 ETP Chef de clinique)
CH de Gien	0.2 ETP praticien attaché
CHAM	6.1 ETP (dont 2 ETP PH / 1 ETP Praticien contractuel / 2 ETP praticiens associés / 1 ETP stagiaire associé)

Situation des effectifs **hépato-gastro-entérologues** à début 2025

CHU Orléans	7,92 ETP PH
CH de Gien	0.8 ETP PH
CHAM	2.4 ETP PH

5.4.2.2 Les forces / les faiblesses

Les forces	Les faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Des actions de sensibilisation auprès du grand public sur l'ensemble des établissements du GHT : Campagne MARS Bleu, Côlon-tour, Actions ponctuelles de l'ADOC de dépistage organisé pour les + 50 ans. - Accès au diagnostic : CHAM, Site Jeanne d'Arc de Gien (cabinet Gastro Loire), CH Pithiviers et CHU Orléans. - Plateau d'imagerie (médecine nucléaire) performant sur le CHU O - CHAM - La chirurgie colorectale sur le CHAM, CHU Orléans et Gien. - La chirurgie robotique sur le CHU O - La chimiothérapie réalisée sur tous les sites. - La radiothérapie sur Montargis et CHU O. - Expertise interventionnelle certes en temps réduit, du CHU O (dissections sous muqueuses) 	<ul style="list-style-type: none"> - Des délais d'accès aux examens endoscopiques allongés (CHAM – CHU O) - Effectifs médicaux d'HGE sur le territoire - Une situation actuellement fragile sur le CHAM en gastro-entérologie - Un manque de lits d'aval identifiés - Imagerie interventionnelle sur le GHT

5.4.2.3 Le parcours

Avant la phase thérapeutique :

- Dépistage
 - Sensibilisation du grand public (Mars bleu - Colon tour)
 - Dépistage organisé pour les + 50 ans (Santé Publique France)
 - Rôle +++ des Médecins traitants
- Patients présentant des symptômes
 - Adressés par Médecin traitant
 - Via les services d'Accueil des Urgences
- Diagnostic
 - Imagerie (hospitalière ou libérale) :
 - Tomodensitométrie – résonance magnétique
 - Tomodensitométrie par Emission de Positrons (TEP)
 - Première Consultation : Orléans – Gien – Montargis - Pithiviers
 - Délais d'accès variables d'un site à l'autre
 - Endoscopie digestive : Orléans – Gien – Montargis - Pithiviers
 - Accès difficile aux plateaux techniques des hôpitaux du GHT
 - Surtout médecine libérale
- Réunions de Concertation Pluridisciplinaire : Orléans – Gien – Montargis

Phase thérapeutique :

- Chimiothérapies : Orléans – Montargis – Gien - Pithiviers
- Radiothérapie : Orléans – Montargis
- Chirurgie : Orléans – Gien – Montargis
 - Chirurgie mini-invasive y compris robotique : CHU Orléans
 - Chirurgie mini-invasive : Gien
- Soins palliatifs et soins de support : Orléans - Montargis

5.4.3 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Favoriser l'accès aux plateaux techniques d'endoscopie du GHT.

L'accès aux plateaux techniques d'endoscopie est un enjeu fort dans la structuration et la coordination des parcours de soins. Cet accès est néanmoins contraint par une forte demande et la rareté de certaines ressources médicales (hépato-gastro-entérologues interventionnels et médecins anesthésistes réanimateurs). Il s'agit de mener une réflexion sur la gradation et l'accès au diagnostic en facilitant l'accès à la consultation et aux examens.

Il semble souhaitable de concentrer les moyens médicaux et paramédicaux publics pour créer deux plateformes d'endoscopie performantes pour le diagnostic endoscopique digestif hors CHU (CHAM – CH Pithiviers) et consolider le plateau technique du CHU réservé aux techniques endoscopiques interventionnelles.

Ces plateformes auraient vocation à être ouvertes aux praticiens libéraux (HGE & MAR) du territoire sur la base de vacations favorisant le diagnostic rapide. Elles seraient des entités autonomes avec une gestion centralisée des rendez-vous et des plages opératoires pour raccourcir les délais d'accès aux examens.

La FMIH comme outil de coopération entre le CHU O et le CHAM a vocation à s'agrandir en accueillant le service du CH de Pithiviers avec comme ambitions :

- Le maintien d'une offre de gastro-entérologie publique sur le territoire du Loiret, fluidifier les parcours de soins et éviter les ruptures.
- Favoriser et consolider les recrutements de gastro-entérologues sur le territoire.
- Être le socle commun garantissant un accès à la post-formation, en particulier pour les praticiens en procédure d'autorisation d'exercice, et demain des internes et futurs internes du CHUO.

Objectif n°2 : Renforcer les liens avec les professionnels de santé libéraux.

Les liens entre les praticiens spécialistes et les professionnels libéraux, en particulier les médecins traitants qui assurent, dans la majorité des cas, l'adressage puis le suivi des patients, doivent être renforcés. Il semble en effet indispensable qu'ils puissent disposer d'un accès privilégié à des avis spécialisés, soit par des lignes téléphoniques directes (numéro unique) ou par le biais d'outil numérique (télé expertise).

6 FILIERE PERSONNES AGEES

Allongement continu de l'espérance de vie, arrivée à la retraite des générations baby-boom, tous ces facteurs concourent au vieillissement de la population. Le diagnostic territorial souligne le vieillissement de la population. Selon les projections de l'INSEE, à l'horizon 2040, l'évolution des plus de 75 ans dans le Loiret sera importante (+73%). Les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, pour leur assurer un parcours sans perte de chance.

La filière gériatrique doit permettre à chaque personne âgée d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique, en prenant en compte les aidants proches.

Du fait de sa dimension territoriale, une filière est une organisation qui fédère et s'appuie sur de solides partenariats. Elle associe alors l'ensemble des acteurs concourant à l'accompagnement et contribue à fournir le juste niveau de prise en charge en coordination avec le médecin traitant.

C'est ce que poursuit le PMSP du GHT du Loiret en déclinant une expertise gériatrique de premier plan pour une prise en charge de proximité et graduée afin de diagnostiquer, explorer et prendre en charge les pathologies du vieillissement.

Cette filière fédère plusieurs maillons de l'activité gériatrique : les courts séjours gériatriques, les unités de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance et les unités de soins longue durée ou EHPAD.

6.1 PARCOURS « PERSONNES AGEES POLYPATHOLOGIQUES »

6.1.1 LE CONTEXTE

Le patient hospitalisé âgé de 75 ans et plus, nécessite une approche particulière. D'une part, la fréquence de la polypathologie remet en question la traditionnelle structuration des hôpitaux en services spécialisés et cloisonnés. Un état de santé dégradé par plusieurs facteurs impose une démarche intégrée, reposant sur la prise en soin des comorbidités et la gestion de la « complexité médico-psycho-socio-environnementale ».

L'approche globale a pour finalité la prise en compte des troubles affectant la sphère cognitive, des troubles affectifs et comportementaux, des morbidités somatiques, la prévention des pathologies nosocomiales et iatrogènes (dont la dépendance iatrogène) et la prévention de la maltraitance.

D'autre part, la fréquence des situations d'instabilité et de décompensations et la plus lente récupération fonctionnelle après la survenue d'une affection médicale ou chirurgicale appellent un soin continu intégrant la réadaptation et la réhabilitation fonctionnelles, soit dès la phase aiguë, soit dans la continuité du soin aigu.

La réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation entrée en vigueur en juin 2023, requalifie les SMR gériatriques en SMR gériatriques appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.

Les cinq missions fondamentales du SMR sont :

1. Les soins médicaux (soins curatifs prolongés, soins palliatifs, actes diagnostiques chez les patients présentant une poly morbidité)
2. La réadaptation
3. La prévention avec l'éducation thérapeutique
4. La coordination (interne autour du projet thérapeutique personnalisé du patient et avec les partenaires externes d'amont et d'aval)
5. La transition (dans l'attente de l'obtention d'aides à domicile disponibles ou d'une place dans une structure d'hébergement adaptée lorsque le retour à domicile n'est pas possible).

Le SMR, essentiel dans le parcours de la personne âgée, constitue la dernière étape avant un retour à domicile ou une admission en structure adaptée.

6.1.2 L'ETAT DES LIEUX

L'OFFRE GERIATRIQUE PUBLIQUE SUR LE TERRITOIRE

ETS	Capacitaire
CHAM	75 lits SMR mention gériatrique 30 lits Court séjour gériatrique 60 lits USLD 15 lits UHR 15 places CAJA 2 PASA
CH GIEN	36 lits SMR mention polyvalent et gériatrique 52 lits de médecine 242 places EHPAD (222 lits installés)
CH SULLY	14 lits SMR mention polyvalent 11 lits de médecine 207 places EHPAD dont 12 lits UHR médico-sociale
CH PITHIVIERS NEUVILLE AUX BOIS	<u>CH Pithiviers :</u> 20 lits SMR mention gériatrique 12 lits Médecine 12 lits CSG 48 lits USLD : 136 lits EHPAD : <u>Neuville aux bois :</u> 140 lits EHPAD PASA jour / PASA nuit
CHU Orléans + sites annexes	68 lits SMR mention gériatrique 12 lits d'UCC 30 lits de court séjour gériatrique 21 lits UPOG (24 lits à partir d'octobre 2025) 362 places EHPAD 13 lits UHR 160 lits USLD 13 places UHR PASA
CH Beaugency	5 lits de médecine gériatrique 19 lits SMR 130 places EHPAD

LES PERSONNELS DE REEDUCATION/SOCIAL (SMR)

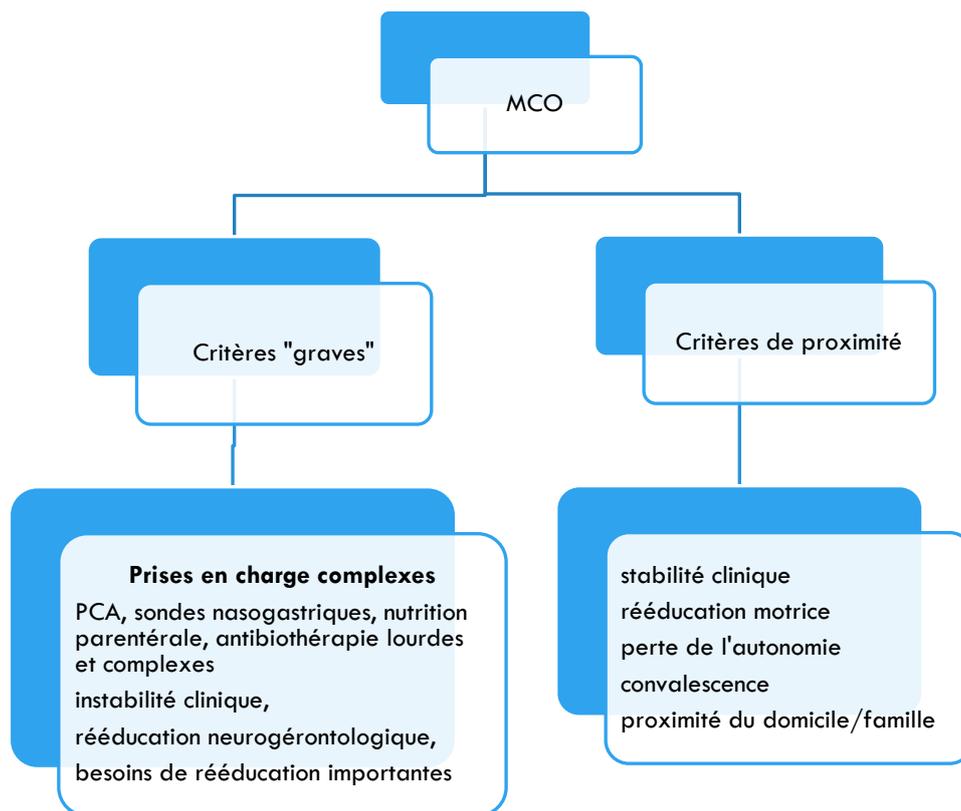
ETS	Personnels de rééducation/social
CHAM (SMR)	1 kiné 3 jours/semaine (kiné retraité) 1 ETP ergothérapeute 1 ETP assistante sociale 1 ETP diététicienne
CH GIEN	2 ETP kiné tous les jours et pour tout l'établissement 2 ergothérapeutes (1/2 journée) pour SMR et EHPAD (242 places) 1 temps partagé diététicienne SMR et médecine 1 assistante sociale sur tout l'établissement (SMR + Médecine)
CH SULLY	1 kiné tous les jours (libéral) (2 fois par jour du lundi au vendredi) 80% temps ergothérapeute dédié au SMR 0,5 ETP de diététicienne Pour l'établissement : 1 ETP assistante sociale (+ 2 AS CLIC) 0,8 ETP psychomotricien 1 ETP psychologue
CHP Pithiviers+ site Neuville aux bois	ETP médical : 8.41 ETP réparti sur EHPAD/USLD/SMR/CSG/MED Agents plateau technique intervenant sur SMR/CSG/MED/EHPAD/USLD/PASA : Psychomotricienne/ergothérapeute 0.5 ETP

	Psychologue 0.5 ETP Masseur Kiné 0.4 ETP Educateur spécialisé 1 ETP AS aide à la marche 0.8 ETP Service social : ASS : 0.5 ETP dont 0.2 ETP CHP Ehpad/usld et 0.3 ETP CAMSP CSG/MED 1 ETP + commissions admissions + urgences et PASS Diététicienne 1 ETP Site Neuville-aux-bois : ETP médicaux : 0.9 ETP Diététicien : 1 ETP Psychologue : 1 ETP Masseur Kiné : 1 ETP
CHU Orléans (SMR, UCC, CSG)	1,5 ETP orthophoniste 5 ETP kiné 1 ETP psychomotricien 5 ETP ergothérapeute 2 ETP assistante sociale 1 ETP diététicienne 1 ETP neuropsychologue
CH Beaugency (SMR – CSG)	0.4 ETP assistante sociale 0.5 ETP psychomotricien 0.8 ETP kinésithérapeute 0.4 ETP ergothérapeute 0.2 ETP diététicien 0.4 ETP psychologue

6.1.3 LE PARCOURS

Les patients sont orientés sur les SMR en fonction de leurs besoins médicaux, rééducatifs, liés à la dépendance. L'importance des soins et de la surveillance médicale, la complexité de la rééducation sont des éléments clés de l'orientation. Le critère géographique entre en compte également, l'objectif étant que le patient soit pris en charge au plus près de son domicile ou de sa famille.

A l'échelle du territoire, les établissements du GHT proposent une offre de soins graduée avec, pour finalité une meilleure réponse aux besoins de santé de proximité et un accès à une filière de recours pour les prises en charge complexes.



Les patients admis en SMR du CHU Orléans sont âgés de plus de 75 ans (moyenne d'âge : 82,44 ans dont 15% ont 90 ans et plus) et doivent relever d'une coordination pluridisciplinaire accrue en raison de la complexité, de la densité et de la technicité de la prise en charge et en l'absence de possibilité d'une prise en charge alternative en ambulatoire. Ils proviennent très majoritairement du MCO du CHU.

Pithiviers, Gien, Montargis ont un rôle principalement pour leur propre MCO.

Le CH DE SULLY génère une partie de sa file active des patients hospitalisés en médecine et aussi du domicile via les médecins traitants du bassin de Sully.

Les patients ne relevant pas d'une prise en charge complexe sont orientés vers les SMR de proximité, dans une logique de proximité géographique du domicile du patient.

6.1.4 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Repérer les patients âgés fragiles.

Recenser les personnes âgées à risque sur l'ensemble du territoire (isolement, absence de suivi médical, difficulté à se déplacer)

Mettre en place un parcours de prévention gradué, incluant :

- Des bilans ambulatoires en consultation ou en hôpital de jour gériatrique.
- Des évaluations à domicile via les équipes mobiles de gériatrie et les EHPAD.
- Un accès priorisé aux hospitalisations programmées et non programmées via les urgences ou les unités de court séjour gériatrique.

Intégrer dès que nécessaire les équipes de soins palliatifs et psychiatriques pour une réponse adaptée aux besoins complexes.

2 – Prévenir les risques de chutes.

La chute est la 1^{ère} cause de mortalité accidentelle des personnes âgées. Les chutes peuvent conduire à amener les personnes aux urgences, et peuvent entraîner des hospitalisations longues. C'est pourquoi la CPTS Beauce-Gâtinais et le CH de Pithiviers ont créé depuis le mois de mai 2023 une équipe mobile d'ergothérapie dans le Loiret.

Cette expérimentation soutenue par la conférence des financeurs du Loiret et l'ARS Centre-Val de Loire vise à permettre d'éviter les risques de chute à domicile, à préserver la capacité à être autonome au domicile, et améliorer ainsi les conditions de vie des personnes. Les professionnels de la CPTS et de l'hôpital, après avoir identifié les facteurs de fragilité de la personne, ont désormais la capacité de faire intervenir un ergothérapeute dont le rôle sera de faire des préconisations pour aménager le logement, prévenir les risques de chute, prescrire du matériel adapté, et avoir une vigilance particulière sur la prise de médicaments. Elle peut également sensibiliser à la prévention de l'ostéoporose.

Cette expérimentation a vocation à être généralisée sur l'ensemble du département. La coopération entre les acteurs hospitaliers et ceux de la médecine de ville prend là tout son sens, au bénéfice des patients.

Nous solliciterons l'ARS pour encourager la formation d'équipes mobiles permettant à la fois le maintien à domicile en sécurité pour ces personnes (très) âgées, mais aussi des actions de prévention visant à faciliter ce maintien et prémunir l'engorgement des services d'accueil des urgences lorsque survient la nécessité d'une hospitalisation non programmée.

Objectif n°3 : Faciliter l'accès des patients âgés fragiles ou polypathologiques aux plateaux techniques

Cette disposition, qui doit concerner l'ensemble des patients hospitalisés sans distinction d'âge, s'avère plus particulièrement cruciale dès lors qu'il s'agit de patients âgés en risque de perte d'autonomie ou porteurs de comorbidités chroniques incapacitantes. Les retards diagnostiques induits par les difficultés d'accès aux plateaux techniques (imagerie, échographie cardiaque, endoscopies, etc.) engendrent des prises de décision trop souvent différées, ce qui majore le risque de décompensations d'organes et de dépendance aggravée, facteurs d'allongement de la durée de séjour.

Il s'agirait de mettre à disposition des plages horaires dédiées aux patients de plus de 75 ans polypathologiques et à risque de perte d'autonomie. Elles devraient permettre d'adapter les conditions de réalisation de ces explorations à cette population (transport, préparation, temps de réalisation, précautions particulières...).

Dans cette optique, figure à l'agenda de la PCMG, la signature de conventions entre les hôpitaux de proximité du territoire et les établissements disposant de plateaux techniques, en particulier l'établissement-support et le CHAM, mais aussi le CHP et le EPSM. Cette charte entre les hôpitaux de proximité est un axe majeur du présent PMSP.

Objectif n°4 : Développer des prises en charge hyperspécialisées et/ou innovantes à l'échelle du territoire.

Développer les prises en charge ambulatoires chaque fois qu'elles sont médicalement possibles et adaptées au patient.

Développer de l'hospitalisation de jour gériatrique pour les prises en charge spécifiques et pluridisciplinaires. Création d'une Consultation Mémoire de Territoire (labellisation demandée en 2023 à l'ARS) au CHU Orléans pour une meilleure prise en soin des troubles cognitifs chez les sujets âgés de moins de 75 ans, associant gériatres et neurologues et psychiatres.

Création d'une consultation mémoire de proximité à Gien (labellisation janvier 2024).

Consultation mémoire

La consultation mémoire a pour objectifs de :

- Rechercher et de faire le bilan des déficits cognitifs et de leur retentissement sur les activités de la vie quotidienne
- D'établir un diagnostic
- De proposer un projet de rééducation
- D'initier le traitement
- D'assurer le suivi et l'évolution de la maladie en coordination avec le médecin traitant
- Favoriser le maintien à domicile par la mise en place d'aides sociales, juridiques, associatives, pratiques pour les familles.
- Favoriser les hospitalisations (programmées et non programmées) avec un accès direct aux unités de court séjour gériatrique facilité par :
 - La diffusion aux professionnels de santé du territoire d'un numéro de téléphone permettant l'accès direct au gériatre d'astreinte au sein de la filière gériatrique.

- Par la création d'un annuaire à l'intention des professionnels de ville, intervenants à domicile, médecins, CPTS donnant accès à une description des ressources sur le territoire (SMR, EHPAD, USLD).

Objectif n°5 : Optimiser l'accueil des personnes âgées de 75 ans et plus, admises dans le cadre d'hospitalisations non programmées

Pour ce faire, il s'agit de réunir les conditions d'application du décret relatif à la médecine d'urgence (22 mai 2006). Ce dernier précise en effet que « la prise en charge des patients âgés relevant de la gériatrie du fait de leur polyopathie et de leur risque de dépendance est assurée :

« 1° En priorité, sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, en admission directe dans une structure de médecine gériatrique aiguë » ;

« 2° En l'absence d'une telle structure, et sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, dans toute structure de spécialité correspondant à la pathologie aiguë du patient. Il est indispensable de s'assurer que l'évitement du passage aux urgences n'entraîne pas une perte de chances en raison d'une difficulté d'accéder aux explorations complémentaires »

« 3° Ou dans la structure des urgences lorsque l'état de santé du patient l'exige ». Enfin, est précisé que « lorsque la prise en charge est assurée selon l'une des deux dernières modalités, il doit pouvoir être fait appel à un gériatre ou à un médecin formé à la prise en charge des personnes âgées, en vue d'organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale du patient ».

Le déploiement des filières gériatriques a notablement contribué à améliorer, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, l'offre de soin dédiée aux patients de plus de 75 ans relevant des structures gériatriques. Cependant, la répartition territoriale de l'offre demeure inégale et l'offre en unités de court séjour gériatrique, de soins médicaux et de réadaptation gériatriques et de soins de longue durée s'avère encore inadaptée au regard des besoins du Loiret.

Objectif n°6 : Améliorer l'accès aux soins palliatifs pour les personnes âgées en fin de vie sur le territoire

L'augmentation du nombre de lits identifiés soins palliatifs sur l'ensemble des SMR du territoire doit permettre d'optimiser la prise en charge des patients en fin de vie. Des lits de SMR sont identifiés « soins palliatifs ». Requalifier davantage de lits soins palliatifs inciterait les SMR de proximité à prendre en charge plus facilement les patients en fin de vie au sein de leur structure.

La filière a vocation à faire intervenir dès que de besoin les équipes de soins palliatifs, afin de proposer des dispositifs gradués de réponse.

L'équipe d'appui départementale de soins palliatifs 45 (EADSP 45) équipe mobile extra hospitalière de soins palliatifs sera en soutien des équipes « locales ».

Objectif n°7 : Renforcer la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée

Créer une 2^{de} unité cognitivo- comportementale (UCC) sur le GHT.

L'UCC est une unité spécialisée au sein du service du SMR gériatrique, pour la prise en soins de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée, qui présentent des troubles psycho comportementaux neuropsychiatriques perturbateurs (agressivité, troubles du comportement productifs hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves). Une seule unité de 10 lits sur Orléans. En positionner une sur Montargis avec un rayonnement à l'Est du département.

Fluidifier l'aval des patients d'UCC qui relèvent d'un secteur spécialisé par le renfort d'unités d'hébergement renforcé (UHR) et PASA sur le territoire.

Objectif n°8 : Lutter contre les séjours anormalement prolongés en SMR

1 – Favoriser les transferts entre les différents SMR du GHT :

La gradation des soins a comme objectifs de favoriser la prise en charge des patients selon les niveaux de gravité requis, avec comme impératif de favoriser la prise en charge de proximité, principalement en ce qui concerne les personnes âgées.

Il est dès lors impératif que les SMR dits de « recours » puissent une fois la trajectoire du patient en leur sein bouclée, transférer celui-ci au plus près de son domicile.

Cet encouragement à fluidifier le parcours du patient se heurte malheureusement trop souvent aux capacités d'accueil limitées des SMR de proximité, principalement liées à des problématiques de ressources humaines.

2 – Faciliter les sorties des patients complexes

Créer une commission des séjours anormalement longs à l'échelle du GHT :

Mutualiser les solutions développées par chaque établissement ou structure de soins pour faire face à ce problème fréquemment rencontré.

Sensibiliser les partenaires (ARS – Conseil Départemental – Mairies par le biais des CCAS - ...) à cette problématique dont les origines sont le plus souvent sociales.

Renforcer les liens avec les structures de séjours de longue durée du territoire :

Limiter les hospitalisations non médicalement justifiées en SMR.

Créer au sein des hôpitaux du GHT des filières de prise en charge spécifique pour leurs résidents (admissions directes lors hospitalisation – téléexpertise pour les avis spécialisés – accès facilités aux plateaux techniques) pour instaurer une confiance mutuelle et permettre l'admission de nouveaux patients.

Objectif n° 9 : Renforcer les services à destination des personnes âgées en perte d'autonomie.

Cela passe par le renforcement des capacités d'Unité d'hospitalisation renforcée (UHR) sur le territoire. Une seule unité de 12 lits existe au CHU Orléans. Une augmentation capacitaire, voire la création d'une unité supplémentaire à l'Est du département permettrait de mieux faire face aux besoins qui sont en forte croissance.

Renforcer les PASA de jour et de nuit, les dispositifs de chambres relais en EHPAD

Objectif n°10 : Porter une réflexion sur la mise en place d'une équipe mobile extra hospitalière de territoire.

Développement d'une culture gériatrique partagée, interface entre la ville et l'hôpital.

Elle permettra de proposer une expertise gériatrique, médicale, fonctionnelle et sociale, interviendrait au domicile des personnes âgées, dans les EHPADs (ou dans les structures en manque de médecins) pour éviter les risques de rupture et des transferts intempestifs de personnes âgées aux urgences. Ce projet nécessitera des ressources médicales, soignantes, sociales et de rééducation dédiées (médecin, IDE, ergothérapeute, assistante sociale).

Promouvoir une culture gériatrique commune au sein du territoire.

Partager les protocoles, les pratiques de prise en charge, mettre en commun des outils gériatriques, staffs inter-établissements.

Mieux former les professionnels aux spécificités des personnes âgées polypathologiques en matière de prévention des chutes, de dénutrition... par des équipes spécialisées pluriprofessionnelles rééducateurs, médecins, infirmiers...

Conforter la filière « plaies et cicatrisation » développée sur le territoire.

La Commission des Soins du GHT a fait de la promotion de cette thématique un de ses axes majeurs. Les professionnels de l'ensemble des établissements du GHT ont élaboré des protocoles communs. Elle participe à l'analyse de la pertinence des soins en limitant les ré-hospitalisations et les pansements non adaptés.

Objectif n°11 : Développer la télé expertise sur le territoire.

L'expertise gériatrique doit être plus accessible sur le territoire. Les services du CHU et du CHAM doivent favoriser cette accessibilité pour limiter les déplacements intempestifs de patients et favoriser le maintien de ces derniers dans leurs structures d'accueil habituelles autant que possible, ou encore pour favoriser le maintien à domicile.

Cet outil facilitera aussi la nécessaire régulation préhospitalière pour éviter l'engorgement des services d'accueil des urgences du territoire.

Objectif n°12 : Conforter les professionnels de la rééducation dans les SMR du territoire.

Il s'agit dans une région sous-médicalisée, de permettre la présence en nombre de professionnels rééducateurs (kinésithérapeutes – Enseignants d'Activité Physique Adaptée – Ergothérapeutes – Diététiciens - ...) dans les

différents SMR. L'objectif est de diminuer la durée de séjour des personnes âgées dans les SMR et d'améliorer le service rendu au patient.

Ceci passera localement par la création d'équipes mobiles pour favoriser le renfort des professionnels libéraux dans les structures de soins publiques sous dotées par manque de personnels titulaires, par le partage de protocoles de prise en charge, pour limiter l'isolement de certains professionnels.

6.2 PARCOURS « FRACTURE DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR »

6.2.1 LE CONTEXTE

La Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF) est un problème de santé publique pour les personnes âgées de 75 ans et plus, avec une augmentation régulière en raison du vieillissement de la population (augmentation de 6% des plus de 65 ans à l'horizon 2050 dans le Loiret).

Elle représente le troisième type de fracture le plus fréquent en traumatologie, première cause d'hospitalisation en urgence traumatologique et deuxième cause d'hospitalisation globale.

En France, l'incidence de la fracture de hanche est d'environ 50 000 cas chez les femmes et 16 000 cas par an chez les hommes, âge moyen : 83 ans chez les femmes et 80 ans chez les hommes (HAS, 2017, « ortho gériatrie et fracture de la hanche »), morbi mortalité importante.

La FESF survenue à la suite d'un traumatisme mineur est marquée, en l'absence de traitement, par des complications médicales et orthopédiques à l'origine d'une perte d'autonomie fonctionnelle, mode d'entrée dans la dépendance mais aussi pouvant conduire au décès.

La prise en charge chirurgicale expose à moins de complications que l'abstention thérapeutique.

Elle doit permettre la reprise d'autonomie et d'une indépendance fonctionnelle antérieurs à la fracture.

La complication grave post opératoire de la FESF est la décompensation des maladies pré existantes et tout retard de prise en charge entraîne une majoration des risques.

Il convient donc de mettre en place des politiques à l'échelle de notre territoire permettant de répondre à cette problématique. Ces politiques passent par la mobilisation des acteurs de la Ville, de L'hôpital ainsi que les autres acteurs du secteur médico-social, l'Agence Régionale de Santé et la société civile.

Ces politiques comporteront donc un volet « Prévention – Education/Sensibilisation », une prise en charge hospitalière en phase aigüe et une politique de l'après hospitalisation. Le rôle des différents acteurs y sera détaillé, en particulier en mettant l'accent sur la nécessaire collaboration entre tous les partenaires (libéraux, hospitaliers, institutionnels) et donc la création de réseaux en favorisant tous les outils nécessaires, y compris les plus innovants en termes organisationnels et/ou numériques.

Le GHT du Loiret est un partenaire naturel des réflexions engagées au niveau régional par l'ARS Centre Val de Loire et l'Équipe Régionale du Vieillissement et du Maintien de l'Autonomie (ERVMA).

6.2.2 PREVENTION – EDUCATION/SENSIBILISATION

6.2.2.1 Information - Education

En matière d'éducation, les gériatres du GHT sont impliqués dans le rôle de conseil auprès des acteurs institutionnels du territoire et/ou de leur aire géographique afin de mettre en place des campagnes de sensibilisation auprès des personnes âgées et de leurs aidants, en particulier sur les aménagements domiciliaires pour diminuer les risques de chute.

Les rhumatologues du CHU, par le biais de différents canaux et supports d'information à destination des personnes à risque, mais aussi des gériatres pour le patient âgé, et les médecins généralistes communiqueront sur la détection et la prévention de l'ostéoporose.

L'ensemble de ces acteurs doit aussi être en première ligne et utiliser tous les canaux nécessaires pour faire la promotion de l'activité physique régulière, notamment les exercices de renforcement musculaire et d'équilibre qui contribuent à réduire le risque de chute et de fracture.

6.2.2.2 Détection précoce - Dépistage

L'objectif prioritaire est d'identifier les patients à risque de chute et de fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

- Détection précoce dès l'âge adulte :
 - Prévention et dépistage de l'ostéoporose de l'adulte et particulièrement post ménopausique chez la femme (mesure de la DMO par ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 65 ans et les hommes de plus de 70 ans)
 - Lutte contre la sédentarité. Dépistage des pathologies à risques. Prévention de la perte d'autonomie.
 - Prévention des carences vitaminiques et calciques par la supplémentation selon les recommandations du GRIO 2019

L'accent doit être mis sur notre territoire sur les zones rurales, peu dotées en médecins et au vieillissement marqué.

Le GHT du Loiret, avec l'aide du service de rhumatologie du CHU a entrepris de mettre en place des consultations avancées sur différents centres hospitaliers du territoire. Une consultation avancée est ainsi en place au CH de Pithiviers depuis 2023. Une autre devrait voir le jour courant 2024 sur le site Jeanne d'Arc de Gien du CHU.

- Dépistage :
 - Des facteurs de risque de chutes
 - Liés à la personne (neurologique, musculaire, ostéoarticulaire, cardiovasculaire, sensoriel, métaboliques, iatrogénie, dénutrition et hypovitaminose D, alcoolisme, anémie...
 - Liés à l'environnement (chaussage, habillement, mobilier, animal de compagnie obstacle au sol...)
 - Médicamenteux
 - Dépistage des troubles de la marche
 - Dépistage des chutes et des complications

Le GHT du Loiret s'inscrit dans le dispositif régional du plan national « Antichute des personnes âgées » mis en place par l'ARS Centre-Val de Loire qui se décline comme suit :

« 1- Pour les personnes de 60 ans et plus autonomes vivant au domicile, l'ARS Centre-Val de Loire soutient le projet ICOPE, coordonné également par l'ERVMA, qui vise à dépister 6 facteurs majeurs de risque de dépendance ultérieure : les troubles visuels, auditifs, nutritionnels, dépressifs, cognitifs et de mobilité. Les travaux d'articulation du plan antichute avec ICOPE sont bien engagés au travers du maintien de la mobilité.

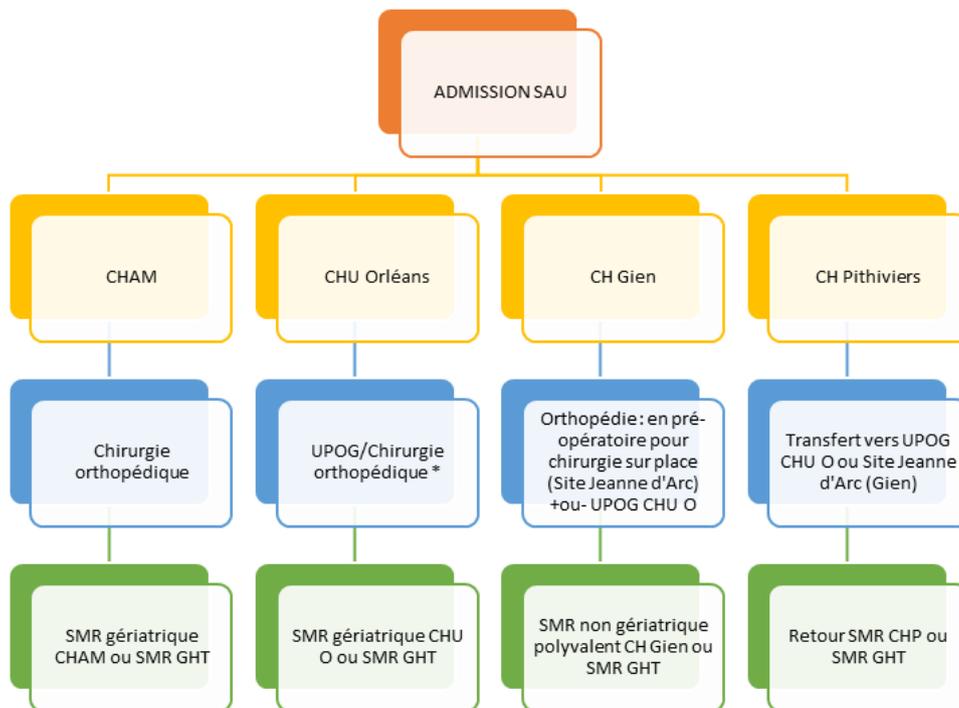
2- La CARSAT Centre-Val de Loire accompagne des personnes âgées autonomes vivant au domicile par la mise en œuvre d'actions collectives et le financement des Plans d'Actions Personnalisés" (PAP). Ces plans permettent d'offrir un panier de services adaptés à la situation des personnes avec notamment des aides à l'adaptation du logement, ainsi que des actions ciblées de "Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées" (PAPA). La CARSAT collabore avec l'ARS sur le plan antichute.

3- Les départements sont des acteurs majeurs dans la prise en charge à domicile des personnes âgées et ils font partie intégrante des groupes de travail du plan antichute régional. Un travail important d'identification, de mise en réseau et de valorisation du repérage par les intervenants du domicile a débuté. Ils sauront orienter les personnes à risque vers les professionnels correspondants.

4- Pour les personnes de 65 ans et plus dépendantes vivant en EHPAD, des travaux spécifiques sont en cours, comme des ateliers d'activité physique adaptée et l'inscription des mesures de prévention des chutes dans les contrats pluriannuels des établissements, signés avec l'ARS et les départements ».

6.2.3 LE PARCOURS

Description de l'organisation territoriale et gradation des soins



**Patients + âgés + fragilisés fléchés UPOG*

Le vieillissement de la population s'accompagne donc d'une augmentation considérable du nombre d'actes chirurgicaux non programmés chez les personnes âgées de 75 ans et plus. La polypathologie, les risques de décompensation d'organes font par ailleurs, de ces sujets âgés, des patients à risque péri opératoire.

L'organisation d'un parcours de soins multidisciplinaires ortho gériatrique associant : urgentistes, orthopédistes, anesthésistes, gériatres est donc nécessaire pour réduire les complications péri- opératoires, améliorer la récupération fonctionnelle et diminuer la mortalité.

L'enjeu est donc majeur pour le patient mais aussi pour la collectivité.

Pour le Loiret, une organisation a été mise en place en prenant en compte les difficultés des hôpitaux en termes d'effectifs médicaux et paramédicaux, la présence de seulement 3 hôpitaux avec blocs opératoires et équipe chirurgicale et d'anesthésistes réanimateurs et un hôpital support, le CHU d'ORLEANS.

6.2.3.1 Organisation du parcours chirurgical au sein du GHT 45

Les patients du territoire de Pithiviers sont opérés préférentiellement au CH de Gien (site Jeanne d'Arc), en raison de l'absence de chirurgie orthopédique sur le site de Pithiviers. Cette organisation permet :

- Une prise en charge rapide sur un site de proximité doté d'un plateau technique adapté
- Une collaboration étroite avec les anesthésistes-réanimateurs, qui jouent un rôle clé dans l'optimisation préopératoire et la gestion post-opératoire des patients âgés fragiles
- Une articulation avec les services de gériatrie et de soins de suite du territoire pour organiser l'aval

Sur Orléans, le CHU d'Orléans reste le centre de recours pour les fractures les plus complexes nécessitant une prise en charge spécialisée en chirurgie orthopédique.

6.2.3.2 Organisation de la prise en charge de la FESF

Deux schémas sont retenus

- Adressage à partir des SAU directement dans les services d'orthopédie (CH MONTARGIS, GIEN et PITHIVIERS) puis SMR/HAD/RAD
- Adressage du SAU du CHU ORLEANS préférentiellement en UPOG ou ORTHOPEDIE puis SMR/HAD/RAD

Les anesthésiste réanimateurs interviennent à plusieurs niveaux :

*Avant la chirurgie :

- Évaluation du risque anesthésique et optimisation préopératoire (ajustement des traitements, correction des troubles métaboliques, prévention du risque cardiovasculaire...)

- Protocole de gestion de la douleur multimodal pour limiter les risques liés aux morphiniques et favoriser la réhabilitation rapide, anesthésie loco régionale aux urgences
- Evaluation du type d'anesthésie : anesthésie générale, rachianesthésie, bloc nerveux périphérique

*En post-opératoire immédiat :

- Surveillance rapprochée pour prévenir les complications précoces (hypotension, confusion, troubles respiratoires...)
- Collaboration avec l'équipe gériatrique pour une gestion adaptée de la douleur et des troubles neurocognitifs
- Suivi et ajustement des protocoles d'analgésie

6.2.3.3 Modalités de prise en charge en UPOG

L'Unité péri-opératoire gériatrique (UPOG)^o repose sur une interdisciplinarité avec des procédures standardisées intégrant :

- Gériatres et orthopédistes, pour un suivi conjoint péri- opératoire
- Anesthésistes-réanimateurs, impliqués dans l'optimisation pré et post-opératoire
- Infirmiers et aides-soignants spécialisés, formés aux spécificités du patient âgé fragile
- Kinésithérapeutes et ergothérapeutes, pour une mobilisation précoce
- Diététiciens, pour prévenir la dénutrition et favoriser la cicatrisation
- Assistantes sociales, pour anticiper les besoins médico-sociaux et organiser la sortie

Missions de l'UPOG

- **Mesures recommandées en pré opératoire**
 - Prévention des escarres
 - Dépister les troubles cognitifs et prévenir la confusion
 - Evaluer et prévenir la douleur
 - Traiter les comorbidités sans retarder le délai chirurgical de la fracture qui doit si possible être inférieur à 48 heures
 - Traiter l'anémie
 - Antibio prophylaxie
 - Evaluer la fragilité physique des patients
- **Mesures recommandées en post opératoire**
 - Correction de l'anémie
 - Optimisation de l'hydratation post opératoire et prise en charge de l'hyponatrémie
 - Thrombophylaxie
 - Prévention de l'ischémie cardiaque post opératoire
 - Prévention des pathologies urinaires post opératoires (infection, rétention vésicale, incontinence)
 - Prévention des infections pulmonaires
 - Prévention des escarres post opératoires
 - Prévention et prise en charge de la confusion postopératoire
 - Prévention, diagnostic et prise en charge de la dépression
 - Prévention / diagnostic de la dénutrition
 - Prévention d'une nouvelle fracture, supplémentation vitamino-calcique, traitement anti-ostéoporotique
 - Prévention du fécalome et de la constipation
 - Dépistage des troubles de la déglutition
 - Mobilisation et rééducation précoces
 - Préparation à la sortie / réévaluation sociale
- Repérer la fragilité
- Repérer les situations palliatives
- Evaluer l'indication, réévaluer et prescrire les contentions

Les pathologies et leur décompensation (décompensations cognitives et troubles psycho-comportementaux, déséquilibre diabète, dégradation de la fonction rénale, troubles nutritionnels, aggravation de syndrome parkinsonien,) sont traitées en situation aigue et stabilisées avant sortie.

6.2.3.4 Un accès limité aux Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) sur le territoire

L'un des défis majeurs du GHT du Loiret est le ratio lits SMR gériatrique par rapport aux besoins insuffisants particulièrement pour les patients fragiles et complexes, limitant la possibilité d'une rééducation optimale.

Conséquences du manque de SMR :

- Allongement des durées de séjour hospitalier en chirurgie et/ou UPOG, faute de place en aval
- Risque accru de perte d'autonomie chez les patients ne bénéficiant pas d'une rééducation adaptée
- Saturation des capacités d'hospitalisation dans les services aigus

Stratégies d'adaptation :

- Développement de solutions alternatives, comme la rééducation à domicile avec HAD rééducation +/- services d'aides à domicile et des kinésithérapeutes libéraux
- Optimisation des places disponibles dans les SMR polyvalents en renforçant les compétences en rééducation gériatrique
- Renforcement des liens avec les EHPAD du territoire, pour permettre le retour en EHPAD rapide avec la poursuite de la rééducation via l'HAD rééducation ou l'aide de professionnels de l'EHPAD ou libéraux

6.2.3.5 Articulation avec les autres parcours du territoire

Lien avec le plan « Antichute des personnes âgées », pour la prévention secondaire des fractures

Collaboration avec le programme ICOPE, pour un suivi préventif des patients post-hospitalisation

Mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour faciliter la transition entre l'hôpital et la ville

6.2.4 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : **Organiser les secours et l'orientation rapide : alerte précoce**

Pour assurer une prise en charge rapide et adaptée, il est essentiel de structurer un circuit de régulation spécifique pour les fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) à savoir :

- Création d'une filière prioritaire au sein du SAMU 45 et du Centre 15 :
 - Une orientation spécifique des patients âgés suspectés de FESF est mise en place, avec une codification prioritaire dans le logiciel de régulation.
 - Coordination avec les médecins gériatres, médecins coordonnateurs, médecins généralistes, IDEC et les EHPAD pour limiter les passages aux urgences lorsque cela est possible (exemple : hospitalisation directe en orthopédie pour les EHPAD partenaires ou pour le CHU O en UPOG).
- Réseau EHPAD & structures médico-sociales :
 - Mise en place d'un numéro direct d'accès aux urgences gériatriques pour les professionnels des EHPAD et des SSIAD, afin de fluidifier l'entrée dans la filière hospitalière.
 - Expérimentation de télé-expertise gériatrique sur le GHT.

Objectif n°2 : **Définir un parcours priorisé aux urgences**

Création d'un "Fast Track" orthopédique gériatrique aux urgences du CHU et des hôpitaux de proximité, permettant :

- Un accès immédiat à la radiologie (radiographie + scanner si doute diagnostique).
- Une évaluation systématique par une infirmière d'orientation gériatrique et/ou gériatrie pour dépister les comorbidités majeures.
- Une gestion rapide de la douleur, incluant une analgésie multimodale pour éviter les effets secondaires des opioïdes.

Mise en œuvre d'un accès prioritaire aux blocs opératoires :

- Organisation anesthésiste-réanimateur/chirurgien pour garantir une opération sous 48h conformément aux recommandations HAS.
- Création d'un circuit de programmation anticipée au bloc opératoire dès le diagnostic confirmé, en lien avec les chirurgiens orthopédistes du CHU.
- Faciliter le lien avec l'UPOG du CHU O pour l'adressage direct.

Objectif n°3 : Structurer la prise en charge hospitalière et rééducation post-chirurgicale

Hospitalisation et réhabilitation rapide

Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) adaptée aux personnes âgées : rôle des UPOG

- Mobilisation précoce (fauteuil sous 24 heures, marche 48 heures post opératoires), en collaboration avec kinésithérapeutes et ergothérapeutes hospitaliers.
- Dépistage des troubles nutritionnels et optimisation de la prise en charge nutritionnelle avec un suivi systématique par un diététicien (correction de la dénutrition, supplémentation en vitamine D).
- Réduction du risque thromboembolique par l'utilisation de techniques de prévention non médicamenteuses (bas de contention, mobilisation passive).
- Lutte contre la iatrogénie avec réévaluation médicamenteuse par le gériatre en lien avec un pharmacien hospitalier pour optimiser la conciliation médicamenteuse.

Création d'une "Unité de Fragilité" au CHU Orléans et dans les hôpitaux de proximité pour une prise en charge multidisciplinaire (gériatre, kiné, diététicien, assistante sociale) facilitant le dépistage des facteurs de fragilité en prévention)

Filières de rééducation et convalescence

L'orientation post-opératoire repose sur une évaluation du niveau d'autonomie et du projet de vie :

- Retour à domicile avec éventuellement adaptation du projet social, si besoin mise en place d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), service de soins à domicile, rééducateurs libéraux, HAD.
- Entrée ou retour en EHPAD
- Utilisation de la télésurveillance pour le suivi post-opératoire en zone rurale.
- Hospitalisation en Soins médicaux de Réadaptation (SMR) si patient en capacité de rééducation intensive :
 - Partenariats renforcés avec les SMR du GHT (Montargis, Pithiviers, Gien).
 - Mobilisation de places dédiées pour les fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) dans les établissements partenaires.
- Réorientation vers un EHPAD ou une unité de soins longue durée (USLD) si perte d'autonomie majeure.

Objectif n°4 : Le suivi médical post-hospitalisation et prévention des récives

Consultation post-opératoire systématique avec l'orthopédiste et un gériatre à J30 et J90.

Intégration des patients dans un parcours ostéoporose, incluant :

- Une filière fracture construite en collaboration entre l'UPOG et la rhumatologie, associant suivi en consultation dans les deux spécialités et d'HDJ mutualisés sur le CHU. A étendre au sein du GHT via des HDJ avancés et télé expertise.
- Un protocole de prise en charge médicamenteuse personnalisée (biphosphonates, vitamine D, calcium).
- Dépistage des troubles de la marche par un kinésithérapeute référent du GHT.

Objectif n°5 : La coordination des acteurs et outils numériques

Développer un parcours territorial coordonné avec :

- La mise en place d'une cellule de coordination territoriale (gériatres, médecins généralistes, services de soins à domicile, structures sociales, ...) dédiée aux fractures du col du fémur au sein du GHT
- Un référent parcours FESF dans chaque établissement hospitalier, chargé d'assurer la fluidité du parcours patient
- Une concertation hebdomadaire entre les établissements du GHT pour organiser les transferts et éviter les ruptures de parcours
- La création d'un "Parcours numérique FESF" intégré au Dossier Médical Partagé (DMP) pour une meilleure communication entre hôpital, médecine de ville et EHPAD.
- Expérimentation d'une téléconsultation post-opératoire (chirurgien, gériatre) systématique à J30 pour les patients en zone rurale, évitant des déplacements inutiles.

Objectif n°6 : Intégrer le parcours FESF dans les actions de prévention des chutes

Développement d'ateliers de prévention des chutes en partenariat avec les associations locales et les Maisons Sport Santé du territoire.

Mise en place d'un réseau d'évaluateurs du risque de chute, associant infirmiers libéraux et kinésithérapeutes de ville.

Objectif n°7 : Assurer le suivi et l'évaluation du parcours

Création d'un observatoire des fractures FESF dans le Loiret, permettant :

- Un suivi épidémiologique précis (taux d'incidence, délais de prise en charge, taux de récupération fonctionnelle, entrée en institution).
- Une évaluation des performances des différentes structures du GHT en matière de prise en charge de la FESF : DMS, ré-hospitalisations précoces, confusion, chutes, apparition escarres, reprise autonomie fonctionnelle, entrée en institution, poids, albumine
- Une amélioration continue du parcours grâce à l'analyse des données.

7.1 FILIERE AVC

7.1.1 LE CONTEXTE

L'AVC est la 2^{ème} cause de mortalité et la 1^{ère} cause de handicap acquis de l'adulte. Les AVC constituent de ce fait un problème de santé publique. Il s'agit d'une urgence médicale car des traitements de revascularisation existent pour les AVC ischémiques (80% des AVC) : la thrombolyse intraveineuse dans les 4h30 et la thrombectomie mécanique dans les 6 heures. Ces traitements ont fait la preuve de leur efficacité sur le plan du pronostic vital et fonctionnel avec un effet temps majeur : plus vite le traitement est administré, meilleur est le résultat. De ce fait le territoire national a été quadrillé par des Unités neurovasculaires (UNV) permettant la mise en place de ces traitements dans ces structures de soins spécialisées dans la prise en charge des AVC.

Le CHU d'Orléans, établissement de recours, prend en charge les AVC et assure l'orientation des patients au sein des filières de prise en charge selon leur état de santé.

Sur le territoire du Loiret, la filière AVC s'appuie sur l'unique UNV du CHU d'Orléans. Il n'y a pas de neurologue dans les structures d'hospitalisation des autres établissements de santé du territoire.

L'UNV du CHU Orléans est composée de 12 lits dédiés et 6 lits de soins intensifs et prend en charge toutes les alertes revascularisation du département, quel que soit le lieu de domicile du patient ou le SAU d'accueil du patient du territoire. Elle a pour mission d'accueillir les patients de son bassin de population, tous les patients éligibles à la thrombolyse ou la thrombectomie quel que soit l'âge, et enfin les patients appelés « AVC du sujet jeune » du Loiret dont la limite d'âge varie entre 55 et 65 ans selon les comorbidités associées et la possibilité d'accueil dans l'UNV.

Un projet de thrombectomie mécanique au CHU d'Orléans, déposé auprès de l'ARS en 2022, est en cours d'implantation. La structuration du parcours de soins se fait en collaboration avec le SAMU, le SAU, l'anesthésie et la neuroradiologie. Une équipe mobile paramédicale dédiée de neurologie pour toutes les alertes de revascularisation thrombolyse/thrombectomie a été créée de sorte d'accompagner le patient tout au long de son parcours dans l'établissement.

Une version réactualisée et optimisée de l'outil du système de télé-AVC entre l'UNV du CHU d'Orléans et les services d'urgence du CHAM est en place depuis juillet 2023, ayant nécessité une mise à jour des formations des intervenants et des procédures.

7.1.2 L'ETAT DES LIEUX

7.1.2.1 La démographie médicale

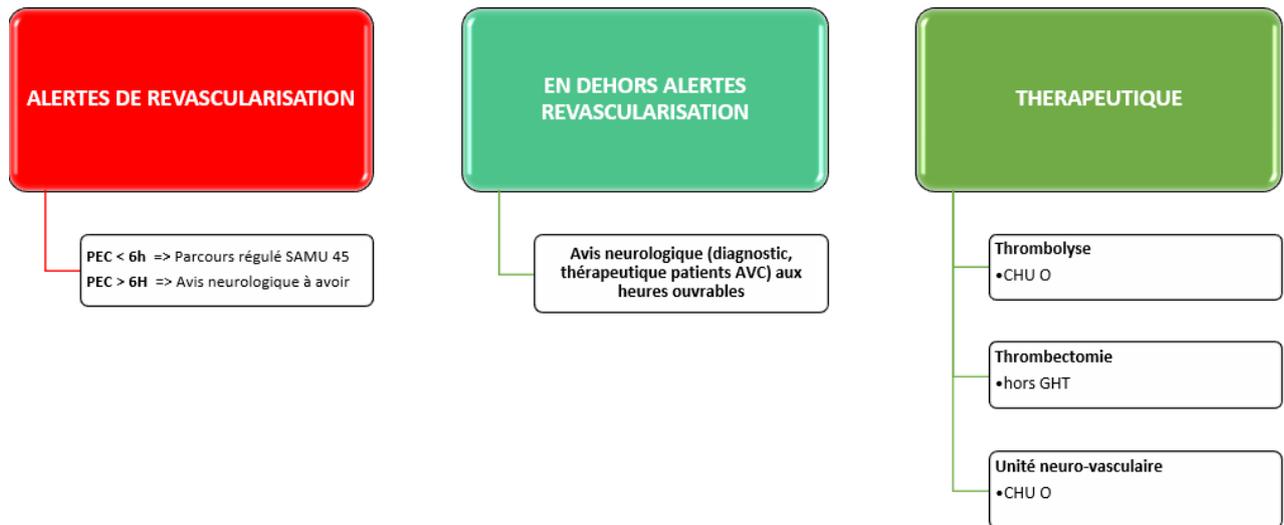
Situation des effectifs **neurologues** à début 2025

CHU Orléans	11,5 ETP (dont 6.5 ETP PH / 1 ETP attaché / 4 ETP praticien associé)
--------------------	--

7.1.2.2 Les forces / les faiblesses

Les forces	Les faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Une unité neuro-vasculaire au CHU Orléans (seule unité du territoire) - Le déploiement du télé AVC - Une astreinte neurologique sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence de neurologues sur tous les établissements du GHT (hors CHU Orléans) - Avis neurologique et cardiologique : problématique sur le giennois - Rééducation compliquée dans le giennois - Difficultés pour accueillir post-AVC stabilisés dans les services de médecine du territoire

7.1.2.3 Le parcours



Les situations cliniques justifiant du recours :

Toutes les alertes revascularisation : tous les AVC qui justifient d'un traitement en urgence (thrombolyse veineuse ou thrombectomie mécanique).

Les patients « jeunes » < 65 ans) ayant fait un AVC dans la limite des places d'hospitalisation disponibles. Il est important de conventionner entre les établissements de santé du territoire pour organiser un retour rapide vers l'établissement d'origine ou au plus proche du domicile du patient dès que son état ne justifie plus d'une prise en charge aigüe en UNV.

Les autres situations :

Pour les patients en dehors des alertes de revascularisation, et par conséquent, ne faisant pas appel au recours, la situation est plus complexe, notamment en l'absence de compétences neurologiques sur les autres établissements de santé du territoire.

En l'absence de neurologue dans les établissements du GHT, le neurologue d'astreinte du CHU d'Orléans peut être contacté pour avis ou transfert selon le cas.

Des consultations avancées sur le CH de Pithiviers sont en place et pour donner des avis pour des patients hospitalisés.

Il n'y a pas de neurologue au CH de Gien et le neurologue du CH de Montargis est présent avec un temps très réduit et ne fait que des consultations externes.

7.1.3 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Développer des capacités de prise en charge.

A travers cette filière, le GHT 45 doit répondre à un double objectif : permettre d'accroître le volume de prise en charge des patients victimes d'AVC et assurer une prise en charge standardisée et sécurisée des patients, hors phase hyper aigüe ou aigüe, dans les établissements de santé du territoire en créant des unités dédiées aux AVC. Ces unités seront positionnées dans les services de médecine polyvalente sous la responsabilité des médecins de ce service sur le CHAM et le CH de Gien pour l'accueil des patients post AVC stabilisés. Elles reposent notamment sur la formation d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes...) assurée par l'équipe de neurologie du CHU d'Orléans. Des avis neurologiques seront sollicités par télémedecine.

Ce dispositif permettra de libérer plus rapidement des lits occupés par des patients présentant un AVC au sein de l'UNV du CHU d'Orléans. Il nécessite également le soutien des administrations hospitalières et de l'ARS pour des conditions de recrutement attractif des rééducateurs dans ces structures : kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues...

Les collaborations avec les établissements de santé du GHT seront à poursuivre pour un retour rapide vers l'établissement d'origine après la prise en charge de la phase aiguë au CHU d'Orléans.

Objectif n°2 : Etendre le télé-AVC sur le territoire.

Le télé-AVC est en place sur le CHAM, aux heures ouvrables.

L'installation de l'IRM sur le CH de Gien permet de proposer l'intégration du CH de Gien dans le processus télé-AVC, selon les mêmes modalités que pour le CHAM. Il n'apparaît pas pertinent d'intégrer le CH de Pithiviers à ce stade.

Objectif n°3 : Homogénéiser les prises en charge.

Des protocoles de prise en charge de patients victimes d'AVC ont été travaillés entre les équipes médicales et paramédicales de neurologie et les services de médecine du CHU d'Orléans. Ils seront proposés aux services de médecine du CHAM, CH Gien et CH Pithiviers pour être intégrés à leurs pratiques.

De même des formations médicales et paramédicales continueront à être proposées aux services d'urgences et de médecine des établissements de santé du GHT par l'équipe de l'UNV du CHU d'Orléans. Il serait également souhaitable d'avoir des référents urgentistes ou médecins des services de médecine formés à l'AVC (DU neurovasculaire ou urgences neurologiques) dans les établissements du GHT accueillant des patients avec un AVC

Objectif n°4 : Développer la télé expertise AVC.

Mettre en place une activité de télé expertise pour donner des avis neurologiques pour les patients AVC, pris en charge dans les services de médecine, les SMR (suivi des protocoles mis en place après 24H, 48H...) du territoire. Cette activité serait faite en dehors de la permanence des soins.

Objectif n°5 : Fluidifier le parcours de soins.

La fluidité post UNV est aujourd'hui le fruit d'un travail de collaborations important avec les différents SMR du territoire (SMR Neurologique UGECAM Le Coteau, LADAPT, Les Buissonnets essentiellement) depuis de nombreuses années. Il n'y a pas de SMR Neurologique au CHU d'Orléans.

Le projet est de créer un SMR Neurologique de type PREPAN (unité de rééducation précoce post-aigue neurologie) pour répondre à la nécessité d'élaborer un parcours de réadaptation pour des patients complexes, en sortie de soins critiques, nécessitant des soins spécifiques impossibles à assurer dans l'environnement actuel des SMR du territoire. Cette unité a vocation à accueillir des patients cérébrolésés lourds essentiellement neurovasculaires mais également traumatisés crâniens, avec une durée de séjour <1 mois. Il s'agit d'un projet complémentaire et non concurrentiel à l'offre de soin existant sur le département.

Le CHU d'Orléans, qui dispose de toutes les expertises nécessaires, souhaite promouvoir ce projet en son sein. Un candidat MPR s'est positionné sur ce projet et sera disponible fin 2025-début 2026.

Cette structure spécialisée sera une étape à la création d'un service autonome MPR, construit en collaboration avec les services de médecine intensive de réanimation, réanimation chirurgicale du CHU d'Orléans et les SMR neurologiques du territoire avec qui des coopérations existent déjà (Le Coteau, les Buissonnets, l'ADAPT sur le territoire). Une autorisation de SMR neurologique est prévue dans le PRS3.

Les intérêts de cette structure sont multiples :

- Fluidification du parcours de soin
- SMR spécialisé de recours pour le territoire et les départements limitrophes
- Attirer des médecins rééducateurs pour développer la neuro rééducation
- Axe de recherche clinique

L'équipe mobile hors les murs en Médecine Physique et de Réadaptation (EMMPR 45), en place sur le territoire, devra être confortée dans son positionnement au sein du GHT, hors CHU. Portée par l'ADAPT en collaboration étroite avec le service de neurologie du CHU d'Orléans, cette initiative a pour objectif de proposer un relai et une coopération entre l'hôpital, le médico-social et les acteurs de ville pour favoriser le maintien ou le retour à domicile d'une personne en situation de handicap neurologique, AVC essentiellement.

7.2 L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

7.2.1 LE CONTEXTE

En France, la prévalence est estimée entre 2 à 3% avec cependant une répartition géographique hétérogène. La région Centre-Val de Loire compte parmi les régions avec la plus forte prévalence, avec cependant des différences selon les territoires, auquel le Loiret n'échappe pas.

7.2.2 L'ETAT DES LIEUX

7.2.2.1 La démographie médicale

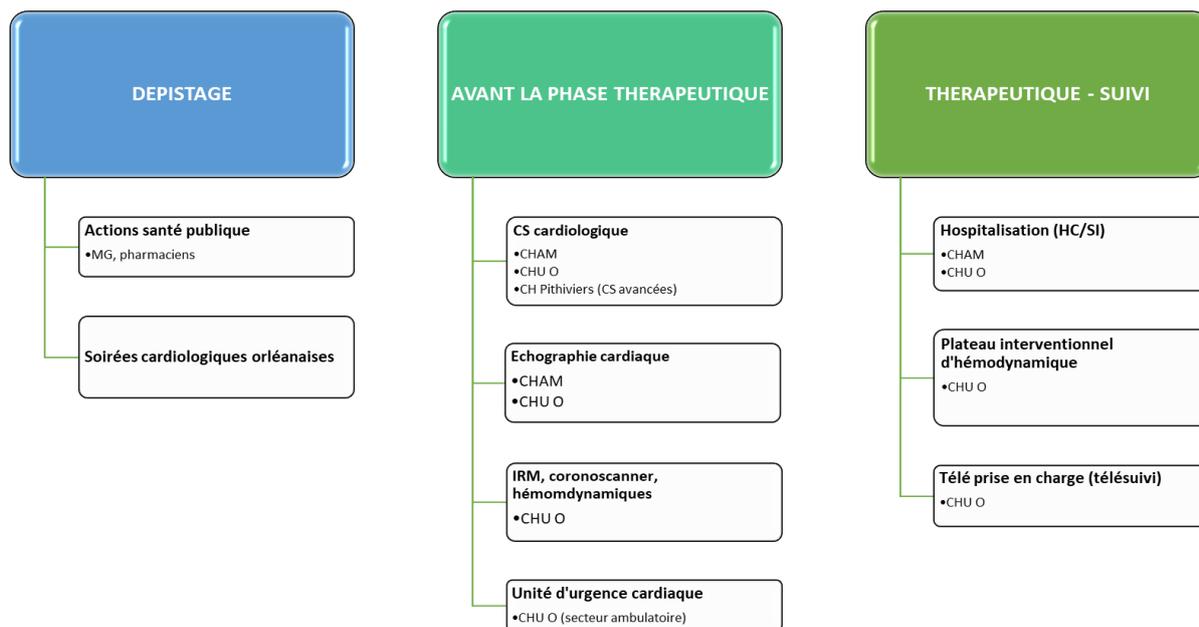
Situation des effectifs **cardiologues** à début 2025

CHU Orléans	12.7 ETP (dont 10.7 ETP PH / 1 ETP Chef de clinique / 1 ETP Praticien associé)
CH Gien	0 ETP PH (depuis juillet 2024)
CHAM	8 ETP (dont 1 ETP praticien contractuel / 1 ETP praticien en cours d'inscription à l'ordre / 1 praticien associé / 5 ETP stagiaires associés)

7.2.2.2 Les forces / les faiblesses

Les forces	Les faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Soirées cardiologiques sur le CHU O- Offres cardiologiques sur le territoire :<ul style="list-style-type: none">CHU O (hospitalisation HC et SI, plateau de CS très complet, plateau technique interventionnel)CHAM (hospitalisation,USIC, CS)CHP : CS avancée (cardiologue du CHU O)- Plateau d'imagerie (IRM, Coro scanner, écho d'effort, scintigraphie d'effort)- Téléprise en charge sur le CHU O (télésuivi, télécardiologie)- IPA au CHU O pour suivi des patients et aval des patients IC- Numéro unique pour avis cardiologique CHUO pour médecins de ville- Unité urgences cardiaques au CHU O	<ul style="list-style-type: none">- Démographie médicale des cardiologues dans les établissements du GHT, en particulier sur le CHAM- Maillage insuffisant sur le giennois et le pithiverais- Soins primaires (médecine de ville) et prévention (éducation thérapeutique) : liens hôpital/ville à renforcer

7.2.2.3 Le parcours



En règle, le diagnostic et l'évaluation initiale de l'insuffisance cardiaque sont réalisés par le médecin généraliste. Le service de cardiologie du CHU O a mis en place un numéro de téléphone unique pour avis cardiologique.

Des consultations de cardiologie sont possibles sur l'ensemble des établissements du GHT hormis Gien. Des consultations avancées par les cardiologues du CHU O ont lieu sur le CH de Pithiviers chaque semaine.

Les examens diagnostiques complémentaires sont réalisables sur le CHU O, qui dispose d'un plateau de consultation et hémodynamique complet. L'imagerie cardiaque repose sur la mise en œuvre d'IRM cardiaque, Coro scanner, échocardiographies (stress) et scintigraphie myocardique.

Le CHU O a ouvert en 2023 une unité d'urgence cardiaque, unité diagnostique où les patients sont orientés par les urgences, suivis ou non d'une hospitalisation.

Sur le CHU O, la télésurveillance des patients insuffisants cardiaques est en place (matériels connectés), suivi par une Infirmière en Pratique Avancée (IPA).

La télé cardiologie est en place depuis 2020 sur le CHU O avec des IDE expertes présentes du lundi au vendredi, pour le suivi des patients porteurs de prothèses rythmiques.

Une collaboration étroite entre les cardiologues et les services d'urgence du GHT permet l'admission et la prise en soin rapide des patients cardiaques se présentant aux CH de Pithiviers, CHAM et CH de Gien.

7.2.3 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital autour du médecin traitant.

Le lien hôpital / ville (médecin traitant, cardiologue) est primordial. Les principaux enjeux sont d'améliorer les délais de première consultation du cardiologue et diminuer le nombre de ré hospitalisations pour décompensation cardiaque.

Mettre en place des téléconsultations afin de faciliter les consultations et les avis des médecins de ville, des hôpitaux périphériques, des SMR

Organiser des soirées thématiques CPTS/hôpital.

Objectif n°2 : Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux.

Améliorer l'attractivité des ressources médicales sur le territoire.

Mutualiser les ressources médicales avec la mise en place de temps partagés sur le territoire (PADHUEs).

Formaliser et déployer les outils nécessaires au partage d'expérience médicale : staffs communs, formations communes.

La FMIH entre le CHU O et le CHAM devrait permettre de stabiliser l'équipe cardiologique sur le CHAM et favoriser le recrutement de praticiens, par la consolidation des compétences (formation, staff, expertise en présentiel).

Objectif n°3 : Maintenir une offre de proximité

Développer les consultations avancées sur le CH de Pithiviers et la réalisation de holters ECG sur place, pour éviter les flux vers le CHU O.

Mettre en place une offre de consultation sur Gien.

Travailler avec les SMR du territoire pour développer des projets de réadaptation pour une prise en charge efficiente des patients et une fluidification des parcours, et en partenariat avec les HAD pour les patients à domicile.

Objectif n°4 : Intégrer de nouveaux métiers aux organisations.

- Développer la coopération avec les IPA (hospitalière et de ville).
- L'installation d'IPA dans les hôpitaux périphériques sans service de cardiologie, supervisés par le service de cardiologie du CHU, présente plusieurs avantages pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque :
 1. **Amélioration de l'accès aux soins** : Les IPA peuvent offrir des consultations avancées et un suivi régulier des patients atteints d'insuffisance cardiaque, réduisant ainsi la nécessité pour les patients de se déplacer vers le CHU.
 2. **Détection précoce et prévention** : Grâce à leur formation spécialisée, les IPA peuvent détecter précocement les signes de décompensation cardiaque et intervenir rapidement pour prévenir les hospitalisations.
 3. **Continuité des soins** : Les IPA assurent une continuité des soins en collaborant étroitement avec les cardiologues du CHU et les médecins généralistes, ce qui permet une prise en charge globale et coordonnée des patients.
 4. **Désengorgement des services d'urgence** : En prenant en charge les urgences mineures et en gérant les maladies chroniques stables, les IPA contribuent à réduire la pression sur les services d'urgence.
 5. **Éducation thérapeutique** : Les IPA jouent un rôle clé dans l'éducation des patients et de leurs familles sur la gestion de l'insuffisance cardiaque, ce qui améliore l'observance des traitements et la qualité de vie des patients.
 6. **Rentabilité** : L'intégration des IPA permet de réaliser des économies pour le système de santé en réduisant les hospitalisations évitables et les complications liées à une prise en charge tardive.
- Renforcement de l'activité de prévention au travers des primo-consultations qui identifient les facteurs de risques cardio-vasculaires (bilan lipidique, anémie...).

Objectif n°5 : Coordination des soins

Assurer une coordination étroite entre le CHU et les autres établissements du GHT pour garantir une prise en charge continue et cohérente des patients. Utiliser des outils de télémédecine pour faciliter les consultations à distance et le suivi des patients.

Objectif n°6 : Formation et sensibilisation

Former les professionnels de santé des établissements périphériques à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Organiser des sessions de sensibilisation pour améliorer la détection précoce et la gestion des cas.

7.3 LES MALADIES CORONNARIENNES

7.3.1 LE CONTEXTE

L'incidence des maladies cardio-vasculaires est très supérieure aux taux observés sur la totalité du territoire régional (+4.6%) et national (+4.7%). Il est constaté une mortalité sur le territoire du Loiret proche des références régionales et nationales.

18% de la population du Loiret est pris en charge au sein des établissements publics du GHT 45, plus de 30% en secteur privé du 45. 4,5% des patients vont en dehors du Loiret mais restent dans la région CVL. 13,4% fuient hors région, dont 11% vers l'Île de France.

7.3.2 L'ETAT DES LIEUX

7.3.2.1 La démographie médicale

Situation des effectifs **cardiologues** à début 2025

CHU Orléans	13.3 ETP (dont 9.3 ETP PH / 1 ETP Praticien associé / 3 ETP stagiaire associé)
CH Gien	0 ETP PH (depuis juillet 2024)
CHAM	8 ETP (dont 1 ETP praticien contractuel / 1 ETP praticien en cours d'inscription à l'ordre / 1 praticien associé / 5 ETP stagiaires associés)

7.3.2.2 Les forces / les faiblesses

Les forces	Les faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Un plateau hémodynamique performant sur le CHUO- Une unité d'urgence cardiologique en place sur le CHU O- IPA pour suivi des patients pris en charge sur le CHUO- Projet de chirurgie cardiaque sur le CHUO	<ul style="list-style-type: none">- Secteur concurrentiel (public/privé)- Démographie médicale dans les établissements du GHT- Aval

7.3.2.3 Le parcours

La stratégie nationale de santé 2018-2022 et le plan national de santé publique « Priorité prévention » donnent le cadre de la prévention des maladies cardio-vasculaires.

La médecine de ville joue un rôle primordial dans le repérage et la réduction du risque cardiovasculaire des personnes à risque dans les soins de premiers recours.

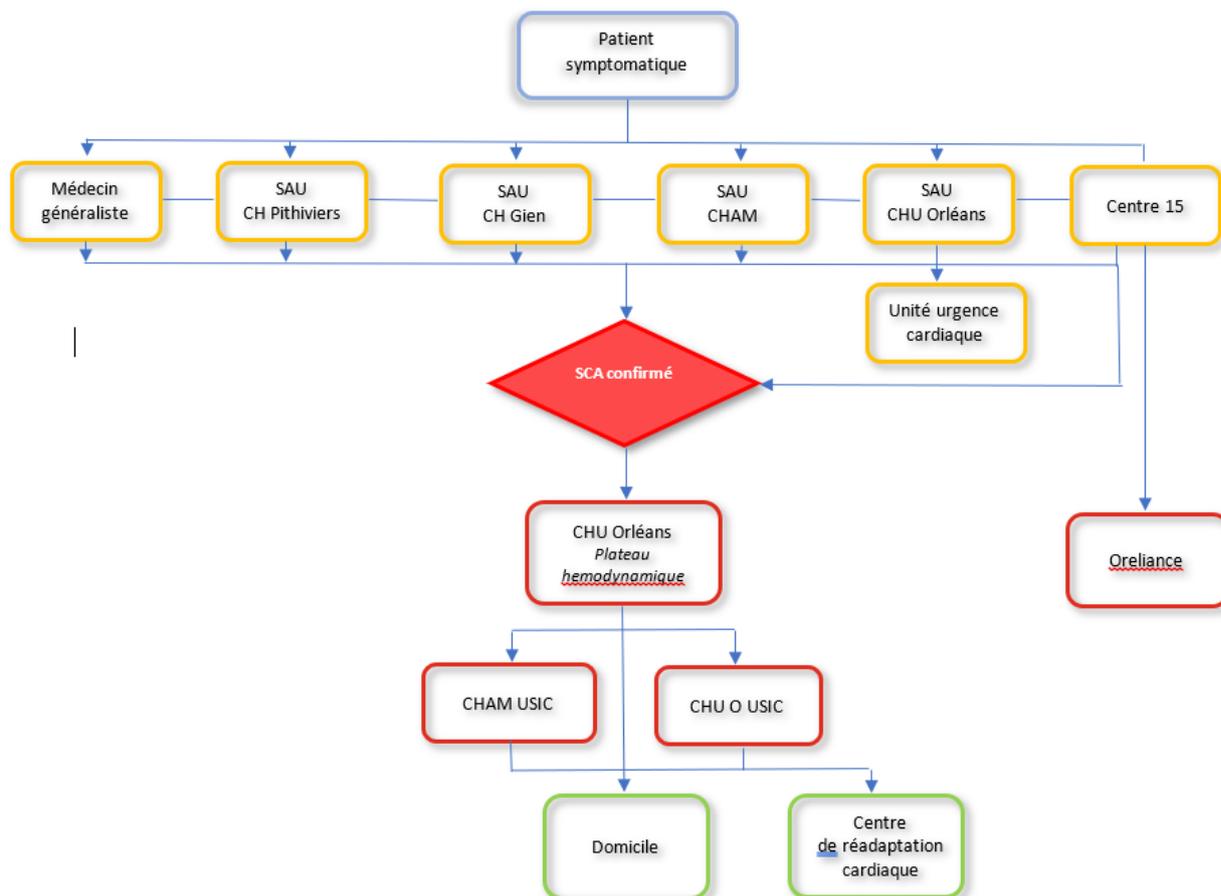
Le recours aux soins d'urgences se fait via les urgences ou à partir du Centre 15.

Si le syndrome coronarien aigu (SCA) est confirmé, le patient est transféré par le SMUR 45 vers le plateau d'hémodynamique de cardiologie du CHU d'Orléans. Un tiers des patients sont orientés directement vers Oréliance).

Puis, ré adressage au CHAM en USIC pour le suivi post-aigu, ou poursuite en hospitalisation en USIC du CHU O.

L'aval de la cardiologie est le centre de réadaptation cardiaque (IMDS, Oréliance pour les principaux sur le territoire).

Au regard de la démographie médicale, la problématique de l'accès aux soins de premiers recours se pose de manière aiguë sur le territoire, et de facto l'aval reste compliqué.



7.3.3 LES OBJECTIFS

Objectif n° 1 : Développer et renforcer le rayonnement de la cardiologie interventionnelle coronaire et structurale dans un environnement hautement concurrentiel privé/public

Le CHU d'Orléans détient un plateau d'hémodynamique performant. Actuellement, un rythmologue est en poste. Afin de répondre à la demande du territoire, un renforcement rythmologue est nécessaire. Des activités en rythmologie sont réalisées, avec indication au bloc opératoire. Le projet d'implantation de la chirurgie cardiaque sur le CHU d'Orléans permettra de développer de nouvelles activités.

Objectif n° 2 : Faire bénéficier aux patients du territoire de toutes les options thérapeutiques

Les deux sites de cardiologie sur le territoire sont complémentaires. Il est indispensable de maintenir une offre de soins et les compétences sur Montargis, de manière à limiter la fuite des patients hors territoire. Cela passe par le partage de protocoles, de formation in situ, de staffs avec discussion des dossiers complexes.

Objectif n° 3 : Améliorer la collaboration avec les médecins de ville

Pour favoriser la proximité des soins pour les patients afin qu'ils puissent réaliser des explorations invasives (ECG, échographie cardiaque, holter-ECG) par le biais de formation/information, webconférences.

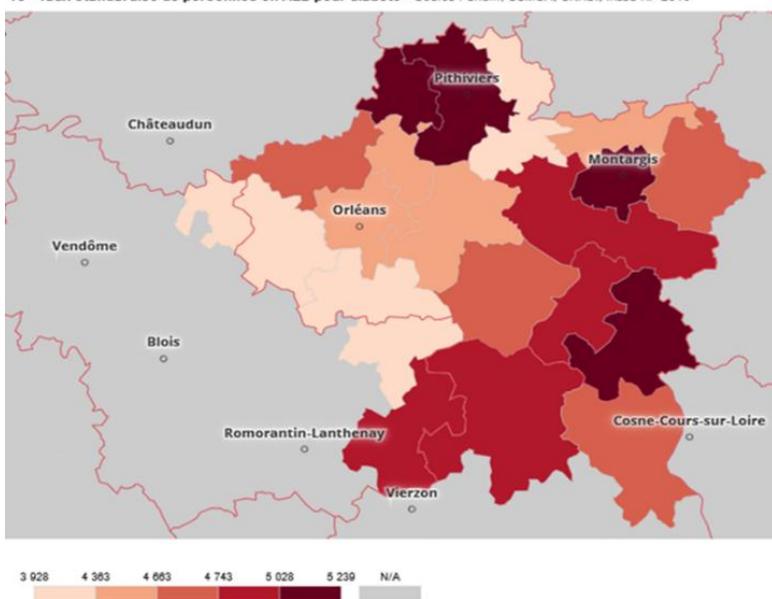
8.1 DIABETE ADULTES & ENFANTS

8.1.1 LE CONTEXTE

L'incidence estimée du diabète dans le Loiret apparaît très supérieure aux moyennes régionale et nationale. Les diabétologues rapportent depuis quelques années une augmentation rapide et inexpliquée des diabètes de novo dans la petite enfance. Le taux d'incidence du diabète pédiatrique est de 4 à 6% par an. Le taux d'ALD pour diabète est plus important sur le Loiret que la moyenne nationale (+2%), combiné à un des plus faibles taux en densité médicale (66.9/100 000 hab). L'offre de soins est fragilisée par le manque d'effectifs médicaux spécialisés sur le territoire avec un impact direct sur les délais d'accès aux soins.

Taux standardisé	Nouvelles admissions en ALD (2017-2019)
Loiret	415,3
Région Centre Val de Loire	391,1
France hexagonale	379,9

18 - Taux standardisé de personnes en ALD pour diabète - Source : Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP 2016



8.1.2 L'ETAT DES LIEUX

8.1.2.1 La démographie médicale

Situation des effectifs **endocrinologues** à début 2025

CHU Orléans	6.45 ETP (dont 4.75 ETP PH / 0.5 ETP assistant / 1 ETP praticien associé / 0,2 ETP praticien attaché)
CH Gien	0.05 ETP PH (mise à disposition par le CHAM)
CHAM	5.3 ETP (dont 3.3 ETP PH / 1 Praticien associé / 1 ETP stagiaire associé)

CHU Orléans	13.4(dont 11.4 ETP PH / 1 ETP assistant / 1 ETP praticien associé)
CH Gien	1 ETP (dont 1 ETP PH / 0.5 ETP praticien contractuel)
CHAM	8 ETP (dont 3 ETP PH / 1 ETP praticien associé / 1 ETP stagiaire associé / 3 ETP praticien contractuel)

8.1.2.2 Les forces / les faiblesses

Les forces	Les faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Expertise en diabétologie au CHU d'Orléans et au CHAM Montargis - Développement de la télé expertise et de la téléconsultation - IPA spécialisés en diabétologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit d'endocrinologues et de diabétologues pédiatriques à Montargis et Gien - Suivi pédiatrique centralisé à Orléans, surchargé - Délais d'attente trop longs en consultation spécialisée

8.1.2.3 Le parcours

Il existe deux services référents en diabétologie-endocrinologie adultes, Orléans et Montargis, et 3 services de diabétologie pédiatrique à Gien, Montargis et Orléans, ayant les compétences nécessaires pour mettre en place des traitements par pompe à insuline externe, et notamment pour les services de diabétologie-endocrinologie adulte, la mise en place de la boucle semi fermée hybride.

La prise en charge diabéto-pédiatrique reste déficitaire sur Montargis et Gien, la file active est reportée sur Orléans. Le CHAM s'est engagé dans la structuration de la filière selon la méthodologie de la responsabilité populationnelle (FHF) pour l'Est du Loiret.

Le service de pédiatrie d'Orléans reste le référent du GHT en diabétologie pédiatrique.

Le GHT doit pouvoir ajuster son organisation d'offre de soins sur son territoire pour répondre aux besoins.

8.1.3 LES OBJECTIFS

POUR LA DIABETOLOGIE ADULTE :

Objectif n°1 : Structuration d'un parcours de soins en 3 niveaux

Niveau 1 : Médecin traitant

Développement de la télé expertise via la plateforme OMNIDOC, permettant aux généralistes d'avoir un avis endocrinologique rapide.

Déploiement de formations à destination des généralistes pour le suivi du diabète complexe (en lien avec l'URPS).

Niveau 2 : Recours à un spécialiste en ville

Encouragement à l'installation de diabétologues libéraux en périphérie d'Orléans, Montargis et Gien.

Développement des IPA en diabétologie pour prise en charge intermédiaire.

Niveau 3 : Prise en charge hospitalière

Création de créneaux spécifiques pour les urgences diabétologiques au CHU et au CHAM.

Mise en place d'une consultation avancée à Gien et à Sully-sur-Loire via un endocrinologue itinérant.

Accès à l'innovation thérapeutique : boucles semi-fermées hybrides et pompes à insuline pour les patients éligibles.

Objectif n°2 : Fluidifier l'accès aux soins

Création d'un parcours prioritaire pour les patients sans médecin traitant, avec accès direct aux IPA et aux consultations spécialisées.

Déploiement de consultations hospitalières avancées à Gien pour éviter le report massif vers Orléans.

Mise en place d'une cellule de coordination entre hôpital et médecine de ville pour limiter les passages inutiles aux urgences.

POUR LA DIABETOLOGIE PEDIATRIQUE :

Objectif n°3 : Sécuriser la prise en charge initiale du diabète de type 1

Hospitalisation obligatoire au CHU d'Orléans pour toute découverte de diabète chez l'enfant de moins de 15 ans.

Activation des pompes à insuline connectées dès la phase initiale.

Éducation thérapeutique systématique avec implication des parents.

Objectif n°4 : Développer une offre de proximité à Gien et Montargis

Consultations avancées de diabétologie pédiatrique avec médecins du CHU en mission à Gien et Montargis.

Formation des pédiatres locaux aux dernières avancées (immersion au CHU d'Orléans).

Téléconsultations pédiatriques avec accès direct aux familles.

Objectif n°5 : Structurer la transition vers la diabétologie adulte

Création d'une consultation spécifique pour les 15-18 ans afin d'accompagner le passage en diabétologie adulte.

Sensibilisation des patients et des familles à l'importance du suivi à long terme.

Objectif n°6 : Création d'un Centre de Ressources et de Compétences du Diabète Pédiatrique (CRCDP) au CHU d'Orléans

Équipe dédiée : 1 ETP médical, 1 ETP IDE, 1 ETP diététicien, temps psychologue et secrétariat médical, avec missions de soins, formation des professionnels et recherche clinique.

Partenariat avec les pédiatres libéraux pour une prise en charge plus fluide.

Objectif n°7 : Déploiement des IPA sur le territoire

IPA spécialisés en diabétologie adultes et pédiatrique basés au CHAM et au CHU d'Orléans.

Missions des IPA :

- Suivi des patients sans médecin traitant.
- Prise en charge des patients sous insuline en ville pour limiter les hospitalisations.
- Intervention en EHPAD pour améliorer le suivi des résidents diabétiques.

UN RENFORCEMENT HUMAIN STRATEGIQUE POUR UN PROGRAMME PERENNE

Compte tenu des contraintes ci-dessus décrites et des perspectives, il nous semble important de chiffrer la mutation vers la santé de demain.

L'évaluation des besoins en ETP est en fonction du temps moyen consacré par chaque professionnel à chaque tâche.

Ces estimations sont ajustées selon la file active de patients diabétiques et la charge de travail induite par les nouvelles pratiques de télésanté.

Sont prises en compte également la nécessité de formation et d'adaptation des équipes.

Téléexpertise et téléconsultation (adulte et pédiatrique)		
Poste	Missions	Besoin estimé (ETP)
Endocrinologues adultes (CHU Orléans, CHAM Montargis, CH Gien)	Télé expertise pour les généralistes et pédiatres, téléconsultations pour patients complexes	+1 ETP (réparti sur CHU Orléans et CHAM)

Diabétologues pédiatriques (CHU Orléans, CH Gien, CHAM Montargis)	Télé expertise pour pédiatres, téléconsultations enfants/adolescents	+0,5 ETP (CHU Orléans)
Endocrinologues adultes (CHU Orléans, CHAM Montargis, CH Gien)	Télé expertise pour les généralistes et pédiatres, téléconsultations pour patients complexes	+1 ETP (réparti sur CHU Orléans et CHAM)
Diabétologues pédiatriques (CHU Orléans, CH Gien, CHAM Montargis)	Télé expertise pour pédiatres, téléconsultations enfants/adolescents	+0,5 ETP (CHU Orléans)
IPA spécialisé en diabétologie	Téléconsultations et suivi patients sans médecin traitant	+1 ETP
Secrétariat médical	Gestion des rendez-vous téléconsultations et plateformes OMNIDOC	+0,5 ETP
IDE spécialisé en diabétologie	Assistance lors des téléconsultations complexes, coordination avec les équipes de ville	+0,5 ETP
Sous-total : +3,5 ETP		

Télesurveillance du diabète		
Poste	Missions	Besoin estimé (ETP)
Diabétologues adultes et pédiatriques	Suivi des patients sous boucle semi-fermée et pompes à insuline connectées	+0,5 ETP
IPA spécialisé en diabétologie	Surveillance des alertes des patients à domicile, adaptation des traitements	+1 ETP
IDE spécialisé télesurveillance	Supervision quotidienne des capteurs et pompes, gestion des alertes	+1,5 ETP
Technicien biomédical spécialisé diabète	Support technique pour patients équipés de dispositifs connectés	+0,5 ETP
Sous-total : +3,5 ETP		

Education thérapeutique et accompagnement à distance		
Poste	Missions	Besoin estimé (ETP)
IDE en diabétologie	Animation d'ateliers en ligne et éducation thérapeutique à distance	+1 ETP
Diététicien spécialisé diabète	Téléconsultations diététiques et conseils personnalisés	+0,5 ETP
Psychologue	Soutien psychologique en visio pour patients diabétiques (enfants, adolescents et adultes)	+0,5 ETP
Coordinateur parcours patient	Gestion du suivi des patients dans le parcours télésanté, interface avec professionnels	+1 ETP
Secrétariat médical	Planification des sessions d'éducation thérapeutique et gestion des plateformes numériques	+0,5 ETP
Sous-total : +3,5 ETP		

Déploiement et maintenance des outils numériques		
Poste	Missions	Besoin estimé (ETP)
Ingénieur en santé numérique	Déploiement et optimisation des plateformes télésanté (téléconsultations, télesurveillance, appli mobile)	+1 ETP
Technicien support IT	Assistance aux professionnels et patients pour les outils numériques	+1 ETP
Formateur interne télésanté	Formation des soignants à la téléconsultation et aux outils de télesurveillance	+0,5 ETP

En synthèse, les besoins en ETP supplémentaires pour le GHT du Loiret

Domaine	Besoin en ETP
Télé expertise et téléconsultation	+3,5 ETP
Télesurveillance	+3,5 ETP
Éducation thérapeutique et accompagnement	+3,5 ETP
Déploiement et maintenance des outils numériques	+2,5 ETP
Total estimé	+13 ETP

Ce programme de télésanté nécessite un investissement humain significatif pour garantir son efficacité et sa pérennité.

L'estimation de +13 ETP reste une base minimale pour assurer un fonctionnement optimal du programme.

Une montée en charge progressive est envisageable, avec un premier déploiement de +6 à 7 ETP dès la première année, en priorisant :

1. Les endocrinologues et IPA pour structurer la téléconsultation et la télé expertise.
2. Les IDE spécialisés en télesurveillance pour la gestion des patients sous pompe à insuline connectée.
3. L'ingénieur santé numérique et le technicien IT pour le déploiement des outils numériques.

8.2 OBESITE ADULTE & ENFANT

8.2.1 LE CONTEXTE

L'obésité est une maladie qui touche près de 17% de la population en Région Centre-Val de Loire. Près de 2 points de plus que la moyenne nationale, d'où l'installation entre Tours et Orléans de 2 centres du traitement de l'obésité.

8.2.2 L'ETAT DES LIEUX

8.2.2.1 La démographie médicale

Se référer aux effectifs endocrinologues et pédiatres supra

8.2.2.2 Les forces / Les faiblesses

Les forces	Les faiblesses
<p>Dans le département :</p> <ul style="list-style-type: none">■ 1 Programme de prévention par le DAC Appui Santé Loiret■ 2 Programmes d'éducation thérapeutique (ETP) « pluri pathologies » par le SMR Le Coteau et le DAC Appui Santé Loiret■ Ateliers « Fabrik' ta santé » par le DAC Appui Santé Loiret■ 2 Articles 51 (expérimentations sur 5 ans) portés et co-portés par le CSO et le CHU : GPSO et TOPASE■ Groupe d'harmonisation des pratiques diététiques■ Conventions entre le CSO et des partenaires de ville, le SMR Le Coteau <p>Au CHU Orléans :</p> <ul style="list-style-type: none">■ CSO■ Consultations de suivi par les pédiatres■ Consultations de suivi par les endocrinologues aux patients de recours 3■ Chirurgie bariatrique (chirurgie robotique)■ Consultations de suivi post-chirurgie bariatrique par IDE dans le cadre d'un protocole de délégation d'actes des endocrinologues <p>Au CHAM :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Consultations de suivi par les endocrinologues	<p><i>35% de fuites de prise en charge vers l'Île de France</i></p> <p>Dans le département :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Pas de SMR spécialisé nutrition■ Articles 51 GPSO et TOPASE difficiles à déployer■ Plusieurs programmes ETP supprimés■ Pas d'association de patients (associations précédentes dissoutes) <p>Au CHU Orléans :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Programmes ETP « Equilibre » et pédiatrique supprimés■ Pas de prise en charge médicale des nouveaux patients de recours 2, par manque de médecins■ Limitation des inclusions dans le protocole post-chirurgie aux patients suivis par un endocrinologue du CHU■ Pas de suivi psychologique pré et post-chirurgie bariatrique■ Absence des endocrinologues et diététiciens de ville à la RCP pré-chirurgie (comptes-rendus)■ Manque de temps de psychologue, enseignant en activités physiques adaptées et diététicien dans les prises en charge pédiatrique et bariatrique adulte <p>Au CHAM :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Pas de prise en charge chirurgicale

8.2.2.3 Le parcours

1^{er} recours :

En ville (en libéral, en maison de santé, etc.)
En service hospitalier de pédiatrie :

- Au CHRO :
 - > Aux enfants et leurs familles
Consultations de suivi par un pédiatre et un gastro-pédiatre du service de pédiatrie
- Suivi médical généraliste ou pédiatrique :
Médecins généralistes
- Accompagnement diététique :
Diététiciens. Groupe d'harmonisation des pratiques diététiques.
- Accompagnement psychologique :
Psychologues
- Activité physique adaptée :
6 Maisons sport santé
Associations
Coachs privés
- Programme de prévention :
DAC Appui Santé Loiret
- 2 Programmes d'éducation thérapeutique (ETP) :
Programme Santé Forme HDJ SMR Le Coteau
Programme Polypathologie DAC Appui Santé Loiret
Programmes ETP supprimés dont « Equilibre » et « Obésité pédiatrique » au CHRO, HDJ SMR Oréliance
- Actions d'accompagnement :
« Fabrik' ta santé » par Appui Santé Loiret. Réduction des ateliers en attente de financements
- 2 Articles 51 (expérimentations sur 5 ans) portés et co-portés par le CSO et CHRO :
« GPSO » (Gestion du Parcours Santé Obésité) : Ateliers et consultations par une équipe pluriprofessionnelle à des adultes. Pas d'équipe dans le Loiret. En cours de déploiement (régions CVL, IDF, HDF).
« TOPASE » (Territoire Obésité Parcours Autonomie Ensemble) : Ateliers et consultations par une équipe pluriprofessionnelle à des enfants et leurs familles. 1 équipe dans le Loiret. En cours de déploiement (région CVL).
- Pas d'association de patients (associations précédentes dissolues)

2^e recours :

En centres hospitaliers, cliniques,
Services de soins médicaux et de
réadaptation (SMR)

- Pas de SMR spécialisé, adressage dans des départements voisins.
- Au CHRO :
 - Consultations de suivi par les endocrinologues du service adulte d'endocrinologie
 - > Aux anciens patients. Pas de nouvelle pec proposée aux patients de recours 2, par manque d'effectif et absence de nutritionniste (poste à pourvoir).
 - Consultations de suivi post-chirurgie bariatrique par une IDE dans le cadre d'un protocole de délégation d'actes des endocrinologues du CHRO
 - > Aux patients suivis par un endocrinologue du CHRO uniquement
 - Education thérapeutique (ETP) :
 - Programme ETP obésité pédiatrique supprimé.
 - Programme ETP « Equilibre » supprimé en juin 2023
 - Chirurgie bariatrique :
 - > Aux patients éligibles (critères médicaux), après échec des thérapies et traitements :
 1. Si adressage par le médecin extérieur au CHRO : suivi par le chirurgien du CHRO, bilan pré-opératoire par psychiatre du CHRO, et suivi pré et post-chirurgie par endocrinologue et diététicien de ville. Pas de suivi pré et post-chirurgie psychologique. RCP pluridisciplinaire (minimum 6 mois après la 1^{ère} consultation). Absence des endocrinologues et diététiciens de ville à la RCP (leur avis est transmis par compte-rendu). Si accord : Intervention chirurgicale. Suivi par chirurgien du CHRO et par endocrinologue en ville.
 2. Si adressage par endocrinologue du CHRO : suivi par le chirurgien, endocrinologue, diététicien du CHRO, bilan pré-opératoire en HDJ endocrinologie, bilan pré-opératoire par psychiatre du CHRO. Pas de suivi pré et post-chirurgie psychologique. RCP pluridisciplinaire (minimum 6 mois après la 1^{ère} consultation). Si accord : Intervention chirurgicale. Suivi post-chirurgical par chirurgien, endocrinologue et tous les 3 mois par IDE de coopération (3/6/9). Après 6 ans de suivi au sein du CHRO, si l'état de santé s'améliore (comorbidités et poids), le médecin traitant assure le suivi.
- Au CHAM :
 - > Aux patients de Montargis, Gien, Pithiviers
 - Consultations de suivi par endocrinologue
 - Pas de pec chirurgicale. En cours de développement. Groupe de travail CHRO / CHAM.

3^e recours :

En centre hospitalier porteur du Centre
Spécialisé de l'Obésité (CSO)
En SMR spécialisés

- Pas de SMR spécialisé, adressage dans des départements voisins.
- Au CHRO, porteur du CSO d'Orléans :
 - > Aux patients du territoire du CSO (départements 45-28-36) répondant aux critères HAS 3^e recours
 - Consultations en endocrinologie (2 à 4 nouveaux patients / semaine, délai de 3 à 4 mois).

▪ La prise en charge médicale de l'obésité adulte

Sur le CHU d'Orléans, les consultations d'endocrinologie sont accessibles aux patients du département, en situation d'obésité massive. Seul un praticien prend en charge entre les nouveaux patients, avec un délai de 3 à 4 mois. Les critères d'admission sont restreints (IMC > 50, comorbidités) par manque de médecins nutritionnistes et endocrinologues au CHU.

Sur le CHAM de Montargis, en 2023 l'offre de soins obésité est médicale, non chirurgicale.

Sur les CH de Gien et Pithiviers ; l'offre médicale est assurée par un médecin endocrinologue du CHAM.

▪ La prise en charge bariatrique de l'obésité adulte

Les patients en projet de chirurgie bariatrique sont adressés par leur médecin généraliste ou spécialiste (endocrinologue, nutritionniste) aux chirurgiens du CHU d'Orléans pour une première consultation. Si ces patients n'ont pas de suivi médicalisé spécialisé, les chirurgiens les orientent vers un médecin spécialiste (endocrinologue, nutritionniste).

Si le patient est suivi par un endocrinologue du CHU d'Orléans, son parcours se décline ainsi :

- Bilan pré-chirurgie en HDJ ;
- Consultations diététicien, psychiatre, médecin spécialiste ;
- RCP dans un délai minimum de 6 mois après le premier rendez-vous ;
- Prise en charge chirurgicale ;
- Bilan post-chirurgie bariatrique en HDJ ;
- Puis, un suivi tous les 3 mois par une IDE de coopération et une consultation médicale une fois par an ;
- Au-delà de 6 années, si pas de problème, le médecin traitant assure le suivi.

Si le patient n'est pas suivi par un endocrinologue du CHU, son parcours se fait en ville, auprès de diététiciens et médecins spécialistes libéraux. Le patient bénéficie d'un bilan psychologique pré-chirurgie par un médecin psychiatre du CHU d'Orléans.

▪ La prise en charge médicale de l'obésité de l'enfant

Les pédiatres et gastro-pédiatres du CHU d'Orléans accueillent des enfants en consultations de suivi et quelques nouveaux patients (6 mois d'attente).

Les pédiatres sont peu nombreux sur le département.

Le projet TOPASE (prise en charge pluridisciplinaire de l'excès pondéral) est en cours de déploiement avec une prise en charge en 2023 de 7 patients.

Malgré la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents, l'offre de soins est insuffisante.

Une fédération médicale inter hospitalière de chirurgie digestive entre le CHU d'Orléans et le CHAM de Montargis est établie. Elle sera axée en particulier sur la chirurgie bariatrique adulte. Un chirurgien du CHU d'Orléans effectue des consultations avancées sur le CHAM.

8.2.3 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Poursuivre le développement des projets articles 51 :

« GPSO » en développement régulier depuis 2021 sur trois régions. Des présentations sont planifiées à des congrès médicaux européens.

« TOPASE » a pris du retard. La validation du nouveau cahier des charges et le recrutement de deux nouvelles professionnelles sur le CHU d'Orléans (0,4 ETP cheffe de projet et 0,6 ETP chargée de missions) permettront un renouveau du programme sur la région Centre-Val de Loire. Au préalable, l'équipe s'attellera à la mise à jour des documents et outils pour accompagner au mieux les équipes de soignants.

Objectif n°2 : Participer à des actions de prévention :

Refus appel à projets national 2023 du Ministère de la Santé et de la prévention « Fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS) », auquel le CSO avait postulé ;

Soutien du CSO à Profession Sport Loisirs pour une action dans les collèges ;

Projet d'équipes spécialisées obésité pédiatrique (ESOP) en région, avec le CSO de Tours et l'ARS.

Objectif n°3 : Renforcer l'offre de soins en obésité infantile.

L'arrivée d'un médecin HU permettrait de renforcer la prise en charge des enfants et adolescents obèses par :

- Déploiement d'une consultation spécialisée d'obésité pédiatrique au CSO
- Augmentation du nombre de patients pris en charge par TOPASE grâce à un renforcement RH (diététicien, psychologue, éducateur APA)
- Création d'un circuit court de prise en charge pédiatrique multidisciplinaire
- Intégration de téléconsultations pédiatriques pour améliorer l'accès aux soins en périphérie

Estimation des besoins humains pour l'obésité infantile

Profession	Missions	Besoin en ETP supplémentaires
Pédiatre spécialisé en obésité	Consultation et suivi des enfants obèses	+1 ETP
Diététicien pédiatrique	Évaluation et suivi diététique	+0.5 ETP
Psychologue pédiatrique	Suivi psychologique des enfants obèses	+0.5 ETP
Éducateur APA (activité physique adaptée)	Mise en place de programmes d'activité physique	+0.5 ETP

Objectif n°4 : Conforter le CHU comme centre de recours en chirurgie bariatrique

Actuellement, la chirurgie bariatrique est un axe fort du CHU, mais les capacités d'accueil sont limitées et une partie des patients part se faire opérer ailleurs eu égard au :

- Délai moyen d'accès à la chirurgie : 6 mois minimum (problème de ressources médicales et paramédicales)
- Absence de suivi pré et post-opératoire structuré pour les patients suivis en ville
- Manque de psychologues et diététiciens dans le parcours post-chirurgie

Proposition de renforcement du pôle bariatrique :

- Augmentation des capacités opératoires en intégrant des consultations avancées à Montargis via la fédération médico-chirurgicale
- Autorisation de pratiquer la chirurgie bariatrique au CHAM via la FMIH de chirurgie digestive
- Création d'un circuit ville-hôpital structuré : tous les patients opérés bénéficient d'un suivi coordonné
- Déploiement d'un programme ETP pré et post-chirurgie
- Télésurveillance post-opératoire pour optimiser le suivi et désengorger les consultations

Besoins RH pour la chirurgie bariatrique

Profession	Missions	Besoin en ETP supplémentaires
Chirurgien bariatrique	Augmenter l'offre opératoire	+1 ETP
Psychologue spécialisé en obésité	Suivi pré et post-opératoire	+1 ETP
Diététicien bariatrique	Évaluation et suivi des patients opérés	+1 ETP
IPA spécialisée en chirurgie bariatrique	Suivi des patients opérés en télésurveillance	+1 ETP

Objectif n°5 : Déployer le projet « Diet A Dom » :

Un projet Ville-Hôpital porté par la Ligue contre l'Obésité, soutenu financièrement dans le Loiret par le Rotary Club de Pithiviers et mis en place par le CSO. « Diet A Dom » offre aux enfants et leurs familles un suivi diététique régulier à domicile, à la suite de leur prise en charge au CHU d'Orléans.

Objectif n°6 : Structurer le CSO sur le plan médical et administratif

Renforcement de l'équipe médicale et paramédicale (Création d'un staff médico-paramédical élargi (endocrinologues, diététiciens, psychologues, APA, IPA)

Création d'une unité multidisciplinaire dédiée

Développement d'un parcours structuré ville-hôpital

Structuration d'une filiale de télésurveillance post-chirurgie bariatrique

Formation et recherche clinique (pilotage de la recherche clinique et des essais thérapeutiques sur l'obésité)

9 LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE DE TERRITOIRE

9.1 LE CONTEXTE

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico technique est élaboré et suivi par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique de territoire. Composée de paramédicaux des CSIRMT des établissements du GHT, elle se réunit 3 fois par an minimum depuis la création du GHT et la convention constitutive.

La CMG de groupement est informée de l'avancée des projets de la CSIRMT. Ceux-ci découlent de la politique paramédicale de territoire.

Le projet de SIRMT est évalué annuellement, cette évaluation est communiquée aux instances du GHT.

9.2 LES OBJECTIFS

Objectif 1 : Contribuer à l'amélioration des parcours patients

- Poursuivre le projet « plaies chroniques » de territoire, réalisé en interinstitutionnel depuis plusieurs années
- Evaluer la procédure de GHT « soin sous contention » élaborée lors du précédent PSIRMT et coopérer avec la CMG de territoire
- Instaurer un travail partagé sur les chutes en inter établissements
- Participer aux projets d'optimisation des parcours patients et à la mise en œuvre des outils parcours (gestion des lits territoriale, transports patients en lien avec la Direction qualité et parcours)
- Concourir aux projets télé soins en partenariat avec le cadre pilote de territoire, invité permanent de la CSIRMT de territoire
- Instaurer une VDPPI de territoire dans le cadre du projet dossier patient de territoire, à l'instar de celle du CHU Orléans

Objectif 2 : Poursuivre le déploiement de projets managériaux partagés

- Continuer le copilotage du projet « qualité de l'encadrement en stage » notamment dans le contexte d'augmentation des quotas d'étudiants EIDE, en coopération avec les instituts de formation, en lien avec la région CVL.
- Dans ce contexte et avec les instituts, construire un projet de mentorat territorial
- Poursuivre le projet « parcours de professionnalisation » pour les paramédicaux (AS, IDE, CS, CSS, DS) en interinstitutionnel et le soutenir au niveau régional
- Dans ce contexte, proposer des formations partagées pour les cadres du territoire (formations communication, APP...) en profitant des talents des professionnels du territoire
- Participer à une formation « AVC » pour les paramédicaux dans le cadre du projet porté par la neurologie du CHU d'Orléans

Objectif 3 : Relever les défis et les innovations

- Aboutir le projet IPA de territoire et faire vivre le Copil IPA de territoire en mode « ville hôpital » dans une optique populationnelle, et poursuivre le travail avec l'ARS
- Travailler sur la pertinence de protocoles de coopération de territoire
- Mettre en œuvre la réingénierie de la formation IDE en partenariat avec les instituts de formation en lien avec la politique régionale
- Déployer la recherche paramédicale (recherche clinique et managériale) grâce notamment à la référente de la recherche paramédicale du CHU, invitée permanente de la CSIRMT de territoire

10.1 LE CONTEXTE

La santé mentale fait partie intégrante du champ médical et a de ce fait toute sa place dans ce PMSP.

La filière santé mentale s'est pleinement inscrite à la faveur du premier projet médical partagé de GHT en 2017, en préfiguration du PTSM.

Le projet est co-porté entre le CHAM et l'EPSM, les deux établissements autorisés en santé mentale du département, avec la collaboration des membres du GHT, des partenaires du secteur social, médico-social et des représentants des usagers. Une étroite collaboration existe entre l'EPSM et le CHAM. 60 % du PTSM a été réalisé de 2019 à 2022.

L'EPSM G. Daumézon est partie prenante depuis la création du GHT 45. Il s'agit d'un établissement de niveau départemental avec des prises en charge de proximité, de recours et de référence régionale. Il prend en charge une file active de 18 748 patients dont 3400 enfants, soit 7 secteurs de psychiatrie de l'adulte et deux intersecteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents. 93% de la file active est prise en charge en ambulatoire.

Son offre de soins est structurée de la manière suivante :

- **Un pôle de psychiatrie de l'adulte**

- Une filière de soins ambulatoires regroupant les 12 CMP/CATTP de l'adulte et 3 hôpitaux de jour ; Les CMP couvrent 7 secteurs sur les 8 du Loiret.

- Une filière d'urgence et de liaison regroupant le centre psychiatrique d'accueil et d'urgence (Prise en charge de tous les âges avec une mission d'évaluation téléphonique en appui de la régulation du SAMU, entretiens IDE téléphoniques et physiques, entretien médical, orientations et conseil aux partenaires, bed manager), un CAC de 8 lits, une équipe de psychiatrie de liaison sur le site du CHU avec dimension universitaire.

- Une filière d'hospitalisation de crise de 96 lits avec des unités désectorisées organisées en 2 unités d'hospitalisation aigue pour les patients en soins sans consentement, 2 unités d'hospitalisation aigue pour les patients en soins libres.

- Une filière de réinsertion de 44 lits avec 2 unités dédiées à la prise en charge des patients déficitaires, souffrant de handicap psychique et chronique, nécessitant un accompagnement dédié vers des projets d'aval (FAM, MAS, etc.), un dispositif d'appartements thérapeutiques.

- **Un pôle de soins spécifiques et intersectoriels pour adultes, dont les soins spécialisés interviennent en complémentarité des prises en charge du pôle de psychiatrie de l'adulte :**

- Une filière de réhabilitation psychosociale (remédiation cognitive, hôpital de jour, ateliers d'insertion, job coach) à vocation départementale et centre support régional en co-partenariat avec le CHU de Tours.

- Une filière de thérapies spécifiques (thérapie familiale, éducation thérapeutique, programme de psycho-éducation des aidants, Thérapies cognitives et comportementales, centre de psycho traumatisme départemental).

- Une équipe mobile psychiatrie précarité (agglomération orléanaise et Pithiverais).

- Une filière d'addictologie labellisée de niveau 2, prochainement universitarisée, avec consultations ambulatoires, dispositif d'intervention mobile en addictologie à domicile (patients en rupture de parcours avec troubles neurocognitifs) et en MSP (consultations d'appui), un hôpital de jour et une unité de sevrage complexe à temps complet

- Une filière de psychiatrie de la personne âgée organisée autour de deux CMP/CATTP et d'équipes mobiles intervenant à domicile et en institution (EHPAD, foyers).

- Un centre de jour pour patients adultes autistes.

- Un futur centre d'expertise transdisciplinaire à dimension universitaire : unité extrahospitalière centrée sur les troubles neurodéveloppementaux de l'adulte (repérage précoce du trouble schizophrénique, le TDAH, le trouble bipolaire, les premiers épisodes psychotiques). Ce projet global s'intégrera aux besoins de la ville, à l'interface également des disciplines de neurologie et psychiatrie, et organisera un continuum de prise en charge avec la filière universitaire des troubles neurodéveloppementaux de l'enfant.

- **Un pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire**
 - Un dispositif de soins ambulatoire (DSP 1) sur le Centre Pénitentiaire Orléans Saran
 - Un hôpital de jour régional (DSP 2)
 - Une unité d'hospitalisation de 40 lits – UHSA (DSP 3) interrégionale.
 - 3 appartements de transition post pénal en sortie d'incarcération.

- **Un pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents**
 - Une équipe mobile d'intervention et de crise pour enfants et adolescents intervenant à domicile ou en institution, en prévention de l'urgence et de l'hospitalisation, sur l'ensemble du Loiret.
 - 8 CMP/CATTP de prise en charge générale de l'enfant et de l'adolescent.
 - Un centre inter-CMP dédié à la prise en charge du psycho traumatisme, addiction aux écrans et éducation thérapeutique autour des troubles anxieux généralisés.
 - Une filière inter établissements (CHU, EPSM) sur les troubles du neurodéveloppement de l'enfant autour d'un Centre de diagnostic précoce de l'autisme et des troubles du neuro développement et 3 hôpitaux de jour sur l'EPSM et services d'expertise neuropédiatriques du CHU.
 - Une unité d'hospitalisation pour adolescents départementales de 12 lits
 - Un service d'accueils familiaux thérapeutiques.
 - Un hôpital de jour pour adolescents.

- **Un pôle d'appui médico technique PUI, EOH, équipe de médecine générale (médecins généralistes, psychomotriciens, diététicien).**

Le CHAM dispose de l'offre de soins suivante :

- Un secteur de prise en charge de l'adulte couvrant le Montargois avec une unité d'hospitalisation, un CMP/CATTP, hôpital de jour, une unité d'accueil psychothérapeutique (équipe de liaison et d'urgence), une ELSA (addictologie) Une équipe de réhabilitation psychosociale sera également prochainement installée.
- Un intersecteur de pédopsychiatrie couvrant le Montargois et le Giennois, avec 2 CMP/CATTP, un hôpital de jour sur le Montargois, un projet d'hôpital de jour sur le Giennois.

10.2 LES OBJECTIFS

10.2.1 OBJECTIFS ET ACTIONS, PROJETS REALISES OU ENGAGES :

Objectif 1 n°1 : Améliorer la formation des acteurs en santé mentale au repérage et à l'orientation

- Formation PSSM
- Formalisation d'un plan de sensibilisation de formation en santé mentale
- Organisation d'un dispositif de conseil et d'orientation pour le département (CPAU)

Objectif 1 n°2 : Faciliter l'accès et la continuité des soins des patients en développant l'intervention précoce à domicile

- Création d'une équipe mobile d'urgence (Non engagée)
- Création d'une équipe mobile d'intervention de crise en faveur des enfants et des adolescents (EMICEA)
- Création d'une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)
- Création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP)
- Création d'un dispositif d'intervention mobile en addictologie (DIMA)
- Création Commission situations complexes

Objectif 2 n°1 : Améliorer la réactivité et les délais d'accès aux soins et assurer un égal accès aux thérapies proposées sur l'ensemble des territoires

- Amélioration Accès aux soins en pédopsychiatrie
- Extension de l'unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents de l'EPSM (UHTCA)
- Développer la prise en charge du psycho-traumatisme
- Améliorer la prise en charge des enfants souffrant de troubles du neurodéveloppement (TND)

Objectif 2 n°2 : Développer les prises en charge ambulatoires en renforçant le rôle pivot des CMP et au travers d'une évaluation et d'une prise en charge globale

- CMP : définition des rôles dans la prise en charge somatique des usagers
- Développer l'articulation entre soins primaires et psychiatrie
- Création d'un centre régional de soins somatiques et douleur en santé mentale et autisme
- Création Centre d'accueil et de crise (CAC)

Objectif 3 n°1 : Développer les soins de réhabilitation psychosociale

- Développer les soins et la coordination des prises en charge de réhabilitation psycho-sociale afin de favoriser le rétablissement

Objectif 3 n°2 : Favoriser l'inclusion

- Développer l'insertion par le travail TECAP
- Développer un programme « un chez soi d'abord »
- Commission habitat-santé mentale au sein du comité local de santé mentale de l'agglomération orléanaise

Objectif 3 n°3 : Développer l'empowerment des personnes

- Soutenir la création et le développement des médiateurs de santé pairs
- Développement d'actions de psycho éducation à l'attention des familles et aidants

Les réalisations :

- Formation Premiers Secours en Santé Mentale (EPSM-Passerelle 45)
 - 152 personnes formées annuellement auprès de l'ensemble des partenaires.
- Equipe Mobile d'Intervention et de Crise pour Enfants et Adolescents (EPSM)
En 2022 : 444 patients pris en charge, 999 actes sur l'ensemble du département.
 - Déploiement d'un binôme supplémentaire IDE/psychologue depuis 2022.
 - 20 % des prises en charge sur le Montargois.
 - Intervention à domicile ou en institution, prévention du recours aux dispositifs d'urgence et d'hospitalisation.
- Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EPSM-AIDAPHI)
 - + 46% d'activité entre 2021 et 2022 : 113 patients pris en charge et 1 390 actes sur l'agglomération orléanaise.
 - Renfort de l'équipe en 2022 pour couverture du Pithiverais.
 - Accroissement de la file active EMPP de personnes ayant un parcours migratoire.
 - Projet de développement d'un temps de psychologue pour suivi et évaluation en structures d'hébergement d'urgence (agglomération Orléanaise)
- Equipe Mobile de psychiatrie de la personne âgée (EPSM)
 - En 2022 : 435 patients pris en charge et 3 006 actes
 - Intervention en EHPAD et à domicile.
 - Moyenne d'intervention entre 15 jours à 3 semaines avec une couverture des ¾ du département. (Pithiviers, Gien, Orléans, Beaugency, st Denis de l'Hôtel, Sully sur Loire).
- Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie (EPSM)
 - Intervention à domicile (patients souffrants de troubles cognitifs sévères liés à l'alcool, en rupture de parcours de soins) et en MSP (repérage et intervention conjointe avec la médecine de ville), activité de formation des acteurs libéraux.
 - Poursuite de la montée en charge de l'activité en 2022 : 448 patients pris en charge, 2 768 actes sur l'ensemble du département.
- Commission situation complexe dans le cas du CLSM
 - 4 commissions annuelles, organisation d'intervention pour les patients en rupture de parcours ou échec de prise en charge, souvent SDF.
- Accès au soin en pédopsychiatrie (EPSM- CHAM)

- Recrutement (en cours de finalisation) de psychologues et IDE sur les deux établissements.
 - Développement des prises en charge en HDJ sur le Montargois.
 - Projet de relocalisation du CMP enfants/adolescents de Gien (CHAM) avec création d'un HDJ sur le site du CMP adulte de Gien (EPSM), en face de la clinique du Pont de Gien.
- Centre d'Accueil et de Crise (EPSM)
 - Projet d'ouverture en 2025.
 - 8 lits pour des patients relevant d'une prise en charge courte, soins libres (72 heures en moyenne, indications adaptées au risque suicidaire par exemple) à vocation départementale.
 - Extension de l'unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents (EPSM)
 - Augmentation de la capacité d'accueil de l'UHTCA à 12 lits afin de mieux répondre aux besoins du département.
 - Réorganisation du parcours en HDJ des enfants.
 - Déploiement du projet ETAP, dispositif intersectoriel dédiés à la prise en charge du psychotraumatisme du jeune enfant en complémentarité de la CUMP, éducation thérapeutique (troubles anxieux généralisés) et mésusage/addictions aux écrans (jeunes à partir du collège).
 - Développer la prise en charge du psychotraumatisme (EPSM-CUMP du CHUO- Centre régional du CHU de Tours)
 - 132 patients pris en charge, 1 002 actes en 2022
 - Articulation avec le Centre Régional du Pr Wissem EL HAGE (CHU Tours) et la CUMP (CHUO)
 - Amélioration de la prise en charge des enfants souffrant de troubles du Neurodéveloppement (PCO, EPSM, CRA du CHU de Tours)
 - CDAA-45 (pour les moins de 6 ans), en lien avec le CRA de Tours, et en réseau avec le CMP et les HDJ du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent de l'EPSM-45.
 - Convention Plateforme de Coordination et d'Orientation pour les 7-12 ans pour les troubles du neurodéveloppement (AIDAPHI)
 - Développer les soins et la coordination des prises en charge en réhabilitation psychosociale afin de favoriser le rétablissement (EPSM Daumézon /CHU de Tours/EPSM de Bourges, Bonneval, Dreux, Chartre, Montargis)
 - Ouverture mi-avril 2022 du PRISM 45.
 - En 2022 : 214 patients pris en charge sur la filière de réhabilitation psychosociale, 2 830 actes en ambulatoire (hors activité IPS).
 - Accompagnement des établissements via le centre support régional adossé à l'EPSM (EPSM Bourges, Dreux, Chartres, Montargis, Bonneval) . L'EPSM est centre régional en co-portage avec le CHU de Tours.
 - Développer l'insertion par le travail (Institut des Cents Arpents/Passerelle 45/EPSM)
 - Dispositif ouvert depuis janvier 2021, dans le cadre de la plateforme de service de l'Institut des Cent Arpents
 - Accès au dispositif TECAP sur demande auprès du Pôle Etude et Formation
 - Activité IPS (Individual Support Placement) « Job Coach » lancée en fin d'année 2021 (ACTIVE45) (méthode nationale) - EPSM/Passerelle 45
 - Développement d'actions de psycho éducation à l'attention des familles et aidants (EPSM/UNAFAM)
 - Lancement du programme A.V.E.C (Accompagner, Valider, Echanger, Comprendre) en mai 2022 au PRISM 45 en collaboration avec l'UNAFAM ;

10.2.2 LES PROCHAINES PRIORITES :

Dans le cadre du projet médico-soignant de GHT et du futur PTSM 2026-2030, et afin de renforcer ou de développer une réponse robuste aux besoins de la population dans une optique de prévention et d'intervention précoce, l'EPSM et le CHAM travailleront sur les orientations suivantes, en lien avec les acteurs sanitaires de MCO du GHT, les acteurs du secteur social, médico-social, du sanitaire libéral et privé, des représentants des usagers. Il sera étoffé dans l'année 2025 par le projet d'universitarisation de la discipline co-portée entre CHU d'Orléans et EPSM. La réalisation de ces projets dépendra de la dynamique de rattrapage budgétaire

actuellement en cours avec la réforme du financement en psychiatrie et des moyens humains, de l'identification de médecins porteurs de projet, dans un contexte de démographie médicale en tension.

Les objectifs généraux :

- Optimiser la réponse aux besoins de santé mentale de la population, en renforçant les dispositifs d'intervention précoce et de prévention du handicap psychique, du recours à l'urgence à l'hospitalisation notamment en soins sans consentement.
- Structurer une prise en charge cohérente et graduée en psychiatrie, en collaboration avec les acteurs du GHT afin de créer un continuum de prise en charge et de parcours holistiques à la fois psychiatriques et somatiques. A la faveur de l'universitarisation de la discipline de psychiatrie et la création du CHU, les liens interdisciplinaires doivent être renforcés et structurés.
- Renforcer l'efficacité et l'attractivité de l'offre de soins psychiatriques dans un contexte de tension en ressources médicales et soignantes.

Les principales orientations stratégiques du projet médical :

1. Le renforcement de la régulation et de l'intervention précoce en lien avec les établissements sanitaires du GHT, la médecine de ville et les ESMS.

Objectifs :

- ⇒ Optimiser le recours aux urgences générales et psychiatriques par le développement de dispositifs de repérage et d'intervention précoce.
- ⇒ Assurer la continuité et la sécurisation des parcours de soins en lien avec les acteurs de premier recours.

Projets à développer :

Pour répondre à ces besoins, les pistes de travail suivantes seront investiguées :

- Organisation de SAS psychiatrique structuré en lien avec les SAS adossés aux CPTS et la régulation SAMU, les urgences ;
- Renforcement des équipes de liaisons psychiatriques au CHU d'Orléans pour adultes et création d'une pédopsychiatrie de liaison en services de pédiatrie, développement d'une intervention de liaison au SAU de Gien et Pithiviers en appui sur les CMP de Gien et Pithiviers.
- Développement d'équipes mobiles ambulatoires dédiées au repérage et intervention précoce auprès des publics à fort risque de rupture de parcours et de soins sans consentement (ex : Equipe d'Intervention et d'Evaluation à Domicile, équipe mobile d'urgence).

2. Le renforcement des parcours de soins intégrés, holistiques et interdisciplinaires

Objectifs :

- ⇒ Améliorer l'espérance de vie et réduire les co-morbidités somatiques des patients de psychiatrie ;
- ⇒ Travailler des offres de soins intersectorielles innovantes de niveau 2 et 3 issues des recherches en neurosciences et de pharmacologie, à la faveur du projet d'universitarisation de la psychiatrie.
- ⇒ Effectuer un rattrapage de l'offre de soins dans l'accès à la neurostimulation et l'Electro Convulsivo-Thérapie, les Troubles du comportement alimentaire et la périnatalité.

Projets à développer :

Les réponses seront à travailler en lien avec les établissements de GHT, notamment le CHU :

- Développement d'une filière universitaire inter-établissements entre CHU et EPSM sur les troubles du neurodéveloppement de l'enfant associant pédopsychiatrie, neuropédiatrie, consultation génétique, sous le portage du Pr TRIPI.
- Développement d'une unité universitaire d'expertise centrée sur les troubles neurodéveloppementaux de l'adulte (trouble schizophrénique, le TDAH, le trouble bipolaire, les premiers épisodes psychotiques) porté par le Dr MALLET. Ce projet global s'intégrera aux besoins de la médecine ambulatoire et de ville, et constituera un continuum de prise en charge avec la filière universitaire de pédopsychiatrie et d'addictologie.
- Développement des prises en charge des comorbidités addictives (sevrage complexe, addictions en périnatalité, TCA, chemsex) porté par le Dr SERREAU.
- Renforcement des prises en charge sanitaires conjointes psychiatrie-somatique pour les personnes souffrant d'addictions, les personnes âgées, les personnes souffrant de troubles neurologiques ou encore les patients

nécessitant une hospitalisation de MCO et avec des comorbidités psychiatriques incompatibles avec l'hospitalisation conventionnelle.

3. Développement d'une organisation de soins psychiatrique territoriale graduée

Objectifs

- ⇒ Structurer un partenariat renforcé avec le CHAM afin de graduer les prises en charge de niveau 1, 2 et 3, le cas échéant.
- ⇒ Renforcer la prévention du risque de rupture de parcours de soins et de ré-hospitalisation dans la prise en charge ambulatoire dans un contexte de ratio lits/habitants inférieur à la moyenne régionale et nationale.

Projets à développer

- La gradation des soins de psychiatrie à déployer entre EPSM et CHAM prévoit l'organisation suivante :
 - Organisation d'une fédération médicale inter hospitalière afin d'établir une gouvernance médicale collaborative et l'organisation de parcours de soins coordonnés : transferts de situations complexes sur l'EPSM, séjours de rupture, soutien mutuel dans la gestion de lits, appui à la seniorisation des actes médico légaux de soins sans consentement, RCP (télémédecine)
 - Installation de 4 lits dédiés aux 16-18 ans au CHAM, supervision par télémédecine de l'unité d'hospitalisation pour adolescents de l'EPSM, prise en charge graduées des situations complexes.
- Le projet investiguera également la pertinence du déploiement d'alternative à l'hospitalisation avec des équipes mobiles de soins intensifs à domicile en psychiatrie de l'adulte ou encore les équipes mobiles de transition sur des populations à risque (ex : équipe mobile de transition pour patients en sortie d'incarcération).

4. Réorganisation de l'offre de soins en pédopsychiatrie

Objectifs :

- ⇒ La prise en charge spécifique des 16-18 ans par les services de pédopsychiatrie. Pour l'EPSM, cela représente 500 mineurs supplémentaires suivis en CMP et une cinquantaine d'hospitalisations. Outre le renfort des CMP en professionnels paramédicaux, ce projet de transition est un véritable défi compte tenu de la numérik de pédopsychiatres de l'EPSM (50% des effectifs pourvus) et des projections de démographie médicale prévues pour la discipline par la cour nationale des comptes.

Projets à développer :

Le projet s'appuiera notamment sur :

- La réorganisation du pôle de pédopsychiatrie en trois services psychopathologie de l'adolescents, prise en charge ambulatoire, trouble du neurodéveloppement afin d'améliorer la visibilité, la structuration des parcours et l'attractivité au recrutement du pôle ;
- Renforcement de la filière inter établissement sur le trouble du neurodéveloppement de l'enfant portée par le Pr TRIPI en lien avec la pédopsychiatrie (EPSM) et le CHU (neuropédiatrie, pédiatrie)
- Définir des cibles de convergence intermédiaire dans la transition des mineurs vers le pôle de pédopsychiatrie.
- Mise en place d'une organisation graduée territoriale en lien avec le CHAM (création de 4 lits dédiés pour 16-18 ans, sous la supervision de l'unité d'hospitalisation pour adolescents de l'EPSM)
- Organisation d'un dispositif mixte de territoire pour les 16- 25 ans, population particulièrement à risque de rupture de parcours, en prévention de l'aggravation de la pathologie et de l'installation du handicap psychique.

5. Développement des soins de réhabilitation psychosociale et des pratiques de rétablissement.

Objectifs :

- ⇒ Poursuivre des efforts en faveur de la réhabilitation psychosociale avec un renforcement des structures existantes et une meilleure articulation avec les acteurs du champ médico-social et déployer les pratiques orientées sur le rétablissement.

Projets à développer :

- Poursuivre l'ancrage des pratiques de rétablissement et de réhabilitation psychosociale au sein des dispositifs ambulatoires de l'EPSM et du CHAM, ainsi que des départements couverts par le centre support régional de l'EPSM.
- Poursuivre le déploiement de l'offre de psychoéducation auprès des aidants (Programme BREF, centre formateur régional de l'EPSM, programme AVEC, LEO, programme spécifique en pédopsychiatrie...) ainsi que l'ETP (addictologie, schizophrénie, troubles bi polaires, troubles anxieux)
- Poursuivre la transformation des pratiques en lien avec le vécu expérientiel des patients en déployant des pairs aidants dans les organisations de soins.

11.1 L'HYGIENE HOSPITALIERE

11.1.1 LE CONTEXTE

Plusieurs constats sont aujourd'hui partagés :

- Création en 2022 d'une équipe territoriale constituée de 2 ETP IDE rattachés ARS/CPIAS (Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins) qui prend en charge les EHPAD publics ET non rattachés à un établissement public de santé, les EHPAD privés, les MAS (maison d'accueil spécialisée et les FAM (foyer d'accueil médicalisé) du département du Loiret.
- Des équipes EOH affaiblies dans plusieurs établissements de santé suite à des départs et un déficit de temps médical sur le territoire.

Les établissements de petite taille, en particulier ceux non rattachés à un établissement hospitalier, sont démunis en matière de conseils en hygiène et ne bénéficient pas d'une expertise dans ce domaine.

11.1.2 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Créer une équipe mobile hygiène 'Equipe opérationnelle d'hygiène GHT 45 » :

Une équipe mobile hygiène « Equipe opérationnelle d'hygiène GHT 45 », pour intervenir sur l'ensemble du territoire, équipe rattachée au CHU Orléans, établissement support du GHT avec pour missions :

- Concourir à la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène
- Unifier la prise en charge des risques sur le département,
- Contribuer à la diffusion et l'adaptation de protocoles sur l'ensemble des établissements du territoire
- Informer et former les professionnels des établissements en matière de lutte contre les infections associées aux soins (précautions standard, hygiène des mains, gestion des déchets...)
- Faire bénéficier tous les établissements d'une expertise en hygiène
- Contribuer à mettre en place un processus de prévention et de maîtrise des infections associées aux soins à court, moyen et long terme, pour la continuité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins (ex BMR, BHRé, ...)
- Contribuer à la prévention et la surveillance des infections associées aux soins et des antibiorésistances

Cette équipe travaillera en complémentarité avec l'équipe territoriale actuelle en place.

Elle aura vocation à intervenir dans tous les établissements publics du GHT, EHPAD rattachées à un établissement public, les SMR publics du territoire.

Un binôme médecin hygiéniste/cadre paramédical est préconisé.

11.2.1 LE CONTEXTE

La coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT) au CHU d'Orléans fonctionne avec une équipe constituée d'un médecin, de 4 coordonnateurs, une astreinte IDE et cadres de santé (de proximité et supérieur et sur la base d'une organisation en réseaux (réseaux Centre-Val de Loire, grand ouest et siège national à Saint Denis).

La mission de l'unité est :

- d'assurer toutes les étapes amenant au prélèvement d'organes et de tissus et le suivi des greffons
- d'assurer toutes les étapes amenant au prélèvement de tissus (artères, cœurs, cornées) en chambre mortuaire
- d'effectuer l'information et la promotion du don d'organes.

En 2021, 34 recensements et 12 prélèvements ont été effectués, dont 7 recensements et 1 prélèvement Maastricht 3. 38 organes ont été prélevés, dont 38 greffés, ainsi qu'un grand nombre de tissus (épiderme, valves cardiaques, vaisseaux, cornées, os, ligaments...).

Le CHU Orléans est site préleveur.

11.2.2 VERS UNE FILIERE PMO

La mise en place d'une "filier PMO" au sein du GHT 45 permettra d'identifier de manière la plus exhaustive possible, tout patient potentiellement donneur d'organes au sein du GHT et d'essayer de répondre, à échelle du territoire, à la disparité croissante entre le nombre de receveurs d'organes potentiels et le nombre de greffons disponibles en France. Les donneurs d'organes potentiels peuvent être identifiés dès les services d'urgences, après entretiens précoces auprès des proches, et la prise en charge s'organise dans les suites.

Cela repose sur un travail transversal et collégial : urgentiste, radiologues, neurologues, neurochirurgiens, réanimateurs, SMUR et CHPOT

11.2.3 LES OBJECTIFS

Les objectifs de la filière sont de :

1. Développer le réseau de prélèvement d'organes et de tissus entre le CHU Orléans et le CHAM et étendre le Réseau Opérationnel de Proximité aux CH de Gien et de Pithiviers.
2. Déployer Cristal Action au sein de ces structures ainsi qu'un COPIL permettant d'identifier les axes d'amélioration.
3. Poursuivre et intensifier la formation continue des personnels de santé du GHT.
4. Informer et sensibiliser le grand public (ADOT à Gien par exemple)

Objectif n°1 : Intensifier le réseau de prélèvement d'organes et de tissus sur le territoire GHT 45 :

L'équipe CHPOT mise sur le développement de l'abord anticipé des proches en vue d'un prélèvement d'organes et de tissus :

- Au SAU du CHAM
- Au SAU du CH de Gien
- Au SAU du CH de Pithiviers
- Au SAU du CHU Orléans ainsi qu'en UNV

A ce titre, il s'agit :

- De mettre en place une évaluation collégiale (urgentistes, réanimateurs, CHPOT) des donneurs potentiels afin de déterminer l'évolution prévisible vers un état de mort encéphalique, la prélevabilité (analyse des antécédents et du bilan biologique initial) et la possibilité de prise en charge en réanimation.
- De réaliser le bodyscan avant de transférer le patient en médecine intensive

- D'organiser le transfert du patient donneur potentiel avec le SMUR en médecine intensive réanimation ou en réanimation chirurgicale du CHU Orléans dans l'optique exclusive d'un éventuel prélèvement d'organes
- En MIR ou réanimation chirurgicale, de poursuivre le bilan de prélevabilité (recueil exhaustif des antécédents, TDM TEP, biologie répétées) ; poursuite de la réanimation dans l'optique d'optimiser la fonction des organes pouvant être prélevés.

Objectif n°2 : Le déploiement de Cristal Action au sein des structures du GHT :

Il s'agit de la mise en place d'un système de recensement des donneurs potentiels au sein de services clés (qui sont pour le GHT : les services de réanimation du CHUO et du CHAM, les urgences du CHUO, l'UNV du CHUO, dans lesquels Cristal Action existe déjà, mais aussi les urgences du CHAM, des hôpitaux de Gien et de Pithiviers). Ce système a été créé par l'Agence de la Biomédecine afin d'améliorer la prise en charge globale des donneurs. C'est en pratique un logiciel informatique complété par les membres de la CHPOT, qui consultent quotidiennement les dossiers des patients de ces services, s'intéressent aux patients victimes de coma grave, et suivent leur devenir. Ces données alimentent une banque nationale, permettant de mieux comprendre le parcours de patients potentiellement donneurs.

A l'échelle du GHT, l'objectif est de développer une filière "don d'organes et de tissus" en mettant en place une stratégie d'abord anticipée des proches dès les urgences des différents hôpitaux du GHT lorsqu'un patient potentiellement donneur d'organes est identifié. Ceci implique la formation des personnels médicaux et paramédicaux à cette prise en charge et leur adhésion au projet. Cette filière se développe lentement du fait des difficultés rencontrées actuellement par les services d'urgence, avec l'espoir de pouvoir le mener à bien en 2024. Lorsque ce sera en place, la mise en place de Cristal Action sera abordée mais nécessite l'approbation des différentes directions hospitalières (consultation des dossiers médicaux).

Un COPIL permettra de suivre le déploiement, à raison d'une réunion annuelle d'information autour du prélèvement d'organes et de tissus afin de faire le point sur la filière "don d'organes et de tissus", d'en suivre les avancées, de discuter des difficultés rencontrées, de mettre en lumière notamment en exploitant les données issues de Cristal Action, les axes d'amélioration potentielle, de fixer des objectifs concrets.

Objectif n°3 : La poursuite et l'intensification de la formation continue des personnels de santé du GHT

Une information sera délivrée aux personnels des services directement concernés par cette activité (donc essentiellement les services d'urgences des hôpitaux du GHT, les services de réanimation, l'UNV du CHUO), mais aussi à l'ensemble du personnel de santé du GHT selon leur souhait, en proposant des sessions d'information sur le don d'organes et de tissus. Des formations auprès du personnel des urgences et d'UNV du CHUO en 2023, des urgences de Pithiviers et du CHAM ont déjà été dispensées, qui seront poursuivies et développées.

La journée de formation institutionnelle annuelle menée au CHUO depuis des années, sera ouverte à l'ensemble des professionnels du GHT.

Enfin, les sessions de formation auprès des étudiants IDE, AS, IBODE seront intensifiées.

Objectif n°4 : L'information et la sensibilisation du grand public :

L'objectif poursuivi est de mettre en avant la thématique du don d'organes et de tissus auprès du grand public. Il peut s'agir de réunions d'informations (par exemple les rendez-vous de la santé), d'actions telles que la Loire à Don'f en 2023 (à reprogrammer en 2025 ?), de communiquer autour de la Journée Nationale du Don d'Organes et de Tissus le 22 juin. L'équipe du CHPOT participe à l'action des Villes Ambassadrices du Don d'Organes menée par le collectif Greffe + (consistant à apposer des panneaux évoquant le don d'organes près des panneaux de signalisation à l'entrée des communes, afin d'amener chacun à réfléchir à cette thématique en croisant ces panneaux).

11.3 LE PROJET D'IMAGERIE MEDICALE

11.3.1 LE CONTEXTE

Sur le plan des équipements d'imagerie, des équipements de radiologie conventionnelle et d'échographie sont disponibles sur l'ensemble des établissements du GHT. On compte 5 scanners (un 2nd scanner est attendu sur Montargis courant 2024) et 5 IRM sur Montargis, Gien et Orléans. L'IRM du CHAM est partagée avec le privé. L'exploitation de l'IRM du CH de Gien est exclusivement privée. Un scanner est dédié aux urgences ainsi qu'une des trois IRM du CHU Orléans accessibles 24H/24. Une demande d'implantation d'une IRM sur le CH de Pithiviers en coopération avec les cabinets libéraux de Pithiviers et Montargis est en cours d'instruction.

En termes de ressources humaines, notre territoire n'échappe pas aux tensions confirmées, et ce jusqu'en 2035 selon les dernières estimations, avec davantage de radiologues qui choisissent d'exercer dans le privé. Au CH de Gien, les radiologues privés sont installés au sein de l'hôpital pour répondre aux besoins des services. Au CH de Pithiviers, des radiologues libéraux interviennent en alternance sur le plateau d'imagerie qui fonctionne les jours ouvrés en journée. Au CHAM, imagerie publique, privée sont partagées.

Le Système d'Information Radiologique (RIS) XPLORE est commun à l'ensemble des établissements du GHT hors GIEN (structure privée)

En 2020, devant les difficultés d'effectifs médicaux, le CHU Orléans a décidé de recourir à la télé radiologie en activité programmée de façon à limiter les répercussions importantes sur les délais de prise en charge des patients hospitalisés et des consultants. En 2024, ce recours pourra être étendu à la PDS en nuit profonde pour répondre au besoin de la régulation des flux et des parcours patients aux urgences.

La vague 2 du Ségur numérique comporte plusieurs dispositions spécifiques sur le champ du partage des images. Le GHT entend renforcer et rendre plus lisible l'offre d'imagerie médicale du territoire. Le projet de Mutualisation des Images en Région Centre (MIRC, concerne le PACS régional) en vue de pouvoir accéder aux images des autres structures est déployé sur le territoire. A noter, le CHAM dispose d'une autre solution PACS et qui ne permet pas le partage des images avec la solution régionale MIRC. Néanmoins le Ségur vague 2 devrait apporter une résolution à cette difficulté par l'obligation pour tous les PACS publics et privés de communiquer via la solution DRIM Box.

11.3.2 LES OBJECTIFS

Dans ce contexte le projet poursuit plusieurs objectifs principaux :

- ✚ Faciliter un accès au PACS pour tous les établissements publics de santé du territoire et le rattachement des PACS des radiologues libéraux
- ✚ Améliorer le potentiel de réponse aux besoins d'imagerie sur le territoire par la télé radiologie, à court terme pour l'imagerie programmée, puis à moyen terme, en PDS pour réguler le flux des urgences
- ✚ Contribuer à l'attractivité médicale dans les établissements publics,
- ✚ Développer le recours à la télé-expertise au CHU Orléans pour les établissements publics du territoire, mais également hors GHT.

Objectif n°1 : Garantir et développer l'offre en imagerie par l'ouverture d'une IRM sur le CH de Pithiviers : l'IRM viendra compléter l'accès aux soins de premiers recours en imagerie dans ce bassin populationnel et fluidifier le parcours de soins et éviter les ruptures. De fait, il contribuera à raccourcir les délais de prise en charge, les patients étant aujourd'hui orientés vers le CHU Orléans, et pour une part non négligeable, vers l'Île de France. La demande d'autorisation devra inclure les radiologues privés actuellement en place à Pithiviers et proposée aux radiologues privés de Montargis qui créent un cabinet supplémentaire orienté sur l'imagerie de la femme entre Orléans et Montargis.

Objectif n°2 : Étendre le programme MIRC- PACS régional au CHAM : L'objectif vise à faciliter les échanges et le partage des examens d'imagerie médicale dans le cadre du parcours de santé du patient, des images lors des RCP communes. Le Ségur vague 2 devrait faciliter cette évolution et développer la coopération des établissements au profit de l'offre de soins et de l'attractivité médicale : le CHU Orléans prévoit de signer une convention de coopération avec le GCS 45 au premier semestre 2024 et d'intégrer ainsi le PIMM qui bénéficie du soutien de l'ARS Centre-Val de Loire. Mise en œuvre prévue fin 2025.

Pour coordonner ce projet sur le GHT, la nomination d'un cadre de santé supérieur est indispensable.

Objectif n°3 : **Mettre en place la télémanipulation** dans les secteurs en tension de ressources humaines (manipulateurs) de sorte de maintenir une activité radiologique continue.

Objectif n°4 : **Créations de PIMM (Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisée)**

Deux créations de PIMM doivent être programmées pour faciliter les activités partagées sur le territoire :

- CHU Orléans et GHT avec la société Alliance TR : pour la télé radiologie en activité programmée pour le développement de l'accès à l'expertise à distance pour tous les acteurs du GHT, mais aussi l'expertise en présentiel pour des activités fragiles (radio pédiatrie en particulier).
- CH Pithiviers avec les radiologues libéraux de Montargis et Pithiviers sur le projet d'exploitation d'une IRM installée au CH de Pithiviers.

11.4.1 LE CONTEXTE

La Biologie Médicale est devenue un élément central du parcours de soins des patients et, dans le cadre des GHT, les établissements doivent mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune dans l'optique d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. De ce fait, les établissements doivent organiser en commun les activités de Biologie Médicale en cohérence avec les activités cliniques.

Pour les activités de Biologie médicale, cela implique de réaliser un état des lieux et un bilan des prestations sous-traitées et échanges d'activité entre établissements.

En 2016, devant les difficultés du laboratoire du CH de Pithiviers à obtenir l'accréditation ISO15189 par le COFRAC, l'ARS Centre-Val de Loire a contacté le CHR d'Orléans pour solliciter une aide. Dès fin 2016, le laboratoire du CH de Pithiviers a été intégré dans le laboratoire du CHR d'Orléans, avec un numéro d'accréditation commun et des activités de laboratoire entièrement gérées par le Pôle Biopathologie d'Orléans.

Dès 2018, des échanges ont été organisés avec le CHAM afin d'évaluer les activités respectives des deux établissements et dans l'optique d'une coopération, aussi bilatérale qu'elle puisse être, entre nos 2 établissements pour les activités de biologie sous-traitées. En 2019, un projet de déploiement d'un système informatique de laboratoire (SIL) commun a été initié. Ce projet a été conclu en 2022 par l'installation du SIL Glims de la société Clinisys. Le SIL commun permettra, entre autres, de faciliter les échanges d'activité entre les 2 établissements.

Le projet actuel vise donc à amplifier et conclure les actions stratégiques territoriales.

11.4.2 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Poursuivre et amplifier les coopérations au sein du GHT

- **Partenariat avec le CHAM :**

Après concertation entre les 2 équipes de biologistes du CHAM et du CHU, il a été convenu le transfert vers le CHU des analyses externalisées par le CHAM que le CHU est en capacité de réaliser.

Nous avons également identifié des lignes analytiques externalisées par le CHU que le CHAM serait en capacité de réaliser (érythropoïétine, récepteurs solubles de la transferrine...).

En février 2024, un appel d'offres commun pour les analyses externalisées, hors analyses concernées par les 2 premiers points, sera publié par le CHAM et le CHU.

Le CHU d'Orléans propose par ailleurs de faire bénéficier le CHAM de l'expertise biologique du CHU, renforcée par le recrutement de praticiens hospitalo-universitaires (prestation de conseil).

Le CHU envisage également un accès en visioconférence aux séminaires proposés par la Cellule Recherche et Innovation du CHU.

Lorsque cela sera pertinent, le CHU associera le CHAM pour développer des activités de recherche clinique impliquant la Biologie.

- **Convention de reprise de l'activité de Biologie du CH de Neuville Aux Bois**, actuellement sous-traitée au privé, avec transfert sur le laboratoire du CH de Pithiviers dans le cadre du nouveau groupe hospitalier
- **Convention de reprise de l'activité de Biologie de l'EHPAD de Beaune La Rolande**, actuellement sous-traitée au privé, avec transfert sur le laboratoire du CHAM

Pour l'ensemble des établissements du GHT, il est souhaitable de renforcer le dialogue clinico-biologique afin de garantir une adéquation entre la prescription biologique et les hypothèses diagnostiques et de prodiguer aux cliniciens une prestation de conseil de qualité (harmonisation des pratiques professionnelles).

Objectif n°2 : Développer l'activité du laboratoire du CH de Pithiviers

D'une part, accompagner le développement de l'activité externe par :

- **Projet de rattachement du Centre de Prélèvements du CH de Pithiviers au Pôle Biopathologie du CHU :**

Ce projet a pour ambition de permettre à la population de bénéficier d'une offre de soins supplémentaire et de développer l'activité du laboratoire.

Pour ce faire, une augmentation des plages horaires d'accueil sera proposée (lundi au samedi matin). L'effectif de préleveurs sera complété par une aide des techniciens du laboratoire ayant la capacité de réaliser des prélèvements sanguins.

Ce projet est en cours de finalisation et sera présenté aux instances du CH de Pithiviers. Il s'inscrit dans le cadre du nouveau groupe hospitalier rattachant le CH de Neuville aux bois au CH de Pithiviers.

- **Par internalisation de l'activité de Biologie du CH de Neuville aux Bois (cf. supra).**

D'autre part, accompagner le développement de l'activité interne en lien avec le projet de soins du CH de Pithiviers

Objectif n°3 : Développement de la Toxicologie Médicolégale

Depuis 2012, le secteur toxicologie du laboratoire de Biochimie du CHU collabore avec la justice pour la réalisation d'expertises toxicologiques et ne cesse de progresser depuis.

En débutant avec une activité de 3 520 B en 2013, liée uniquement au dosage sanguin du cannabis, le laboratoire a réalisé en 2022 une activité de 323 852 B, soit une augmentation de 1 000 % en 10 ans.

Aujourd'hui, le laboratoire est sollicité dans les cas d'agressions sexuelles, de viols, de blessures, d'homicide et de découverte de cadavre. Pour atteindre ce niveau, l'équipe a déjà mis au point de nombreuses méthodes analytiques : dosages des stupéfiants dans le sang, la salive et les cheveux, dosage des psychotropes, benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques, recherche large de toxiques, ...

De par la structuration en GHT, le secteur de toxicologie du laboratoire de Biochimie du CHU d'Orléans a décidé, avec le soutien de Madame la Procureure de la République d'Orléans, de mettre ses compétences à disposition des autres établissements du GHT 45.

Le laboratoire du CHU d'Orléans est en effet le seul établissement du GHT doté des équipements indispensables à la réalisation d'expertises toxicologiques (cf. article R118 du Code de Procédure Pénale) :

- 1 chromatographe en phase gazeuse couplé à un détecteur par ionisation de flamme (CPG-FID), seule technique légale pour le dosage de l'éthanolémie
- 3 chromatographes liquides couplés à des spectromètres de masse (LC-MS/MS et LC-HRMS), techniques indispensables pour les dosages de stupéfiants et psychotropes

L'acheminement des scellés au CHU pourra se faire par l'intermédiaire des navettes circulant déjà quotidiennement entre les différents établissements. De plus, deux biologistes experts près la Cour d'Appel d'Orléans exercent au sein du laboratoire depuis 2015 et 2022, ainsi que six techniciens formés et habilités pour l'ensemble des analyses. Enfin, le laboratoire de Biochimie du CHU est accrédité selon la norme ISO 15189 pour son activité de toxicologie médico-légale depuis 2014.

Tous les éléments sont donc réunis pour que le CHU d'Orléans devienne le pôle de compétences en toxicologie médico-légale du GHT 45.

Objectif n°4 : Laboratoire Risques Epidémiques et Biologiques (REB)

Le CHU d'Orléans a été retenu pour être Etablissement de Santé de Référence du niveau zonal au niveau régional pour le volet ORSAN REB.

Dans ce contexte, le CHU doit s'équiper d'un laboratoire REB qui sera de facto, comme toute la structure de prise en charge REB, mis à disposition des autres établissements de la région si un tel risque survenait.

11.5.1 LES OBJECTIFS

La volonté commune est d'intégrer le management qualité - gestion des risques aux instances de pilotage du GHT et de la CMG, ceci afin de :

Objectif n°1 : Dessiner les contours d'une mise en commun des politiques qualité (partage de pratiques, de supports, de ressources...) à l'échelle des établissements en direction commune puis à celle du GHT. Pour cela il faudra :

- Mettre en place une politique de qualité commune au sein du GHT => déjà inscrite dans le PACQSS du CHUO,
- Aller jusqu'à une direction qualité commune comme d'autres GHT : groupe de travail avec les différentes directions qualité des ETS du GHT programmé début 2024 pour y réfléchir.
- Animer un dialogue entre les établissements au niveau du GHT :
 - Avec partage de protocoles,
 - Avec organisation de webinaire pour partager les bonnes pratiques, etc.
- Intégrer le médico-social à la démarche de qualité du territoire

Objectif n°2 : Poursuivre les actions de formation en matière de méthodes (CREX, RMM) et de pilotage de la qualité

Objectif n°3 : Assurer la tenue régulière des instances qualité du GHT et systématiser la révision des procédures GHT, en veillant à ce que tous les établissements participent à la démarche

- Par la mise en place d'une sous-commission qualité de la CMG en lien avec la Commission des soins du GHT avec une cellule de veille FEI GHT
- Par des projets inter-établissements
- Indicateurs : Nombre d'actions de formation, de procédures communes et d'audits en lien avec la commission des soins du GHT

Objectif n°4 : Veiller à la bonne connaissance des documents GHT par tous les établissements.

sans oublier d' :

- Intégrer le médico-social à la démarche de qualité du territoire
- Assurer une continuité de la qualité des soins entre la ville et l'hôpital. Par exemple en développant :
 - Les CREX ville/hôpital
 - Un outil de conciliation médicamenteuse afin d'éviter les ruptures de traitements (vers la ville et les structures avales) → Un point d'attention particulier sur la cancérologie et les chimiothérapies orales.

L'objectif étant de contribuer à la fluidité du parcours du patient et à sa satisfaction en centrant le dispositif de gestion des risques sur la sécurisation des prises en charge y compris au niveau territorial.

12.1 LA TERRITORIALISATION DES URGENCES

12.1.1 LE CONTEXTE

Les urgences connaissent une saturation chronique, face à un nombre croissant de passages aux urgences, amenant à l'embolisation des urgences de manière récurrente des établissements du territoire. Les équipes médicales et paramédicales sont fragilisées.

Les causes à l'origine de difficultés rencontrées, vécues par les établissements du GHT, sont multifactorielles : l'affaiblissement de la médecine libérale, l'avancée de la désertification médicale, des ressources médicales et soignantes disponibles contraintes et surtout une carence de lits d'aval, liée à un déficit de lits ouverts sur l'ensemble des établissements du GHT.

Les services d'urgences du territoire sont en constante tension, avec parfois, pas d'autres solutions que de devoir les fermer partiellement et réorienter les patients vers d'autres structures, qui sont elles-mêmes, déjà saturées. Les urgences font globalement face à un manque de lits d'aval qui entraîne un manque de fluidité du parcours patient

12.1.2 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Organiser l'ordonnancement territorial

Le manque d'aval des urgences est devenu une composante majeure de la saturation des SAU.

Mais ce phénomène de saturation est complexe à maîtriser et à mesurer. En effet, les causes sont multiples : l'organisation en amont (en particulier l'accès à la médecine de ville), l'organisation des SAU et l'organisation de l'aval, en particulier la disponibilité des lits pour les patients non programmés.

❖ **L'anticipation des tensions prévisibles :**

Une réflexion territoriale doit s'engager sur la gestion des flux en fonction du niveau de tension aux urgences pour chaque établissement du GHT par l'élaboration de plans anticipatifs. Il s'agit là de rechercher une synergie entre les services d'urgences du GHT et de répartir la charge entre des sites dont l'activité est d'intensité différente.

- Définir des niveaux de saturation des services d'urgence par établissement (seuils) : analyse des RPU
- Communiquer, informer en amont (régulation SAMU, grand public, médecine de ville...)
- Formaliser les circuits patients entre établissements : profil patient, lourdeur, durée de prise en charge ; orientation des patients ; faciliter et organiser les transferts vers les autres services d'urgence du territoire

❖ **L'organisation des flux non programmés doit passer par une cellule d'ordonnancement à l'échelle du territoire :**

La gestion des lits est devenue un axe prioritaire pour les établissements du GHT.

L'objectif est de disposer en temps réel des offres en n'importe quel point du GHT, un état des lieux actualisé par établissement (services, structures internes) de l'ensemble des lits disponibles. L'ordonnancement territorial devra être articulé avec les cellules de gestion des lits en place au sein des établissements qui définissent les conditions de gestion de leurs capacités. Cet axe fait l'objet d'un projet mené par la CSIRMT du GHT.

❖ **Poursuivre les travaux de collaboration et coopération intra-établissements et le recours**

Des travaux sont menés entre les urgentistes et médecins MCO pour optimiser le parcours de soin des patients en intra-établissement.

Un travail de gradation et de priorisation entre les SAU de proximité et l'établissement de recours est à formaliser.

Favoriser les admissions directes à partir du SAU : Dans le cadre des admissions à partir d'un SAU, tout patient ayant été évalué par une équipe médicale dans l'un des services d'urgences ne doit pas être réévalué par un autre SAU, mais intégré directement une unité de soins de spécialité.

Objectif n° 2 : Harmoniser les pratiques en matière de prise en charge des urgences

Le premier élément de réponse repose sur la mise en place de temps de formation et de rencontres à l'échelle du GHT à destination des personnels médicaux et soignants, des mises en situation, en sollicitant le CESIMO, des mises en situation dans des secteurs spécifiques de prise en charge des urgences (doubler au déchocage, SMUR, bloc opératoire...).

La mise en place de protocoles communs de prise en charge devra se poursuivre sur le territoire. Certains spécifiques le sont déjà (protocole de syndrome coronarien aigu). Il est souhaité promouvoir d'autres protocoles.

Objectif n° 3 : Déployer sur le territoire des vecteurs paramédicalisés en complément des SMUR

La couverture territoriale est un défi important sur notre territoire.

Nous avons la volonté de maintenir des équipes SMUR sur l'ensemble des établissements parties (5 équipes au total).

Pour autant, la mise en place de SMUR paramédicalisé d'urgence permettrait de mieux répondre aux besoins. Les modalités devront être définies.

Créer des transferts infirmiers inter-hospitaliers (TIH) permettrait une optimisation du temps médical et du service rendu à la population. Ces TIH pourront être réalisés par des IDE détachées du SAU, du SMUR ou IADE.

Objectif n° 4 : Renforcer la régulation en amont des passages au SAU

❖ **Centres de soins non programmés**

L'intérêt du développement des maisons de soins non programmés dans les établissements de santé ou à proximité participe à répondre aux difficultés d'aval des urgences. Un centre de soins non programmé est en place sur Orléans, sur la clinique de l'Archette, mais celui-ci arrive très vite à saturation.

Au sein du CHP, un centre fonctionne du lundi au vendredi, puis patient orienté vers la maison médicale le week-end.

Ces centres doivent être développés et opérationnels sur le territoire.

❖ **Service d'accès aux soins**

Le SAMU 45 est le siège du service d'accès aux soins (SAS) départemental visant à améliorer la réponse aux urgences et soins non programmés. Ce service a pour objectifs :

- Apporter une réponse à la saturation des services d'urgence : en associant les acteurs de ville à la régulation, le SAS a vocation à assurer une meilleure répartition des soins non programmés vers la ville
- Recentrer l'aide médicale urgente sur ses missions, en réorientant les appels pour des soins non programmés dès leur premier niveau de traitement.

Un tiers des appels donnent lieu à rendez-vous, conseils et orientations vers des moyens publics ou privés. Actuellement, une expérimentation sur le mode SAS est menée en lien avec la CPTS O. La mise en place du SAS du Loiret est prévue dans le courant de l'année 2024 avec l'inter CPTS du Loiret.

Les orientations d'ici à 4 ans :

- A l'échelle du territoire, mettre en place le décroché rapide N1 conformément aux règles de fonctionnement d'une plateforme SAS.
- Organiser et gérer une régulation médicale assurée par un médecin d'exercice libéral pour l'activité « services d'accès aux soins » pour les besoins de santé sans critère d'urgence ou soins pouvant être différés
- Ouvrir la plateforme SAS à des organisations complémentaires pour traiter des demandes de soins non programmés en psychiatrie, gériatrie.
- Identifier des difficultés médico-sociales pour anticiper leurs traitements et ainsi éviter le passage par les urgences
- Poursuivre l'amélioration de la réponse au soins non programmés dentaires

- Mener un Travail de recensement auprès des offres de soins alternatives types : cabine de Visio - nouvelles structures de soins non programmés - IDE de PA (délivrance d'un certificat de décès...) afin d'élargir le panel de solutions apportées aux requérants et dans le souci de ne pas engorger les services d'urgences.

12.2.1 LE CONTEXTE

La prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles est de plus en plus considérée comme une priorité des établissements de santé.

Cette prise en charge dépasse souvent les capacités propres de chaque établissement de santé et demande donc une coordination entre les différents établissements de santé du même territoire. Cette notion existait comme celle d'un plan blanc élargi du niveau d'un département. La notion de département est remplaçable avantageusement par celle de GHT même si en région Centre-Val de Loire les GHT reprennent les limites départementales.

Dans le même temps, l'organisation nationale qui passait directement de la dimension départementale à celle de la zone de défense, introduit une dimension régionale importante avec notamment une transmission du rôle d'Établissement de Santé de Référence (ESR) du niveau zonal au niveau régional. Dans ce contexte le CHU d'Orléans devient ESRR pour les volets ORSAN du Risque Epidémique et Biologique (REB) et médico-psychologique.

12.2.2 LES OBJECTIFS

Dans ce cadre, le territoire doit pouvoir s'organiser afin de répondre aux situations exceptionnelles. Plusieurs axes sont à développer.

Objectif n°1 : Coordination des établissements du GHT

Plusieurs établissements du GHT sont en direction commune, CHU d'Orléans et les CH de Pithiviers, Neuville aux bois, Gien et Sully-sur-Loire. Le déclenchement du Plan de gestion des tensions hospitalières en situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE) de l'un d'entre eux avec réunion de sa cellule de crise hospitalière (CCH), entraînera de fait, la mise en place de la CCH du CHU d'Orléans. Il convient donc que l'articulation des PGTHSSE de ces établissements soit écrite et qu'elle définisse les modalités de collaboration et de fonctionnement entre les différents ES. Les niveaux de chaque ES (expert, première ligne, deuxième et troisième ligne voire de recours) doivent être connus et respectés dans le schéma opérationnel.

Il convient également de prévoir ce niveau de coordination avec les établissements du GHT non en direction commune, mais nécessaires à intégrer dans un schéma de réponse ORSAN (AMAVI, NRC, REB, médico-psy, Epi-clim) à l'échelle du GHT.

Le site de Gien était particulier puisqu'il regroupait jusqu'à aujourd'hui deux établissements de directions différentes sur le même site. Dorénavant en direction commune avec le CHU d'Orléans, la rédaction d'un PGTHSSE commun aux deux établissements s'avère être une évidence dans une logique opérationnelle de site (tri par les urgences du GH de Gien et chirurgie sur le site de Jeanne d'Arc).

Le problème de la chirurgie sur le site de Gien en cas d'AMAVI à prédominance chirurgicale (alpha ou non) pose également la question du soutien par le CHU avec pourquoi pas, la projection par l'hélico du SAMU d'une équipe constituée d'un chirurgien formé au damage control et d'un MAR également rompu au damage control afin de prendre en charge les patients intransportables avant leur transfert vers des ES après leur stabilisation. L'hélico s'intégrant après la dépose de l'équipe dans la noria hélicoptée d'évacuation.

Les équipes paramédicales, le matériel et les salles d'opération sont ceux du site Jeanne d'arc. Une réflexion sur le matériel à maintenir sur place doit être menée.

Le volet ORSAN MEDICO-PSY a été rédigé par le personnel de la CUMP 45 en lien avec l'ARS CVL.

Objectif n°2 : Intégration de la collaboration avec la médecine de ville dans le système de gestion des SSE dans les PGTHSSE du GHT.

Composante essentielle en amont et en aval du système hospitalier, les professionnels de santé en ville assurent la continuité du parcours de soins du patient depuis la prise en charge initiale jusqu'au suivi en sortie d'hospitalisation, mais également au sein d'établissements médico-sociaux. Il convient par conséquent de

développer la participation des professionnels de ville à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Un travail collaboratif sera mené auprès d'eux.

Objectif n°3 : Renforcement des moyens techniques et humains au profit du GHT

Il semble utile d'avoir une réflexion et un engagement du GHT 45 sur sa mise à niveau en termes de moyens de réponse à une SSE.

- **La décontamination hospitalière :**

Un des premiers points à mettre à niveau en urgence, est celui de la décontamination hospitalière. Sur ce point, les moyens dont dispose le GHT sont constitués par une Unité Fixe de Décontamination Hospitalière (UFDH) située sur Montargis et une Unité Mobile de Décontamination Hospitalière (UMDH) sur le CHU d'Orléans. Ces moyens sont insuffisants. Le CHU se voit recommander la création d'une UFDH depuis longtemps par les autorités de tutelles, mais ce projet se heurte depuis toujours à des difficultés de financement. Or les CH de Gien et de Sully-sur-Loire sont en première ligne en matière de risque nucléaire et radiologique du fait de leur proximité géographique avec la centrale de production électrique nucléaire de Dampierre. La projection de l'UMDH du CHU sur le site de Gien est donc envisageable mais en « déshabillant » totalement Orléans de tous moyens de décontamination. La construction d'une UFDH fixe le long du SAS ambulancier des urgences du CHU, permettrait de projeter l'UMDH sur Gien tout en conservant des capacités de décontamination sur le site du CHU.

Le GHT pourrait appuyer sur la nécessité de cette création.

Doter le CHU d'Orléans d'une UFDH fixe sur le CHU Orléans permettrait d'y organiser des formations à destination de la région CVL et d'affirmer son rôle d'établissement de référence.

- **La prise en charge des patients REB**

Le GHT devra se doter de matériel de transport étanche suffisant pour la prise en charge des patients REB (type P3 ou P4).

Le up gradage des capacités du laboratoire REP P3 du CHU d'Orléans s'imposera, à l'usage de la région et du GHT 45.

- **L'extension du logiciel de rappel au GHT**

L'usage du logiciel de rappel de masse du CHU d'Orléans (Everbridge ©) devra être étendu à l'ensemble du GHT dans un souci d'homogénéité.

- **En termes de ressources humaines, du temps de praticien hospitalier de coordination en matière de SSE, à raison de 30 %, existe déjà sur le GHT. Le travail a déjà été amorcé en appui sur les rédactions des PGTHSS de Pithiviers et du site Jeanne d'Arc et du CH de Gien. Des contacts ont été pris avec d'autre ES du territoire notamment les Buissonnets.**

Un responsable de la gestion de crise à temps plein, a également été nommé et travaille en collaboration étroite avec le praticien coordonnateur sur ces dossiers.

Ces deux référents sont également engagés sur les missions d'ESRR sur les risques REB et médico-psychologique du CHU d'Orléans.

12.2.3 L'ENJEU MAJEUR DE LA CYBERSECURITE SUR LE TERRITOIRE

Les établissements de santé sont de plus en plus exposés aux cyberattaques, mettant en péril la confidentialité des données des patients et la continuité des soins.

Ce projet vise à garantir la sécurité numérique des établissements de santé et à minimiser les impacts des cyberattaques et des pannes sur les soins aux patients. Une approche proactive et collaborative est essentielle pour renforcer la résilience du secteur médical face aux cybermenaces.

Pour cela, la Direction des Services Numériques (DSN) du territoire, portée par le CHU d'Orléans, poursuit plusieurs objectifs :

Objectif n°1 : Accompagner les établissements du territoire dans la sensibilisation des personnels :

Mener des actions de sensibilisation à la cybersécurité, informer de risques et rappeler les bonnes pratiques en matière de sécurité informatique. Etablir une charte d'utilisation à destination des personnels qui définit les règles et bonnes pratiques liées à l'usage des ressources informatiques et numériques

Objectif n° 2 : Analyser les risques et leurs impacts :

Etablir un état de criticité des risques au niveau des applications (classement des risques selon leur fréquence d'apparition, estimations des conséquences) pour évaluer et prioriser les risques prioritaires et définir des actions correctives et préventives dans la mesure des moyens de la DSN.

Objectif n° 3 : Déployer un plan global d'un Plan de Continuité de l'Activité (PCA)/ Plan de Reprise de l'Activité (PRA) à l'échelle du GHT sur lequel chaque établissement s'appuiera pour élaborer sa propre procédure de reprise et de continuité d'activité en fonction des spécificités de chacun, ce qui permettra une harmonisation des stratégies et une meilleure coordination en cas de cyberattaque ou de panne.

Les « 'petits sites » du GHT qui disposent de moins de ressources informatiques et humaines nécessiteront un accompagnement renforcé.

La mise en place des PCA/PRA à l'échelle du GHT nécessitera des ressources additionnelles.

Objectif n° 4 – Assurer la conformité avec les normes et recommandations en matière de cybersécurité :

Veiller à ce que l'ensemble des établissements du territoire respecte les normes et réglementations en vigueur, telles que le RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), les recommandations de l'ANSSI (Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information) et autres référentiels spécifiques au secteur de la santé. L'objectif est de garantir l'accès informatique tout en garantissant la sécurité des données.

13.1 LE CONTEXTE

La télémédecine et plus largement la télésanté offrent une palette de modalités complémentaires de prise en charge des patients (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance, télé soins) pour répondre aux difficultés d'accès aux soins, sécuriser les parcours et offrir des conditions plus souples d'exercice de la médecine. Elle participe à toutes les étapes de la prise en charge et rapproche les professionnels de santé autour du patient, qu'il se trouve hospitalisé, sur son lieu de vie, de travail ou d'hébergement (EHPAD), mais également pour les médecins de ville qui recherchent un avis spécialisé, les acteurs de santé pour assurer la continuité des soins post-hospitaliers.

Son insertion aux parcours des patients et sa mise en œuvre visant à faciliter et renforcer les relations entre les différents acteurs du territoire seront des objectifs clés de ce PMSP V2.

Le GHT 45 porte l'ambition d'être un accélérateur dans le déploiement de ces modalités sur l'ensemble de son territoire.

A ce titre, un premier forum de télémédecine organisé par le CHU Orléans, le 23 novembre 2023, a permis de réunir professionnels de santé du GHT 45 et de la ville autour de cette thématique sur les activités existantes, forum ayant pour modérateur le Professeur Pierre SIMON, ex président de la société française de télémédecine.

L'intention est de pérenniser cet évènement.

De plus, en lien avec ce forum, la communication est un élément clé à mettre en place à tous les niveaux de nos organisations afin de susciter l'envie aux professionnels de « prendre en main » ces nouvelles formes d'organisation encore innovantes

Le rôle du coordonnateur télésanté est fondamental dans l'accompagnement, la mise en œuvre des projets, la sensibilisation aux solutions offertes par la télésanté sur le terrain, au plus proche des utilisateurs potentiels. Sa connaissance des organisations et des adaptations à apporter permettent des déploiements adaptés aux professionnels. Il était important que ce coordonnateur puisse trouver l'appui et le soutien indispensable à ces missions d'où son intégration en tant qu'invité permanent à la CMG.

13.2 LES DIFFERENTES MODALITES

13.2.1 LA TELECONSULTATION

La téléconsultation est définie comme une consultation médicale à distance avec des outils de visioconférence sécurisés. L'outil de téléconsultation disponible actuellement au sein du GHT, TELIS, est fourni par le GradeS CVDL, et pris en charge financièrement par ce dernier. Cette mise à disposition cessera le 31 décembre 2023. Les établissements et les professionnels de santé devront donc trouver une solution autre.

La tendance de l'utilisation de la téléconsultation sur le GHT est à la hausse.

A noter que sur Gien, l'activité est en augmentation malgré l'arrêt d'un médecin.

L'enjeu du PMSP V2 sera de transformer durablement les pratiques et de faire de la téléconsultation une modalité habituelle de travail des différentes équipes, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins ainsi que la qualité de la relation soignant-patient, et en favorisant l'égal accès de tous aux téléconsultations.

13.2.2 LA TELEEXPERTISE

La télé-expertise est l'activité dans laquelle un médecin demande un avis, à distance par messagerie ou tout autre outil sécurisé, à un autre médecin expert sur le dossier d'un patient (données cliniques, biologiques, d'imagerie, d'anatomo-cytopathologie). Entre aussi dans cette catégorie, la primo interprétation à distance d'actes médico techniques.

Sur le territoire, l'outil de télé expertise utilisé était fourni par le même éditeur que l'outil de téléconsultation Telis. Depuis le 1^{er} avril 2023, l'Éditeur Omnidoc a été choisi par le GradeS CVDL en remplacement de Telis.

Omnidoc a été validé en juin 2023 pour être déployé dans la région CVDL, il est mis à disposition des établissements de santé publics et des professionnels libéraux. L'ARS en assure son financement, à ce jour.

Le nouvel outil régional de téléexpertise OMNIDOC a été développé sur le territoire en 2023, le département 45 en est le pilote. A noter qu'il n'y avait aucune ligne de téléexpertise mise en place ou fonctionnelle auparavant.

Ce qui est déjà en place :

- mai 2023: 1^{ère} ligne de télé expertise au sein du GHT par le service de Gynécologie-CH de Gien, pour les sage femmes du territoire du Giennois (45 & et en dehors)
- juin 2023: Mise en place d'une ligne de télé expertise endocrino/diabéto par l'équipe du service d'endocrinologie CHU Orléans
- novembre 2023 : Télé expertise rhumatologique-CHU Orléans
- décembre 2023 : Télé expertise gériatrique-CHU Orléans / Télé expertise médecine Interne - CH Montargis
- Juillet 2024 : Télé expertise géronto-psychiatrie EPSM – CH Sully-sur-Loire

13.2.3 LE TELE EEG

Le Télé-EEG permet l'interprétation à distance des examens EEGs quand il n'est pas possible d'obtenir une interprétation in-situ.

Depuis juin 2020, les EEGs pédiatriques réalisées au CHR sont transmis au CHU de Tours, dans le cadre d'un projet régional de TéléEEG. Les demandes sont effectuées par les médecins pédiatriques ou les réanimateurs néonatal. Les examens sont réalisés par le service des explorations fonctionnelles et transmis au CHU de Tours. Conventionnellement, réponse dans la journée pour les demandes urgentes et dans la semaine pour les non-urgentes

En juillet 2022, l'activité de téléEEG a été développée entre le CHAM et le CHU Orléans pour le volet adulte. Les équipes du service de Neurologie du CHU Orléans assurent l'interprétation des EEGs Adultes réalisés au CHAM, via la télé-médecine. Les délais de rendus des résultats se sont réduits à une journée au lieu de 3 mois précédemment. Les patients du montargois, de Gien, mais aussi de l'Yonne peuvent bénéficier désormais de cette offre de soin. La mise en place de ces projets est un vecteur facilitant la coopération entre les équipes du territoire.

13.2.4 LE TELE AVC

La ligne de télé AVC entre l'UNV du CHU Orléans et les services d'urgences et réanimation du CHAM est en place depuis juillet 2023 (outil Deeplink ITIS). Le déploiement de ce nouvel outil a nécessité de réinterroger les organisations actuelles. Cette prise en charge assure une prise en charge plus rapide, dans un contexte où le temps est gage de réussite.

13.2.5 LA TELESURVEILLANCE

La télésurveillance médicale permet à un médecin d'interpréter à distance des données nécessaires au suivi médical régulier d'un patient et si besoin de prendre des décisions relatives à sa prise en charge. L'organisation de la télésurveillance des patients, articulant mutualisation et spécialisation, est un axe important pour le GHT et sera couplée autant que nécessaire à la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels.

Jusqu'au 30 juin 2023, la télésurveillance était régie par un programme expérimental ETAPES. Seul 5 pathologies étaient prises en charge dans ce programme, dont 3 au CHU Orléans :

- Télésurveillance diabétique
- Télésurveillance prothèses cardiaques
- Télésurveillance insuffisance cardiaque

La télésurveillance diabétique adulte et pédiatrique est fonctionnelle sur le CHU Orléans, CH de Gien et CHAM.

La télésurveillance des prothèses cardiaques et insuffisance cardiaque est en place sur le CHU d'Orléans.

A compter du 1^{er} juillet 2023, la télésurveillance entre dans le droit commun de manière globale.

13.2.6 LE TELE SOIN

En complémentarité de la télémedecine, qui s'adresse aux professionnels médicaux, le télé-soin s'inscrit dans le parcours coordonné des soins.

La CSIRMT du GHT, pilotée par la coordinatrice générale des soins, a inscrit ce vecteur d'optimisation de soins dans ses axes prioritaires

13.3 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Poursuivre le déploiement de la téléconsultation :

Faciliter l'accès à la téléconsultation, en outillant plus largement les médecins avec l'équipement nécessaire, Promouvoir le développement de l'offre de téléconsultation par les équipes et faire connaître cette offre auprès des patients et des structures partenaires.

Cela se fera au travers du choix d'un nouvel outil de téléconsultation pour le GHT : ROFIM , première étape dans l'accompagnement des professionnels vers des organisations de téléconsultations et TLC sur le territoire :

- Mise à disposition d'une brique socle dans les outils numériques
- Déploiement de l'accès à la plateforme ROFIM à destination des professionnels du GHT 45 (début 2025 : CHU O, CHAM et CH de Gien)
- Objectif à terme : permettre la téléconsultation assistée auprès des EHPADS et ESMS. Afin de faciliter cette mise en place, la contribution avec l'ARS, le Département du Loiret et/ou la Région semble indispensable afin de faciliter la structuration de cette offre.

Objectif n°2 : Développer la télé-expertise vers d'autres services/spécialités

- Télé-expertise pédiatrique : pédiatrie rhumatologie – pédiatrie endocrinologique (premier trimestre 2024)
- Télé-expertise orthopédique (premier trimestre 2024)
- Télé-expertise allergologique
- Télé-expertise vasculaire
- Télé-expertise dermatologique (premier semestre 2024)
- Télé-expertise urologique
- et dans d'autres domaines : télé-expertises gérontopsychiatrique, infectiologique, gynécologiques, obstétriques, pneumologique, gastro-entérologique et nutrition pédiatrique

La stratégie de déploiement actuelle est basée sur la « tache d'huile », afin de poursuivre l'acculturation des professionnels, et les accompagnements aux changements organisationnels que cela induit. Cette stratégie s'appuie actuellement sur les organisations en place au sein des différents établissements du GHT et s'organise par service. A terme, une fois l'appropriation effectuée par les professionnels, il s'agira de s'appuyer sur les filières au sein du GHT afin de proposer une véritable offre par filière et non plus par service d'établissement.

Objectif n°3 : Poursuivre le déploiement territorial de la télé interprétation EEG : axe CHU Orléans – CH Gien

Objectif n°4 : Accompagner la montée en charge du télé AVC

Renforcer les formations des IDE, médecins urgentistes, manipulateurs en électroradiologie, radiologues du CHAM et neurologues du CHU Orléans

Développer le télé-AVC entre le CH de Gien et l'UNV du CHU d'Orléans pour assurer un maillage territorial complet.

Objectif n°5 : Poursuivre le développement de la télé-surveillance

Accompagner les équipes dans le cadre de l'entrée en droit commun (organisation de soin, mise en place de protocole de coopération, enregistrement de l'activité...)

Développer la télésurveillance oncologique, notamment dans le cadre des renouvellements d'activités pour 2024

Assurer une cohérence territoriale dans le choix des différents éditeurs afin d'homogénéiser les usages, et donc faciliter les futures organisations territoriales

Mettre en place de la télésurveillance médicale en oncologie (hématologie dans un premier temps).

Objectif n°6 : Instaurer le télé-soin

Instaurer et développer le télé-soin auprès des paramédicaux au sein des établissements du GHT : identifier les activités paramédicales (lancement des premiers projets de télé-soin sur le CHU O stomathérapie, coordination IPA en oncologie), fiche type de mise en place commune au GHT, partage des procédures.

Participer à l'UE numérique en santé, Compétence 5-télésanté, au sein des IFSI du territoire

14 L'ACCES A LA RECHERCHE CLINIQUE

14.1 LE CONTEXTE

La transformation du CHR en CHU, établissement-support du GHT Loiret impose plus que jamais la nécessité de favoriser la recherche clinique au sein du groupement.

Le CHU d'Orléans s'inscrit dans une démarche d'incitation et de promotion de la recherche clinique au sein du groupement hospitalier de territoire du Loiret (GHT 45), démarche qui peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins, l'avancement des connaissances médicales et l'attractivité pour les professionnels de santé.

Le plan d'action ci-dessous repose sur trois piliers qui représentent des fondations déjà établies et des atouts du projet.

- La Direction de la Recherche Clinique du CHU, et ses moyens humains
- Le concentrateur de données mis en place récemment, à même de collecter les données d'hospitalisation et de consultation hospitalière des patients sur l'ensemble du territoire
- L'expérience d'un certain nombre d'équipes cliniques du CHU dans l'initiation, la conduite d'études cliniques, y compris des essais thérapeutiques, ainsi que leur appartenance à des réseaux de recherche nationaux labélisés.

14.2 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Formation et sensibilisation.

Organisation de sessions de formation sur la recherche clinique à l'intention du personnel médical et paramédical des établissements du GHT 45, en mettant l'accent sur les bonnes pratiques cliniques, l'éthique de la recherche et les compétences méthodologiques.

Organisation de sessions de sensibilisation des professionnels de santé à l'importance de la recherche clinique pour améliorer les soins de santé.

Objectif n°2 : Tendre vers une étroite collaboration entre l'établissement support, le CHU, et les autres établissements du GHT

Organisation de rencontres entre professionnels médecins et paramédicaux, par discipline ou spécialité, éventuellement par thèmes, dont le but serait une meilleure connaissance 1) de l'environnement professionnel de chacun, 2) des problématiques rencontrées, 3) des files actives de patients par spécialité, et 4) d'identifier d'éventuels correspondants motivés par la recherche clinique

Objectif n°3 : Faire connaître la Direction de la Recherche du CHU (ou sa future Délégation à la Recherche Clinique et à l'innovation) et le support qu'elle peut apporter aux chercheurs et investigateurs du GHT

La Direction de la Recherche peut en effet apporter son aide aux chercheurs désireux de mettre en place une étude clinique, aussi bien en termes de démarches administratives, de recherche de financement, Système National des Données de Santé de candidatures aux différents appels d'offre, que sur les aspects méthodologiques de la conception de la recherche.

La Direction de la Recherche peut en outre mettre à disposition des moyens humains (TEC, ARC) pour soutenir la réalisation des recherches, et apporter son soutien et son expertise dans l'analyse statistique des résultats.

Objectif n°4 : Faire connaître les possibilités offertes par le concentrateur de données

Communiquer sur les données qu'il est possible de collecter à des fins de recherche grâce au concentrateur de données

Communiquer sur les démarches à suivre pour pouvoir avoir accès aux données

Communiquer sur les possibilités offertes d'évaluation des tendances en matière de santé populationnelle (éventuellement en combinant les possibilités du concentrateur de données et les données du Système National des Données de Santé [SNDS] auquel le CHU a accès), d'identification des besoins prioritaires, ou encore de recrutement de participants à des études cliniques.

Objectif n°5 : Initier la recherche « multi-hospitalière » : Le CHU doit montrer l'exemple

Sur les années 2024-2025, 2 à 3 investigateurs du CHU se rapprocheront des équipes des hôpitaux du territoire pour faire connaître les essais thérapeutiques en cours dans leurs services respectifs et étudier avec les équipes locales les possibilités de recrutement de leurs patients dans ces essais thérapeutiques. Le volume des patients éventuellement éligibles dans ces essais thérapeutiques au sein des files actives des différents hôpitaux pourra au préalable avoir été évalué par l'utilisation du concentrateur de données. De même, l'identification en temps réel, en cours d'hospitalisation, des patients potentiellement éligibles, pourrait s'appuyer en partie sur l'utilisation du concentrateur de données.

Sur les années 2024-2025, 2 à 3 investigateurs du CHU se rapprocheront des hôpitaux du territoire pour communiquer sur leurs projets d'études observationnelles ou interventionnelles, inciter les services de ces hôpitaux à participer ou étudier leurs possibilités réelles de participation.

Objectif n°6 : Renforcer et structurer la recherche paramédicale GHT 45

Développer la recherche paramédicale et managériale selon trois axes :

- Axe recherche contribution des paramédicaux à la recherche médicale clinique
- Axe recherche paramédicale clinique
- Axe recherche managériale

15 LE DEVELOPPEMENT DES COOPERATIONS

La volonté du GHT 45 est de poursuivre et renforcer sa logique fédérative en mobilisant un panel plus large d'outil de coopération mis à sa disposition. En ce sens, les fédérations médicales inter hospitalières viendront en complémentarité des consultations avancées et des conventions de partenariat entre établissements.

C'est également dans cet objectif de coopération que le GHT 45 souhaite renforcer la place des hôpitaux de proximité par le biais d'une charte.

15.1 LES FEDERATIONS MEDICALES INTER HOSPITALIERES

La fédération médicale inter hospitalière (FMIH) est définie par l'article L. 6135-1 du code de la santé publique. Il s'agit d'un mode de coopération conventionnelle peu intégratif et souple. Les établissements partenaires peuvent convenir que la fédération sera constituée pour une durée indéterminée. La loi ne définit pas de mode de gouvernance spécifique aux FMIH. Les partenaires peuvent créer des instances de pilotage ou d'évaluation spécifiques. Ces instances sont dépourvues de personnalité juridique et ne disposent d'aucun pouvoir décisionnaire opposable aux membres.

Cet outil de coopération vise à répondre aux défis de la santé publique en offrant une prise en charge plus efficace et équitable des patients, tout en veillant à optimiser les ressources disponibles et favoriser l'innovation.

Le GHT 45 veille à l'élaboration de projets structurants et stratégiques pour améliorer la cohérence de la réponse sur le territoire en développant les synergies dans la prise en charge des patients ainsi que dans le maintien et le développement des compétences dans les établissements du GHT.

Il est vital sur notre territoire de maintenir des organisations en proximité en place, tout en maintenant l'autonomie, de favoriser le recrutement médical et réduire le problème de la démographie médicale dans les établissements du GHT.

En ce sens, le GHT a la volonté d'établir des FMIH entre le CHU O, établissement support et le CHAM essentiellement dans les filières particulièrement touchées par le manque de ressources médicales :

- Cardiologie
- Chirurgie digestive
- Hépato-gastro-entérologie
- Chirurgie orthopédique

Et ainsi permettre :

- De mieux structurer l'offre de soins en fluidifiant les parcours de soins et éviter les ruptures, de mettre en œuvre la gradation des soins (proximité – recours)
- De partager des protocoles de prise en charge médicaux et non médicaux et de façonner des pratiques communes
- De renforcer la surspécialisation dans certain domaine
- De favoriser le recrutement de praticiens au sein de la FMIH afin de réduire le problème de la démographie médicale dans les disciplines en tension
- De préparer les services du CHAM à l'accueil futur d'internes de spécialité
- De développer des échanges et les formations entre personnel médical et non médical entre les établissements

15.2 LA CHARTE DES HOPITAUX DE PROXIMITE

Trois établissements de soins du GHT 45 sont labellisés « hôpitaux de proximité » :

- CH Lour Picou à Beaugency,
- CH de Pithiviers
- Hôpital de Sully-sur-Loire

La loi prévoit que chaque établissement labellisé hôpital de proximité conventionne avec son établissement support, l'objectif étant de pouvoir créer une synergie entre le groupement et l'hôpital de proximité dans l'exercice de ses missions de proximité.

En complémentarité avec leurs partenaires du territoire, les hôpitaux de proximité remplissent les missions suivantes :

- Assurer le premier niveau des soins hospitaliers. Ils disposent d'un service de médecine, d'un accès aux plateaux techniques, à la télésanté et proposent des consultations de spécialités
- Apporter un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population
- Favoriser la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant
- Participer à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire
- Contribuer, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

Le Ségur de la santé amplifie l'ambition de fédérer les acteurs de santé des territoires autour de projets communs, au plus près des besoins de la population. Ainsi, les hôpitaux de proximité, parties prenantes dans les GHT, ont un rôle majeur en matière de coopération territoriale.

La volonté est d'étendre cette convention à l'ensemble des établissements membres du GHT 45, soit une convention unique pour régir les coopérations avec les hôpitaux de proximité et installer une coopération inter-hospitalière autour d'une stratégie commune de soutien et de développement de ces hôpitaux dans l'exercice de leurs missions. Elle vise à valoriser leur rôle au sein du GHT et leur garantir les moyens pour remplir leurs missions auprès du bassin de population.

1. Objectifs de la Charte :

- Assurer une prise en charge de qualité et sécurisée pour tous les patients.
- Promouvoir la coopération et la coordination entre les établissements de santé.
- Garantir l'accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire.

2. Engagements des Hôpitaux de Proximité :

- **Qualité des soins** : S'engager à fournir des soins de haute qualité, basés sur les meilleures pratiques et les recommandations nationales.
- **Continuité des soins** : Assurer la continuité des soins pour les patients, en particulier pour les pathologies chroniques et les urgences.
- **Formation et développement professionnel** : Participer activement à la formation continue des professionnels de santé et au développement des compétences.

3. Coopération et Coordination :

- **Partage des ressources** : Mutualiser les ressources matérielles et humaines pour optimiser la prise en charge des patients.
- **Protocoles communs** : Développer et mettre en œuvre des protocoles communs pour la prise en charge des patients.
- **Communication** : Assurer une communication fluide et efficace entre les établissements pour une meilleure coordination des soins.

4. Innovation et Recherche :

- **Projets de recherche** : Encourager et participer à des projets de recherche clinique et organisationnelle.
- **Télémédecine** : Développer et utiliser des outils de télémédecine pour améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des patients.

5. Engagement envers les Patients :

- **Satisfaction des patients** : Mettre en place des enquêtes de satisfaction pour recueillir les retours des patients et améliorer continuellement les services.
- **Participation des patients** : Impliquer les patients dans les décisions concernant leur prise en charge et les informer de manière transparente.

6. Gouvernance et Suivi :

- **Comité de pilotage** : Créer un comité de pilotage pour superviser la mise en œuvre de la charte et évaluer les résultats.
- **Rapports réguliers** : Produire des rapports réguliers sur les progrès réalisés et les défis rencontrés.

Par cette convention unique, le GHT 45 ambitionne de :

- Poursuivre le déploiement de consultations avancées : à ce jour, des consultations avancées de cardiologie, rhumatologie, gynécologie, chirurgie digestive sont déjà en place sur le CH de Pithiviers. D'autres spécialités pourraient y être développées, comme l'OPH, la réalisation d'examens diagnostiques d'endoscopie
- Un accès privilégié aux plateaux techniques spécialisés du GHT pour les patients hospitalisés en hôpital de proximité : imagerie standard, scanner, IRM, médecine nucléaire
- Un accès privilégié aux consultations spécialisées de l'établissement-support pour lesquelles il semble difficile d'envisager la création de consultations avancées dans les hôpitaux de proximité. L'exemple du « Bus santé » entre le CH de Pithiviers et le CHUO a vocation à être dupliqué à d'autres hôpitaux.
- Des formations communes sur des thématiques ciblées (prise en charge de l'AVC, ...)
- Déploiement d'une filière post-AVC en hôpital de proximité
- Implication des hôpitaux de proximité dans la pharmacie clinique

16.1 ATTRACTIVITE ET FIDELISATION

Les hôpitaux du Loiret, comme beaucoup d'autres en France, font face à des défis importants en matière de recrutement et de fidélisation des professionnels médicaux et paramédicaux. Plusieurs facteurs contribuent à ces difficultés, notamment les horaires de travail atypiques, les contraintes salariales et les conditions de travail exigeantes.

Pour remédier à ces problèmes, des initiatives ont été mises en place, telles que :

- La création de cellules de recrutement et de management médical au sein des hôpitaux.
- La mise en œuvre de stratégies de co-construction avec le corps médical pour améliorer la qualité de vie au travail et le management médical.
- L'adoption d'outils de marketing hospitalier pour attirer les professionnels de santé.

Ces efforts visent à rendre les hôpitaux du Loiret plus attractifs et à répondre aux aspirations des praticiens en termes de projets professionnels, de qualité de vie au travail et de reconnaissance individuelle.

1. Amélioration des conditions de travail :

- Réduire la charge de travail, améliorer les infrastructures hospitalières :
- Un travail sur les ratios patient/soignant doit être entrepris, y compris hors les unités normées et dans le médico-social. Les jeunes diplômés sont extrêmement sensibles aux notions de « charge de travail », de « qualité de la prise en charge ».

2. Formation et développement professionnel :

- Offrir des opportunités de formation continue et de développement de carrière pour les professionnels de santé.

3. Aides à l'installation :

- Proposer des aides financières pour l'installation, comme des primes d'installation, des aides au logement et des subventions pour les frais de déménagement.

4. Conciliation vie professionnelle et vie personnelle :

- Mettre en place des politiques de conciliation vie professionnelle et vie personnelle, comme des services de garde d'enfants et des horaires de travail adaptés.

5. Collaboration avec les universités et les instituts de formation :

- Renforcer les partenariats avec les universités et les écoles de santé pour attirer les étudiants et les jeunes diplômés.
- Développer l'offre de formation au sein de nos Instituts de formation pour favoriser l'accès au plus grand nombre et subvenir aux besoins croissants en professionnels de notre territoire

6. Décloisonner l'hôpital public sur le territoire :

- Renforcer les liens entre l'hôpital et la médecine de ville pour favoriser les échanges et les collaborations.
- Une instance de coordination entre la Commission Médicale de Groupement et l'inter-CPTS, à côté de la commission Ville-Hôpital de la CMG serait souhaitable. Elle aurait pour mission de mettre en valeur les nombreux exemples de collaborations réussies entre les différents établissements et la médecine libérale, elle pourrait faciliter la diffusion des bonnes pratiques entre L'Hôpital et la médecine de Ville, établir les modalités de gestion d'afflux de patients pour empêcher la saturation des services hospitaliers, ou diminuer les sorties précoces ou mal préparées de L'Hôpital.

7. Co-construire des projets professionnels : Impliquer les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des projets médicaux pour renforcer leur engagement.

8. Promotion et communication : Lancer des campagnes de communication pour promouvoir les avantages de travailler dans la région et attirer les professionnels de santé.

9. **Renforcer les dynamiques d'équipes médicales et paramédicales de territoire** : Soutenir les dynamiques d'équipes médicales et paramédicales de territoire pour favoriser la collaboration et l'entraide entre les professionnels de santé.

Le projet de soins est en cohérence avec les ambitions du GHT. Il affiche la volonté d'améliorer l'attractivité, de développer les coopérations entre les professionnels, d'apporter une meilleure qualité et sécurité des soins au travers notamment de l'optimisation des organisations médico soignantes qui doivent continuer à s'adapter aux évolutions des prises en charge thérapeutiques et au développement des nouveaux métiers et des outils numériques. Une attention sera portée aussi aux cadres de santé et à leurs équipes pour favoriser le dialogue et le soutien dans le management et la gestion des activités et des projets.

Ce projet consacre un axe dédié à la formation initiale et continue, levier essentiel du développement des compétences et de l'attractivité et facteur de réussite majeur dans les projets individuels et collectifs. En ce sens, il poursuit l'objectif d'améliorer les conditions d'accueil et d'intégration des étudiants et de continuer à développer le tutorat pour mieux répondre à leurs attentes et les impliquer dès la formation dans nos projets institutionnels.

1. Améliorer les conditions d'accueil et d'intégration des étudiants IDE dans le GHT 45 :

- Définir une politique d'accueil en stages des EIDE
- Améliorer leur intégration
- Partager les bonnes pratiques
- Favoriser le décloisonnement entre les établissements

Selon un plan d'actions défini :

- La réalisation d'une planification commune de stage de GHT,
- La reprise de la charte de la qualité de l'encadrement en stage
- La construction d'une trame commune de livret d'accueil pour le GHT
- La construction d'une grille d'évaluation commune de la qualité de l'encadrement
- L'élaboration d'une charte instituts/établissements du GHT

2. Mieux répondre aux attentes des étudiants par **le mentorat** et les accompagner dans leur professionnalisation
3. **Renforcer la communication, cohésion et actions managériales de l'ensemble des cadres de santé du territoire**

Ces mesures peuvent contribuer à rendre les hôpitaux du GHT plus attractifs pour les professionnels de santé et à améliorer l'accès aux soins pour la population locale.

16.2 PARCOURS PROFESSIONNELS

Le projet GHT doit conduire à pouvoir enrichir les progressions de carrière, les ouvrir au plus grand nombre. L'ambition est de pouvoir offrir de véritables trajectoires professionnelles, diversifiées, appuyées sur des formations solides.

Le développement des compétences, l'accompagnement des cadres de santé paramédicaux, notamment à l'occasion de leur prise de poste, l'animation et l'organisation de la continuité de l'encadrement constituent des éléments contributifs à faciliter l'accès à la formation de cadre de santé et développer la formation continue des cadres de santé.

Le projet de soins a également comme ambition de contribuer au développement de nouvelles pratiques au bénéfice du patient et des professionnels, tant dans le domaine du soin que celui des organisations, des outils et du management. Ainsi, des projets transversaux d'harmonisation des pratiques tels que plaies chroniques, partage de support de transmissions paramédicales, régulation du transport du patient, prévention des chutes sont développés.

L'innovation technologique et l'évolution des pratiques nécessitent d'ajuster en continu les organisations du travail et le niveau des compétences des professionnels. Favoriser et promouvoir le développement des compétences de l'ensemble des professionnels tout le long de leur carrière est un des fondements du projet de la CSIRMT.

16.3.1 FORMATION MEDICALE

16.3.1.1 Etudiants hospitaliers et internes de spécialités

La création d'un pôle hospitalo-universitaire à Orléans a rapproché la perspective d'accueillir dans les hôpitaux de notre GHT des étudiants hospitaliers, et même des internes de spécialité.

A côté des indispensables efforts concernant les conditions d'accueil à réaliser par les établissements du GHT, l'établissement-support a engagé des actions, en particulier avec les établissements en direction commune afin d'apporter un soutien aux équipes hospitalières en place de sorte que les futurs étudiants hospitaliers, internes, étudiants infirmiers y reçoivent une formation de qualité.

16.3.1.2 Praticiens à diplômes étrangers hors UE

Les hôpitaux de notre département comprennent en leur sein des praticiens dont les parcours de formation restent à consolider ou même à construire tout simplement.

L'établissement-support du GHT, devenu CHU est donc le lieu idoine pour ce faire. Cela suppose la création de parcours de formation par les services du CHU, un conventionnement entre les différents établissements pour faciliter la mobilité des bénéficiaires et un engagement de la part de ces derniers à rester sur le territoire, pour au moins un temps donné à l'issue du parcours de consolidation ou de formation. La création de FMH répond aussi à cet impératif, vital pour certains établissements du GHT.

16.3.2 FORMATION PARAMEDICALE

L'innovation et la recherche constituent un véritable défi pour le GHT de saisir les opportunités d'acceptation des dimensions modernisées d'activités tout en prenant en compte les nouvelles pratiques de collaborations interprofessionnelles en s'appuyant sur des technologies innovantes dans les exercices professionnels.

Dans cette focale, la coopération entre professionnels de santé ainsi que l'exercice infirmier en pratiques avancées créent des opportunités dans les innovations de prise en soin des usagers d'une part, en offrant des perspectives de recherche paramédicale, d'autre part.

1- Développer la pratique avancée :

Déployer les IPA sur le territoire du GHT 45 : favoriser et accompagner la formation des infirmiers sur les champs de compétences ouverts par la réglementation

2- Développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé :

- Mettre en œuvre des protocoles de coopérations nationaux et les protocoles de coopération locaux à l'échelle départementale
- Favoriser la coordination intra et extra hospitalière, entre les établissements de santé, les structures de la ville et tous les professionnels de santé ;
- Encourager les dynamiques locales relatives aux protocoles de coopération à partir d'un état des lieux par département
- Faciliter, fluidifier et optimiser les parcours de soins.

Les fiches actions déclinées dans cet axe visent le développement novateur dans des domaines tels que les coopérations en santé, les pratiques avancées, la recherche paramédicale ainsi que la contribution des innovations technologiques dans les exercices professionnels repensés.

17.1 VERS UNE MEILLEURE LISIBILITE DES PARCOURS DE SOINS : PLATEFORME NUMERIQUE

Le PMSP vise à créer un cadre collaboratif pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins, tout en optimisant les ressources disponibles et en assurant un accès équitable aux soins pour tous les patients.

Les enjeux d'une plateforme numérique au sein de notre territoire seraient de nature à améliorer la coordination et l'efficacité des soins tout en facilitant la gestion des ressources.

Le développement d'un espace numérique, véritable portail, apparaît être utile pour en faire non seulement un outil au service de chaque citoyen pour qu'il devienne acteur de sa santé mais aussi pour améliorer considérablement la lisibilité et la transparence des parcours de soins, facilitant ainsi la vie des patients et des professionnels de santé.

Nos ambitions :

- Une meilleure lisibilité de l'offre de soins sur le territoire : les différentes pathologies, les traitements disponibles et les spécialités des différents établissements du GHT
- Des guides sur les parcours de soins, depuis la prise en charge initiale jusqu'à la sortie
- Développer un annuaire GHT : listes des spécialistes et des services disponibles dans les différents établissements, avec les informations de contact directes
- Un accès à des ressources pédagogiques médicales et paramédicales pour les professionnels de santé

17.2 DES LIENS VILLE-HOPITAL RENFORCES

17.2.1 LE CONTEXTE

La qualité des parcours de soins des patients au sein de notre territoire nécessite une collaboration étroite et renforcée avec les professionnels de santé de ville, médicaux et paramédicaux, ainsi qu'une construction partagée de ces parcours.

Elle est toutefois rendue compliquée à établir compte tenu de la faible démographie médicale sur notre territoire, tant en ville qu'à l'hôpital. Il est de ce fait important de maintenir un lien fort entre hôpital et ville qui sont les acteurs du premier recours, et ce particulièrement en proximité. Nous savons pouvoir nous appuyer sur les CPTS avec qui il nous semble nécessaire de consolider nos liens.

17.2.2 LES OBJECTIFS

Objectif n°1 : Co-construire les parcours de soins partagés sur notre territoire visant à fluidifier la prise en charge en amont et aval de la prise en charge hospitalière.

En particulier, il s'agira de :

- De travailler les modalités de coopération et collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes hospitaliers dans certains parcours (par exemple diabète, insuffisance cardiaque), de définir des critères d'accès à l'hôpital, les modalités de suivis pour une prise en charge coordonnée.
- De positionner le rôle des paramédicaux dans les relations ville-hôpital, en particulier les infirmiers de pratique avancée, déjà très investis dans certains parcours.

Objectif n°2 : Développer une communication entre acteurs de ville et hôpital

- Informer des évolutions de l'offre de soins en place auprès des acteurs de ville par notamment des rencontres, journées d'information régulières, WEBinaires sur des thématiques ciblées

- Développer l'usage d'outils numériques type télé expertise, téléconsultation... Il s'agit de permettre aux professionnels de santé de ville d'avoir accès à un panel de modalités permettant échanges et coopérations
- Mettre en place des accès directs et privilégiés pour les professionnels de santé de ville pour l'obtention d'un avis médical rapide, favoriser une entrée directe en hospitalisation...par un numéro de téléphone identifié par discipline, portail professionnel. Là aussi, il s'agit de faciliter l'accès à l'hôpital et limiter de fait le recours aux services d'urgences
- Partager des protocoles de prise en charge pour permettre aux médecins de ville d'assurer le premier niveau de recours et le suivi et permettre ainsi aux équipes hospitalières de prendre en charge les patients ayant besoin de leur expertise.

1. Indicateurs de performance :

- **Taux de réadmission** : Mesurer le pourcentage de patients réadmis dans un certain délai après leur sortie.
- **Temps d'attente moyen** : Calculer le temps moyen que les patients passent en attente avant de recevoir des soins en distinguant les différentes étapes (accueil, consultation, traitement).
- **Satisfaction des patients** : Utiliser des enquêtes pour évaluer la satisfaction des patients concernant les soins reçus, la communication avec les professionnels de santé et l'expérience globale des patients.

2. Réunions de suivi :

- **Fréquence** : Organiser des réunions de suivi régulières (mensuelles, trimestrielles) pour évaluer les progrès du projet.
- **Participants** : Inclure des représentants de chaque établissement impliqué, des professionnels de santé, et des représentants des patients.
- **Agenda** : Discuter des indicateurs de performance, des défis rencontrés, et des ajustements nécessaires.

3. Rapports et documentation :

- **Rapports réguliers** : Produire des rapports détaillés sur les progrès du projet, incluant des analyses des indicateurs de performance.
- **Documentation des processus** : Maintenir une documentation claire des processus et des protocoles utilisés dans le projet.

4. Formation continue :

- **Sessions de formation** : Organiser des sessions de formation régulières pour les professionnels de santé afin de les tenir informés des meilleures pratiques et des nouvelles procédures, et des innovations dans le domaine médical.
- **Évaluation des compétences** : Évaluer régulièrement les compétences des professionnels de santé pour s'assurer qu'ils sont bien préparés à mettre en œuvre le projet.

5. Implication des patients :

- **Groupes de discussion** : Créer des groupes de discussion avec des patients pour recueillir leurs retours et suggestions et les intégrer dans le processus d'amélioration continue.
- **Participation aux réunions** : Inviter des représentants des patients à participer aux réunions de suivi pour s'assurer que leurs perspectives sont prises en compte et que les soins répondent à leurs besoins et attentes.

Ces éléments permettent de garantir une évaluation et un suivi rigoureux du projet médical et soignant partagé, en impliquant toutes les parties prenantes et en s'assurant que les objectifs sont atteints de manière efficace et cohérente.

ADAPT : Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap
ADOC : Association pour le Dépistage Organisé des Cancers
ANSSI : Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information
APP : Atelier Pédagogique Personnalisé
ARC : Attaché de Recherche Clinique
AS : Aide-Soignant
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BMR : Bactéries Multi Résistantes aux antibiotiques
BHRé : Bactéries Hautement Résistantes Emergentes
CARSAT : Caisse d'Assurance Maladie et de la Santé Au Travail
CCAS : Centre Communal d'Actions sociales
CCH : Cellule de crise hospitalière
CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales
CESIMO : Centre de Simulation d'Orléans
CH : Centre Hospitalier
CHAM : Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise
CHPOT : Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMG : Commission Médicale de Groupement
COPIL : Comité de Pilotage
COSTRAT : Comité Stratégique
CPIAS : Centre d'Appui pour la prévention des infections associées aux soins
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSG : Court Séjour Gériatrique
CSO : Centre Spécialisé Obésité
CS : Cadre de Santé
CSS : Cadre Supérieur de Santé
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
CVL : Centre Région Val de Loire
DMO : Densité masse osseuse
DS : Directeur des Soins
DU : Diplôme Universitaire
EAPA : Enseignement Activité Physique Adaptée
ESR : Etablissement de santé de Référence
DIM : Département de l'Information Médicale
DMS : Durée Moyenne Séjour
FMIH : Fédération Médicale Inter Hospitalière
EADSP : Equipe Mobile Départementale de Soins Palliatifs
EEG : Electro-encéphalogramme
EMMPR : Equipe Mobile hors les murs en Médecine Physique et de Réadaptation
EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ERVMA : Equipe Régionale du Vieillissement et du Maintien de l'Autonomie
ESRR : établissement en santé de référence régional
FAM : Foyer Accueil Médicalisé
FEI : Fiche Evènement Indésirable
F ESF : Fracture Extrémité Supérieure du Fémur
France ADOT : Fédération des associations pour le don d'organe
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupe Hospitalier de Territoire
GRIO :
HGE : Hépatogastro-entérologie
IADE : infirmier Aide Anesthésie
IDE : Infirmier Diplôme d'Etat
IDEC : Infirmier Diplôme d'Etat Coordonnateur

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire
 IGR : Institution Gustave Roussy
 IMDS : Institut Médical de Sologne
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
 IPA : Infirmier en Pratique avancée
 IPROS : Institut de Prévention et de la Recherche sur l'Ostéoporose
 IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
 IVG : Interruption volontaire de grossesse
 MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur
 MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
 MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
 MIR : Médecine Intensive de Réanimation
 MIRC : Mutualisation des Images en Région Centre
 MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
 ORSAN : Dispositif d'Organisation de la Réponse Sanitaire
 ORSAN AMAVI : Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles
 Accueil Massif
 ORSAN BIO Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles lors d'un
 risque biologique connu ou émergent
 ORSAN CLIM Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles lors
 d'un phénomène climatique
 ORSAN EPI VAC Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles
 ORSAN NRC Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles pour la
 prise en charge d'un risque Nucléaire Radiologique ou Chimique
 ORSAN REB Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles pour la
 prise en charge d'un Risque Epidémique et Biologique
 ORSAN SSE : Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles
 de Victimes non contaminées
 PACS : système de gestion électronique des images médicales
 PADHUE : Praticien à Diplôme Hors UE
 PAP : Plan Action Personnalisé
 PAPA : Préservation Autonomie des Personnes Agées
 PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
 PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
 PCA : Patient Controlled Analgesia
 PCA : Plan de Continuité d'Activité
 PCMG : Président de la Commission Médicale de Groupement
 PGTHSSE : plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE
 PIMM : Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisée
 PRA : Plan de Reprise de l'Activité
 PREPAN : Prise en charge en Réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique
 Projet ICOPE : Programme OMS préconise parcours de soins intégrés pour les séniors reposant sur une
 démarche de prévention structures
 PSA : Prostate Specific Antigen
 RCP : Réunion de Coordination Pluridisciplinaire
 RMM : Revue de Morbidité et de Mortalité
 SAS : Services d'accès aux soins
 PRS : Plan Régional de Santé
 PMSP : Projet Médical et de Soins Partagé
 RIS : Système d'Information Radiologique
 SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
 SAS : Service d'Accès aux Soins
 SAU : Service d'Accueil Urgence
 SCA : Syndrome Coronarien Aigu
 SIL : Système Informatique de Laboratoire
 Site JDA : Site Jeanne d'Arc (Gien)
 SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation
 SNDS : Système National des Données de Santé
 RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
 SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle
 TEC : Technicien d'Etudes Cliniques
 TEP : Tomographie par Emission de Positons

TIIH : Transfert Infirmier Inter Hospitalier
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
UHR : Unité Hospitalisation renforcée
UFDH : Unité Fixe de Décontamination Hospitalière
UMDH : Unité Mobile de Décontamination Hospitalière
UNV : Unité Neuro-Vasculaire
UPOG : Unité Péri-Opératoire Gériatrique
USIC : Unité de Surveillance Intensive Cardiologique
USLD : Unité de Soins Longue Durée

Diagnostic territorial de Santé – Territoire Loiret

Lettre de missions des pilotes de parcours

Projet de soins – Contributions de la CSIRMT GHT 45

Projet santé mentale du Loiret